ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

PRÉSIDENTIELLE
PROMESSES *VS*
CONSEIL CONSTITUTIONNEL

PLFSS 2027

IMPASSE EN VUE ?

N° 1308 - BIMENSUEL DU 6 AU 19 NOVEMBRE 2026 - 15 €



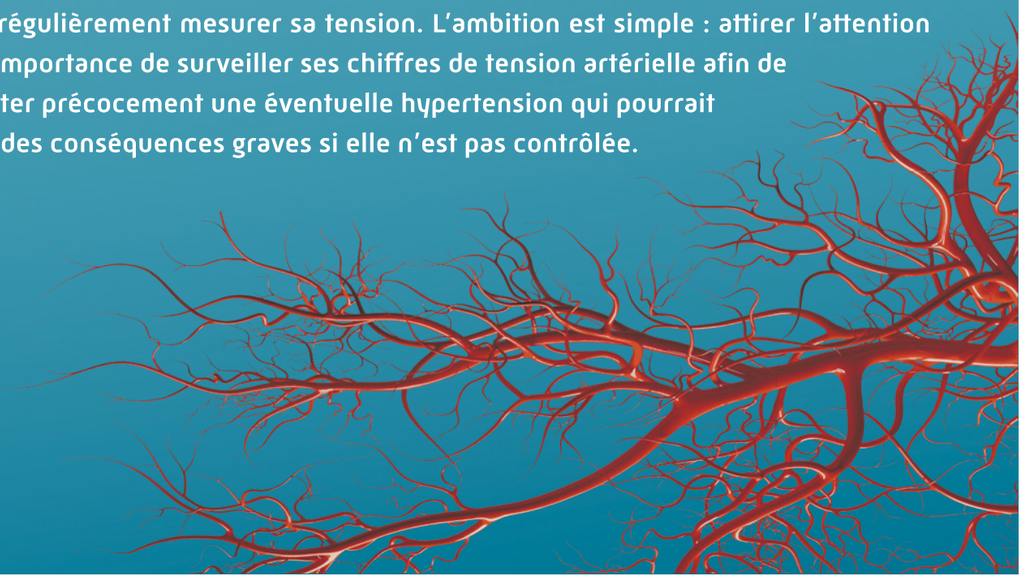
DOSSIER

SERVICE AUX USAGERS
QUAND LA SÉCU DOIT S'ADAPTER
AUX NOUVEAUX BESOINS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Les maladies cardiovasculaires méritent toute notre attention.

Chaque année en France, les maladies cardiovasculaires tuent 140 000 personnes. Elles se développent insidieusement à partir de maladies comme l'hypertension artérielle, l'obésité ou l'excès de cholestérol, et évoluent parfois sans le moindre symptôme. Et parce que l'hypertension artérielle est l'une des principales portes d'entrée dans les maladies cardiovasculaires, l'Assurance Maladie et l'ensemble des professionnels et acteurs de la santé se mobilisent pour mieux informer sur les risques et modifier les comportements en incitant chacun à faire régulièrement mesurer sa tension. L'ambition est simple : attirer l'attention sur l'importance de surveiller ses chiffres de tension artérielle afin de détecter précocement une éventuelle hypertension qui pourrait avoir des conséquences graves si elle n'est pas contrôlée.



ameli.fr

ÉDITO

Alexandre Beau



Alan et la main invisible



La désignation du binôme Alan/Allianz comme complémentaire santé des agents de la Sécurité sociale a pour le moins ébranlé le secteur de l'assurance. Si l'issue du dossier ne faisait guère plus de doutes depuis quelques jours, le procédé et la finalité laissent pour le moins dubitatif.
La façon dont l'un des fers de lance de la start-up nation a réussi à rafler la mise n'a rien à envier aux meilleures séries TV à rebondissement entre sa procédure d'appels d'offres, les interrogations des partenaires sociaux (majoritairement légitimes) sur la méthodologie d'évaluation des candidats, la suspension de la commission des marchés de l'Ucanss, la désignation d'une administratrice provisoire et le climax final. Difficile de faire plus tumultueux comme procédure de désignation. Dans une période où le complotisme règne, ce qu'il s'est passé ces derniers mois, à de quoi nourrir les amateurs d'interventions obscures pilotées depuis « en haut ».

Derrière cette démarche, une question se pose : pourquoi, après avoir fait plier les règles dans certaines attributions de contrat dans la PSC Fonction publique, les a-t-on brisées dans le cas du contrat Sécu ? Et si encore, le dossier retenu se détachait clairement de ceux de ses concurrents, on pourrait comprendre. Or, cela ne fut pas le cas dans cette histoire. Et ce, bien qu'Alan/Allianz ait présenté conjointement un dossier solide.
Le nœud du problème se situe peut-être ailleurs avec un nouvel intervenant « licornien » s'étant construit en opposition au « vieux monde » de l'assurance, en faisant du digital et de l'optimisation de son modèle de gestion ces porte-étendards. À tel point, qu'une grande partie de son back office est éparpillé géographiquement à mesure que la néo-société d'assurance poursuit son expansion internationale. Si imaginer la complémentaire santé des salariés de l'Assurance Maladie être gérée par des opérateurs localisés hors de France pouvait provoquer un sourire il y a peu, cela ne sera plus le cas dans quelques mois. Ainsi, se font peut-être les choses dans le système de protection sociale 2.0 tel que l'imaginent certains.

Le pilotage de la DSS sur ce dossier, et par extension de ses tutelles, interroge. Certains y voient une nouvelle démonstration de force de la « main invisible » de Bercy quand d'autres, avec plus de pudeur, parleront d'un parrainage bienveillant venu de l'appareil d'État. Quoi qu'il en soit, une petite victoire pour le monde de la tech' et une défaite cinglante pour la démocratie sociale et le paritarisme. Pas sûr, que tout le monde en sorte grandit ! ■

© Magnific

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
• Le PLFSS passe au Sénat, et après ?
• La Cour des comptes craint une « *trajectoire intenable* ».

9 - SÉQUENCES
9 • Dossier Sécu
Relation aux usagers : une approche en pleine mutation.
• Quand la Sécurité sociale s'adapte.
• Des modes d'accueil à repenser.

14 • Analyse
Quatre dossiers « casse-tête » en vue pour le Conseil constitutionnel.

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.

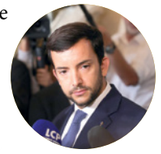
ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

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 : Cocktail Santé
Couv : Montage d'après P.Chagnon/ Cocktail Santé
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0531 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

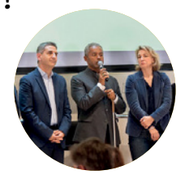
Fusion DGFiP et Urssaf en vue ?





Ce n'est pas une idée en l'air. Le projet de fusion entre la Direction générale des Finances publiques et de l'Urssaf, l'ex-Acoss, figure bel et bien dans le projet présidentiel de **Marine Le Pen** !
Bien que peu renseigné dans le texte du Rassemblement National, son porte-parole économique, le député **Jean-Philippe Tanguy** a confirmé cette intention. Au double motif d'une quête d'économies à réaliser sur l'État et l'ensemble de la sphère publique, mais aussi d'une rationalisation de l'organisation des impôts et des prélèvements obligatoires. Le RN annonce des précisions dans les semaines à venir. N'en demeure pas moins que l'affaire est sur la table. À sa décharge, cette idée de fusion fut, un temps, caressée par François Hollande avant 2012 et fait l'objet de réflexions plus ou moins discrètes (rapport Gardette en 2019). Ce n'est donc pas une lubie… quand bien même les réalités d'un tel projet peuvent être diverses. Ne serait-ce que pour les aspects juridiques liés aux différences entre le statut de la fonction publique d'État et celle de la convention collective Ucanss ? Certes, nous n'en sommes pas encore là. Rappel, la DGFiP mobilise 95 000 agents sur le territoire *via* son réseau et la branche Recouvrement en recèle 16 000. Il convient de ne pas se tromper : le poids de Bercy sur ce projet est déterminant. ■

➤ 26 novembre !



Un an de mobilisation, 80 000 participants, 60 organisations impliquées et 60 propositions, le 26 novembre prochain, **Eric Chenut**, président de la Mutualité française, présentera en compagnie de nombreux leaders syndicaux et associatifs les propositions du collectif des États généraux de la santé et de la protection sociale, issues de nombreux travaux et échanges. ■

➤ Pouvoir d'achat, sont-ils sérieux ?



Tout le monde souhaite améliorer le pouvoir d'achat en France, surtout pour les salariés défavorisés. Hormis une vigoureuse hausse du SMIC pour certains, les candidats multiplient des annonces autour de la suppression, ou de la modulation, des cotisations sociales de la CSG et de la CRDS pour « *rapprocher le net du brut* ». Un « hic » cependant : comment compenser la perte massive de recettes pour la Sécurité sociale ? Là, les intentions demeurent floues, ou carrément peu sérieuses, comme une hausse massive de la TVA ou la taxation de l'héritage. Pour mémoire, le montant des seules recettes tirées de la CSG-CRDS frôle les 135 Mds € par an. Faut-il supprimer la plus importante réforme du financement de la Sécu de l'après-guerre ? ■

➤ Hospitalo-centrisme en recul



Bon an mal an, le système hospitalier français poursuit sa mutation. Selon la Drees, on comptait 365 100 lits aigus tous secteurs confondus pour 2 957 établissements, dont 1 328 publics, 649 Espic et 980 cliniques en 2025. 47 700 lits ont été supprimés depuis 2013, largement dans le privé, avec une forte poussée des places en hospitalisation partielle (anesthésie et chirurgie). À noter le volume de 27 000 places en HAD *(voir ESE 1300)* dont le potentiel est très supérieur. ■

➤ ARS, voies de réforme

Interrogée par les sénateurs de la commission des Affaires sociales sur une possible réforme de l'Allocation de rentrée scolaire (ARS), **Constance Bensussan**, directrice générale de la CNAF, évoque deux pistes : la modulation de la prestation en fonction de l'âge de l'enfant « *pour mieux coller aux besoins scolaires* ». Autre possibilité, la création d'une carte prépayée de prestations. Dans cette histoire, le gouvernement escompte quelque 600 Ms € d'économies à la clé. À suivre.



À NOTER



Top départ de l'expérimentation de l'accès direct des patients aux **Infirmiers de pratique avancée** (IPA) exerçant en CPTS. Trois ans de délai pour publier un décret. Cette pratique existe au Québec depuis 15 ans…

•

L'ancien ministre de la Santé, Yannick Neuder, a déposé une PPL destinée à protéger les scientifiques et les professionnels de soins contre les procédures abusives et la désinformation en santé.

•

Sébastien Lecornu a demandé à la député LR, Anne-Laure Blin, une expertise sur les restructurations des agences publiques et opérateurs d'État. Une contribution attendue pour la mi-février.

•

Iatrogénie médicamenteuse : pour réduire les 212 500 hospitalisations annuelles, le Haut conseil de santé publique (HCSP)prône le renforcement de l'expertise publique de l'AMM, la pertinence clinique des prescriptions, la sécurisation de la pharmacovigilance.

•

Baisse du plafond pour le calcul des IJ en AT-MP (montant maximum de 65,17 € journalier).

•

Nouveau protocole CNAM-Biologistes sur la régulation des dépenses et de la prévention.

ILS ONT DIT



« Il faut voir les choses avec gravité. L'Italie subit un dépeuplement massif ! Il est impossible de demeurer passif devant une telle situation. 370 000 naissances en 2025 contre 589 000 décès. L'âge moyen de la naissance primipare est de 33 ans. En 15 ans, le pays a perdu 3,5 millions de personnes âgées de 15 à 49 ans. Les plus de 65 ans composent 26 % de la population totale. D'ici 2050, les seniors seront trois fois plus nombreux que les 15-34 ans. Il nous faut réagir. Le projet de budget que je défends intègre des mesures sur les nouveaux-nés, et une extension du congé parental ».
Giorgia Meloni, présidente du Conseil italien devant le Parlement.



« L'IA pourrait ajouter 0,7 % de croissance par an sur dix ans, selon mes calculs… un tel gain changerait la donne sur l'équilibre des régimes de retraite. Il serait pertinent que le Conseil d'orientation des retraites intègre l'IA dans ses scénarios d'évolution… en allégeant partiellement la contrainte sur la croissance, l'IA desserre aussi la pression qui pèse sur le système d'ensemble ».
Philippe Aghion, économiste, prix Nobel dans *Les Cahiers de la retraite complémentaire.*



« Sur le médicament, les laboratoires français se plaignent, souvent à juste titre, de prix insuffisants par rapport à d'autres marchés, ce qui freinerait l'accès à certains traitements… favoriser l'innovation est bien sûr indispensable, mais rappelons que les avancées majeures, celles qui ont obtenu un ASMR 1 ces dernières années, se comptent sur les doigts de la main. Alors que 80 à 90 % des nouveaux produits se voient attribuer un ASMR 5… c'est-à-dire un progrès inexistant ».
Étienne Caniard, ancien président de la Mutualité française et membre du collège de la HAS, dans *Les Échos*.



« Cibler l'épargne des retraités serait un choix pour réduire la dette. Au risque de déranger, il faut dire les choses. Actuellement les deux tiers des hausses de l'épargne en France, soit 130 Mds € par an, proviennent des 65 ans et plus. Le taux moyen d'épargne des ménages seniors est de 20 %. Nous sommes dans une situation unique où le taux d'épargne dépasse de loin le taux d'investissement. Ces faits sont incontestables. Il faut en sortir, quitte à bousculer certains acquis ».
Jean-Louis Hairault, directeur de Paris-School of Economics.

LES CHIFFRES

75 731
pharmaciens inscrits à l'Ordre fin 2025 (+0,9 % sur un an).

52 000
décès dus à la seule canicule de l'été dernier dans l'UE, selon *Nature Health*.

6 millions
de téléconsultations réalisées par une IA en 2025. Ce n'est qu'un début…

729
brevets santé déposés par les chercheurs du CNRS en 2025 auprès de l'Union européenne des Brevets (UEB) ; le CEA 3e et l'Inserm 4e pour l'UE.

40 %
des *fake news* en santé sont susceptibles de rapporter de l'argent à leur promoteur, selon le professeur Molimard, auteur d'un rapport sur la désinformation.

63 €
brut de hausse des salaires des auxiliaires de vie depuis juin dernier.

647 818
décès recensés en 2025 (+ 1 % sur un an).

24 %
des étudiants déclarent « *avoir souffert* » d'un épisode dépressif en 2024 contre 14 % en 2014.

905 000
dossiers de demandes de retraite traités en 2026 (+70 000 sur un an).

© Cocktail Santé - Mutualité Française - Magnific - Wikipédia - DR - Sénat

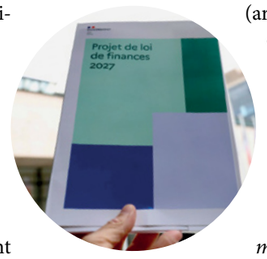


Le PLFSS passe au Sénat, et après ?

Après avoir été rejeté à l'Assemblée nationale, le PLFSS est désormais examiné par la chambre haute. Le point sur les enjeux et sur la suite du parcours législatif, qui pourrait s'avérer mouvementée.

Les parlementaires du Palais du Luxembourg voteront-ils budget de la Sécurité sociale pour 2027 ? Après le rejet quasi unanime du PLFSS à l'Assemblée nationale, le marathon législatif automnal se poursuit au Sénat, à partir de la copie gouvernementale. La commission des Affaires sociales de la chambre haute examinait, le 4 novembre, le rapport sur le texte après avoir conduit une série d'auditions depuis la mi-octobre (ministres compétents, directeurs de caisses nationales, Cour des comptes, etc.). Le projet de loi arrivera ensuite en séance publique cinq jours plus tard.

À l'Assemblée, l'examen en première lecture avait été écourté, les députés ayant voté en séance contre la deuxième partie du projet de loi, consacrée aux recettes, le 23 octobre dernier. Les élus se sont prononcés par 115 voix contre et une seule pour, rejetant de fait l'ensemble du texte sans aborder la troisième partie, portant sur les dépenses. « *À l'issue de l'examen de ce PLFSS, nous en serions à un déficit de la Sécurité sociale de 24 Mds €* », avait averti le ministre de l'Action et des Comptes publics, David Amiel, juste avant le vote. La version du gouvernement mise sur des efforts massifs pour ramener le « trou de la Sécu », à 12,7 Mds € en 2027 (après 21,8 Mds € cette année).



© Sénat - Cocktail Santé -

« Proposer des alternatives »

Dans l'hémicycle, les députés avaient supprimé l'essentiel des mesures d'économies prévues, notamment l'extension de la « taxe soda » aux produits sucrés et transformés (prévue par l'article 8), la contribution sur les entreprises exploitant des dispositifs médicaux (article 9) et la prolongation pour l'année prochaine de la « surtaxe » sur les Ocam de 2,05 %, pour un rendement de 1,1 Md € (article 12). Avant cette étape, le texte avait également été rejeté en commission des Affaires sociales. Les élus s'étaient notamment prononcés contre certaines mesures sensibles, comme la désindexation partielle des retraites ou la création d'un délai de carence avant de bénéficier des prestations familiales pour les ressortissants étrangers hors UE. « *Je souhaite que ce PLFSS continue d'être celui du dialogue. Bien évidemment, le gouvernement présente, avec ce texte, une orientation, mais il appartient souverainement au Parlement de l'amender et de proposer des alternatives* » a réaffirmé la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, devant la commission des Affaires sociales du Palais du Luxembourg mi-octobre. Les sénateurs devraient écarter un certain nombre de dispositions et largement remanier le texte du gouvernement.

« *Ce PLFSS est un peu différent des autres, car nous devons faire un effort considérable, alors même qu'il ne prévoit pas de réforme structurelle, que les taux d'intérêt font progresser le coût de la dette, que l'argent est de plus en plus cher et que la dette ne peut plus être une variable d'ajustement* », a constaté le rapporteur général, Olivier Henno (Union Centriste et Indépendants). Lors des auditions, les sénateurs ont épinglé la faiblesse de la progression de l'Ondam, fixée à 2 %. Le rapporteur de la branche Maladie, Jean-François Rapin (LR), a jugé l'objectif « *très ambitieux* » et même « *inaccessible* », rappelant que la tendance des dernières années s'inscrivait dans une progression de 3 à 3,5 %. « *Nous mettrons bien sûr l'accent sur la taxe concernant les produits sucrés, qui, à mon avis, soulèvera des débats dans l'hémicycle, mais aussi parmi les entreprises, les médecins et les consommateurs* », a également anticipé l'élu du Pas-de-Calais. Dans les premiers amendements déposés en vue de la séance publique, des sénateurs défendent une suppression ou proposent de décaler de six mois le calendrier.



David Amiel, ministre de l'Action et des Comptes publics.

Désindexation des retraites

Les sénateurs devraient se saisir du sujet épineux de la désindexation partielle des retraites, prévue par l'article 35. Selon le projet du gouvernement, seules les pensions dont le montant total (base et complémentaire) n'excède pas 1 260 €, resteraient appuyées sur l'inflation, pour celles dépassant ce seuil un taux inférieur serait déterminé par voie réglementaire. À la clé, 4 Mds € d'économies attendus. Toutefois, Jean-Pierre Farandou, le ministre du Travail, s'est déclaré à plusieurs reprises ouvert à d'autres scénarios. Un compromis pourra-t-il se dessiner au Sénat ? Sur le système de retraite, des élus de la droite et du centre-droit (Sylvianne Noël et Franck Menonville) avancent par ailleurs la piste d'une part de capitalisation publique, « *obligatoire et collective, complémentaire aux régimes existants* ».

La chambre des territoires devrait également être attentive à l'article 13, visant à transférer 300 Ms € de CSG aux départements pour financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH). « *La CSG étant destinée à financer une dépense de Sécurité sociale, c'est un jeu à somme nulle par rapport à la branche. Je le redis, cela revient pour les départements à braquer leur propre caisse. Leur situation financière n'en sera pas améliorée* », a alerté Paul Christophe, président du Conseil de la CNSA, devant la commission fin octobre. Les sénateurs pourraient par ailleurs remanier l'article 11 consacré à la régulation des produits de santé. Un amendement d'Anne-Sophie Romagny (Union centriste et indépendants) propose d'instaurer un mécanisme d'abattement pour tenir compte des engagements des entreprises en faveur de la continuité de l'approvisionnement. Et la taxation des dispositifs médicaux pourrait être de nouveau supprimée.



Stéphanie Rist, ministre de la Santé.



Olivier Henno, rapporteur général du PLFSS.

Les parlementaires devraient aussi se pencher sur les allègements généraux de cotisations sociales. « *Le choix de réduire les allègements généraux ne risque-t-il pas de se traduire par plus de destructions d'emplois que si l'on augmentait d'autres recettes ?* », s'est ainsi interrogé le rapporteur général en commission, lors des auditions.

Le vote solennel est prévu le 18 novembre. Si les parlementaires parviennent à adopter un texte, il poursuivra son chemin en commission mixte paritaire (CMP), en vue de trouver un compromis entre les deux chambres. Faute d'accord, la navette se poursuivra. En revanche, si députés et sénateurs parvenaient à s'entendre sur une version commune, celle-ci serait ensuite transmise en séance publique à l'Assemblée, puis au Sénat. Ce scénario paraît toutefois assez peu probable à l'heure actuelle. Une adoption au terme des navettes parlementaires, avec dernier mot à l'Assemblée, semble, elle aussi, hypothétique compte tenu du contexte politique mouvementé lié à la prochaine présidentielle.

Mais le gouvernement dispose de plusieurs instruments prévus par la Constitution pour doter la Sécurité sociale d'un budget avant le 31 décembre prochain. Premier, et plus utilisé, d'entre eux : l'article 49-3. Par cette procédure, le Premier ministre peut engager la responsabilité du gouvernement devant l'Assemblée nationale sur le vote du PLFSS. Le recours à cette arme constitutionnelle suspend la discussion du texte. Ce dernier est alors considéré comme adopté, sauf si une motion de censure est déposée dans les 24 heures. Dans cette situation, le vote fait tomber le gouvernement, tandis que le rejet implique l'adoption du texte.

Article 47-1 *vs* loi spéciale

Sébastien Lecornu a également d'autres cartouches dans sa besace. L'article 47-1 prévoit la possibilité de recourir à des d'ordonnances « *si le Parlement ne s'est pas prononcé dans un délai de cinquante jours* » ou s'il n'a pas adopté le budget dans ce délai. Pour ce « cru » 2027, la date limite est fixée au 26 novembre à minuit. Cet outil n'a encore jamais été utilisé sous la Ve République. Le gouvernement reprend dans ce cas son projet de texte initial , c'est-à-dire celui présenté en Conseil des ministres le 1er octobre.

Enfin, reste la loi spéciale, prévue par la loi organique de 2001. Pour mémoire, en décembre 2024, après la censure du gouvernement de Michel Barnier, le Parlement n'avait pas pu aller au bout de l'examen des textes budgétaires (PLF et PLSS). Ce dispositif avait alors été activé pour la deuxième fois sous la Ve République. Le périmètre restreint de la loi spéciale, soit les mesures essentielles à la continuité de la vie de la Nation, lui confère un caractère temporaire et exceptionnel. L'option d'un recours à cet instrument (pour la Sécurité sociale ou le budget de l'État) jusqu'à la prochaine élection présidentielle, pour laisser le soin au prochain gouvernement d'élaborer les textes budgétaires, doit par ailleurs être écartée compte tenu de son impact. En 2024, la facture s'était ainsi élevée à 12 Mds €, un coût impossible à assumer vu l'état actuel des finances publiques.

Émilie Guédé

La Cour des comptes craint une « *trajectoire intenable* »

En marge des travaux parlementaires, la Cour des comptes présentait son rapport annuel sur la trajectoire financière de la Sécurité sociale. Au-delà de la dérive « *préoccupante* » des comptes sociaux depuis l'après-Covid, l'instance s'inquiète tout autant de la capacité de l'Exécutif à atteindre les objectifs affichés pour 2027 que de celle de l'Acoss à assumer son rôle de financier de la Sécu à terme.

Quand la Première présidente de la Cour des comptes, Amélie de Montchalin, indique vouloir inscrire la présentation de son rapport sur la trajectoire financière de la Sécurité sociale dans le cadre de la « *bataille de la vérité* » sur l'état des comptes publics, on peut craindre le pire quant au regard que portent les Sages de la rue Cambon sur la copie 2027 du PLFSS. En l'occurrence, ce pressentiment s'avère confirmé.





Crédibilité

Pour l'an prochain, si l'ambition de ramener le déficit à 12,7 Mds € est accueillie favorablement, son atteinte paraît toutefois « *optimiste* » comme le précisait **Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes**, lors de la présentation du rapport à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Plusieurs facteurs entrent ici en considération. À commencer par les hypothèses macroéconomiques tablant sur une croissance de PIB de 1 % et une progression de la masse salariale de 2,4 % compte tenu du contexte international et des difficultés économiques du pays. De même, les Sages expriment un certain doute quant aux 9 Mds € d'économies annoncées. Tant, sur leur dimension paramétrique court-termiste (Ondam, mécanismes de gel…) que sur la capacité du gouvernement à les réaliser dans une année 2027 un peu particulière. En cela, l'analyse de la Cour des comptes rejoint celle du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie, réuni le 21 octobre dernier, pointant un risque majeur de dépassement du sous-Ondam de médecine de ville compte tenu des dynamiques de certains postes. Celles des arrêts maladie étant particulièrement du doigt, qui plus est si la réforme voulue par le ministre du Travail, Jean-Pierre Farandou, n'aboutit pas sur la réalisation d'économies à hauteur de 1 Md € dès l'an prochain.

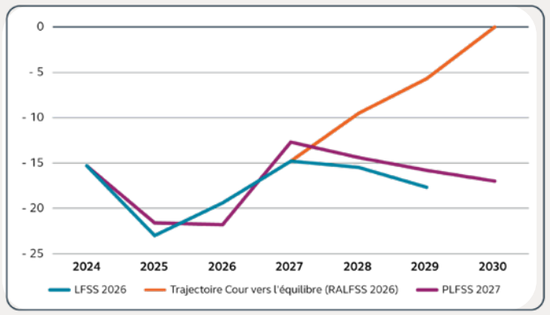
Le scénario de la défaillance

L'autre sujet majeur de préoccupation porte sur le pilotage des déficits à terme. Pour Bernard Lejeune, au rythme actuel, la dette logée à « *l'Acoss devrait mécaniquement grimper jusqu'à 130 Mds € d'ici 2030* ». Et ce, bien que son plafond soit déjà prévu pour être relevé à hauteur de 85 Mds € dans le cadre de ce PLFSS. Cette perspective est des plus préoccupantes, car, à court terme, « *les marchés financiers n'ont pas forcément la capacité d'absorber une telle somme* ». En conséquence, il n'exclut pas l'hypothèse d'une possible défaillance « *si les prêteurs commençaient à saturer* ».

Face à ce possible scénario, la Cour des comptes préconise que la CADES reprenne la dette qui sera accumulée par l'Acoss en fin d'année prochaine en vue de la transformer en dette de long terme. Attention, il ne s'agit guère d'une solution miracle, Bernard Lejeune rappelant que ce mécanisme a un effet pervers : tandis que la CADES amortit les dettes passées, la Sécurité sociale récrée en parallèle de nouveaux déficits. Le fameux serpent qui se mord la queue. Conséquence directe de ce choix, le gouvernement n'aurait pas d'autre alternative que de repousser l'horizon d'extinction de la caisse d'amortissement, actuellement fixé à 2033, et de prolonger *de facto* des mécanismes de prélèvements comme la CRDS. Toutefois, la Cour insiste qu'à défaut de porter de réelles réformes structurelles, à hauteur de 5 à10 Mds € d'économies par an, ce nouveau transfert ne ferait que déplacer le problème.

Alexandre Beau

Trajectoire pluriannuelle du déficit de la Sécurité sociale (ROBSS) (en Md€)



Source : LFSS 2026, PLFSS 2027, trajectoire vers l'équilibre proposée par la Cour dans le RALFSS 2026

© CocktailSanté - DR

Relation aux usagers : une approche en pleine mutation

Si la Sécurité sociale a dû faire face à bien des changements et des événements au cours de la dernière décennie, la question du lien avec l'usager a toujours fait office de fil conducteur. Qu'ils soient allocataires, cotisants, ou encore assurés, les besoins et attentes des Français continuent d'évoluer. En conséquence de quoi, leur façon de « consommer » du service public ont imposé aux différentes branches de bousculer leurs stratégies et procédures internes : management, services déployés, SI, plateformes de contact…
Dans le cadre de ce dossier, *ESE* relaie les bilans qui ont pu être faits par les caisses nationales du régime général à l'occasion des Grands dossiers de la protection sociale tout en se penchant sur les travaux réalisés par l'IGAS sur le devenir du guichet d'accueil. Une mise en perspective à l'heure où les négociations des prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG) s'intensifient.



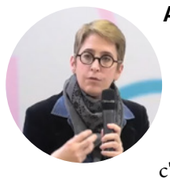
Quand la Sécurité sociale s'adapte

Le 14 octobre dernier, l'EN3S organisait une table ronde sur le thème « Comment répondre aux attentes des usagers tout en garantissant un service public accessible, efficace et adapté à chaque situation ? ». Ce rendez-vous réunissait Frédéric Vabre, directeur de cabinet de la CNAF, Aurélie Combas-Richard, directrice déléguée au réseau et aux opérations de la CNAM, Sophie Patout, directrice déléguée de l'Urssaf Caisse nationale, Véronique Puche, directrice déléguée au SI et au pilotage des transformations de l'Assurance Retraite et enfin, Aude Muscatelli, directrice adjointe de la CNSA. Meilleurs extraits.

Évolution du service à l'usager post-Covid

Frédéric Vabre (CNAF) :
« Plusieurs facteurs ont contribué à faire évoluer nos services à l'allocataire. Avec la Covid, et la fermeture de points d'accueil physique, nous avons assisté à un report assez fort sur le canal téléphonique. Depuis, les choses se sont amplifiées. Ainsi, nous sommes passés de 18 millions d'appels en 2019, à 33 aujourd'hui. Et c'est quelque chose qui ne se dément pas. Pourquoi ? le téléphone permet de répondre à des enjeux assez forts d'immédiateté et de personnalisation pour une partie de notre public qui a besoin des prestations pour se loger, pour manger ou, pour boucler ses fins de mois. Idem, en ce qui concerne notre site web avec plus d'un milliard de connexions par an sur ces sujets. Mais que ce soit le téléphone, ou nos accueils, la réassurance ultime, c'est quand même l'humain. C'est ce qui va permettre à une partie du public de repartir plus confiant à la suite d'un contact avec l'un de nos agents (…). Le facteur d'immédiateté est désormais un incontournable dans une société où, lorsqu'on fait une commande sur Internet, on est livré quelques heures plus tard. Donc, la question des administrations qui mettent plusieurs semaines à répondre à une demande de prestation est un vrai défi pour nous (…). La question de la personnalisation est aussi très importante. Aujourd'hui, on est en attente d'un service, plus adapté à sa propre situation. Et donc, cela pose des questions d'utilisation des données pour faire de la proactivité. De même, le lien peut-être fait avec le sujet de l'approche populationnelle qui a été largement développée dans les différents réseaux de Sécurité sociale et qui, est également développée en CAF depuis aussi quelques années ».





Aude Muscatelli (CNSA) :
« Bien que nous n'ayons pas la chance d'avoir un réseau comme les autres branches, on constate que la première des raisons qui amène les usagers à nous contacter, c'est le fait qu'ils ne savent pas à qui s'adresser en première intention. Il est vrai que nos droits sont complexes et

© PhilippeChagnon / CocktailSanté - Captures d'écran



« Trouver le bon équilibre entre les relations dématérialisées, qui sont plébiscitées, et l'interaction humaine »
Sophie Patout (Urssaf CN)

qu'il y a une attente en termes de délai et de qualité de la réponse à fournir. Or, il est nécessaire de réaliser une évaluation individuelle liée à la personne dans son lieu de vie, dans sa situation et dans son projet de vie. Du coup, on dépasse les seuls sujets de revenus et de barème. Par exemple un dossier de MDPH fait 32 pages ! Cela peut paraître abominable pour des parents qui viennent d'avoir leur enfant diagnostiqué avec un handicap. Dans certains cas, c'est même vécu comme un traumatisme. Un enjeu central porte donc sur l'accompagnement dans le montage du dossier, dans l'accès au droit et dans le parcours ».



Sophie Patout (Urssaf CN) :
« Notre spécificité est d'avoir 12 millions de cotisants aux profils très variés. Cela va de l'entreprise du CAC 40 à l'auto-entrepreneur, en passant par les PME, les indépendants, les artistes-auteurs, les marins ou encore, les particuliers employeurs. Cela appelle un premier constat en termes de relation usager, c'est que la relation avec chacun d'entre eux appelle une réponse personnalisée. Le deuxième constat s'agissant de nos usagers est qu'il y a une complexité inhérente au sujet sur lequel on intervient, mais aussi, une complexité relative aux parcours professionnels et entrepreneuriaux qui tendent à se démultiplier et à devenir davantage hybrides. Ainsi, on peut être à la fois indépendant et avoir une vie de salarié. Et puis, le troisième constat est que les standards de la relation client changent. Une question d'autant plus d'actualité que nous demandons aux gens de payer. Par conséquent, l'accompagnement serviciel doit être aussi irréprochable que possible. Cela appelle des réflexions, et donc des évolutions, sur notre manière de placer l'usager au cœur de nos process et de notre organisation. En termes de gestion, cela nous pousse à trouver le bon équilibre entre les relations dématérialisées, qui sont plébiscitées, et l'interaction humaine. Au travers de notre COG, notre idée a été que les technologies soient utilisées en complément de l'action de nos conseillers qui demeurent le vecteur central de la relation usager. Concrètement, nous avons construit notre stratégie de digitalisation afin qu'ils puissent se concentrer sur les situations qui nécessitent de l'expertise, de l'écoute et du discernement. Car, au bout du bout, l'usager qui nous contacte a besoin d'une réponse personnalisée et, de notre côté, il faut qu'on arrive à lui répondre le plus rapidement possible de manière intégrale afin qu'il n'ait pas à réitérer sa demande ».

Comment gérer le « choc de complexité » réglementaire à l'accueil ?

Frédéric Vabre (CNAF) :
« Sur le volet des prestations, notamment les nôtres, il y a une attente de la société de contemporanisation. C'est-à-dire qu'on veut des choses beaucoup plus ajustées. On voit bien que typiquement, tous les trimestres, une allocation logement qui change, ça engendre plus de contacts avec les bailleurs, et toutes les personnes concernées. Donc effectivement, il y a la rapidité de l'évolution du droit et il y a sa complexité. Ce sont deux aspects assez intriqués en réalité. C'est pour cela que nous développons une approche populationnelle qui consiste à spécialiser des équipes par segment de public plutôt que de faire de la polyvalence totale ou de la spécialisation par prestation. En somme, une logique de focalisation sur la relation à l'allocataire que nous généralisons dans les CAF depuis plusieurs années ».

Aurélie Combas-Richard (CNAM) :
« Au sein de l'Assurance Maladie, nous avons opté pour une autre approche. Nous avons retravaillé toute notre stratégie de service vis-à-vis des assurés autour de trois gammes. La première, une gamme de service qu'on a appelé "essentielle" qui est vraiment la base. C'est-à-dire les incontournables sur lesquels on doit être impeccable. À celle-ci, on a ajouté une gamme de service modernisée et une gamme de service personnalisée. Nous sommes donc repartis sur les fondamentaux du service public en embarquant l'ensemble des collaborateurs : on accueille les gens, on répond au téléphone et on maîtrise nos réponses ».

Aude Muscatelli (CNSA) :
« On est sur un équilibre qui est très difficile à trouver. Il y a des vagues de simplification, puis de recomplexification, et on n'a jamais su établir une fois pour toutes cette forme d'équilibre. Il faut dire que l'administration dans ses procédures, dans ses pratiques et ses manières de faire, peut très rapidement figer voire, stigmatiser une situation. Donc on a quand même un travail très complexe à mener parce que s'il est vrai qu'on doit être attentif sur les délais, il va falloir, à un moment donné, et c'est un gros mot pour certains usagers et associations, industrialiser le process. Et ce, sans que tous les dossiers soient traités de la même façon. S'il y a des situations plus complexes, qualifions-les ensemble pour faire en sorte que toute la chaîne en profite. ».

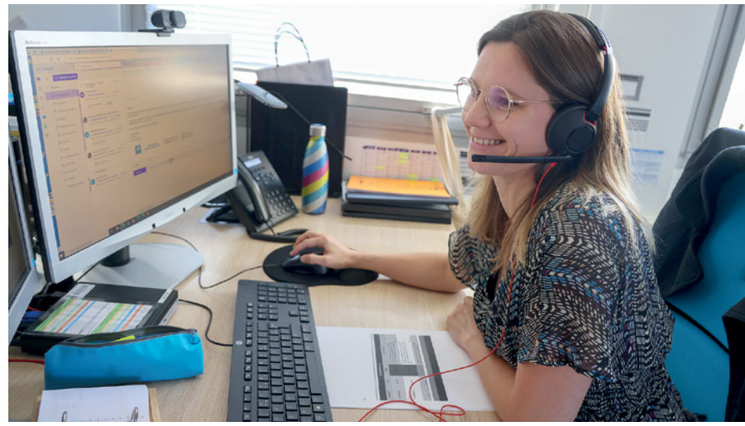
À NOTER

La CCMSA, par l'intermédiaire d'Anne-Laure Toressin, sa DG, était également présente à ce rendez-vous. Pour connaître, avec plus de détails, les orientations prises par le régime agricole quant au devenir de la relation à l'assuré, nous vous renvoyons au long entretien qu'elle nous a accordé dans notre précédent numéro *(ESE 1307)* daté du 16 octobre dernier. Le débat était animé par Gilles Nezosi, directeur du CTI de Saint-Etienne et conseiller scientifique de l'IHEPS.

Comment les réformes impactent les COG et la relation aux usagers ?



Véronique Puche (CNAV) :
« Aborder une réforme, c'est répondre à plusieurs interrogations. D'abord, il s'agit de transformer une décision politique en une réalité qui va être concrète pour des millions d'assurés. Autrement dit, passer d'une règle juridique à un droit servi pour des assurés. On comprend donc que cela se traduit par une évolution des outils, des procédures, des consignes, des compétences, mais aussi parfois de l'information qu'on va délivrer au public. Le tout, en s'assurant qu'on n'interrompe pas le service aux assurés. C'est comme si l'on changeait le moteur d'un avion alors qu'il vole ! Dans la branche, nous commençons à avoir un peu de recul sur la chose. Après tout, on a eu des réformes, puis des suspensions de réformes, et très probablement, on en aura une nouvelle prochainement (…). Pour mieux appréhender ces chocs, quelques constats s'imposent. En premier, c'est que plus une réforme est anticipée, mieux elle est absorbée. Même si cela n'est pas facile dans les faits, notre objectif est vraiment d'intervenir le plus en amont possible du vote de la loi. Donc, en partenariat avec la tutelle et les pouvoirs publics, on regarde de manière confidentielle les hypothèses qui sont envisagées, les impacts et les conditions concrètes de leur mise en œuvre. On chiffre aussi les coûts, on regarde les populations qui vont être concernées, les impacts qu'il va y avoir en termes de gestion et de SI parce que c'est souvent le levier fondamental pour pouvoir mettre en en œuvre des réformes de manière rapide (…). C'est un mouvement d'ensemble. La seule réforme de 2023 a fait l'objet de plus d'une quarantaine de projets et mobilisée plus d'une vingtaine de chefs de projets, et pas moins de 200 collaborateurs et collaboratrices ont été impliqués simplement pour sa mise en œuvre. C'est une énorme mécanique de transformation ! (…) On a aussi des retours d'expérience qui nous montrent que les équipes ne nous demandent pas forcément davantage d'informations, mais elles préfèrent qu'on se focalise sur celles qui leur seront les plus utiles. L'objectif, c'est vraiment de leur donner les moyens d'agir et d'expliquer en vue de renforcer nos capacités "d'aller vers" (…). Enfin, il y a un enjeu d'information des assurés au juste moment. Il n'est pas forcément facile parce que notre communication doit conjuguer précision, prudence, mais également pédagogie dans un contexte où l'on constate généralement une forme d'incompréhension des assurés vis-à-vis des contours des réformes, mais aussi face à un certain nombre d'éléments qui sont présentés dans les médias et qui ne sont pas d'une justesse infaillible. Du coup, on met en place des webinaires et des simulateurs. Ces derniers, avec plus de 3 millions de visites, démontrent que nos assurés sont en attente de ce type de démarches ».



« "L'aller vers" d'urgence sanitaire s'est transformé en un nouveau mode de faire du service public »
Aurélie Combas-Richard (CNAM)

« L'aller vers », ça fonctionne ?



Aurélie Combas-Richard (CNAM) :
« "L'aller vers", on l'a découvert dans des circonstances particulières, puisque c'était pendant la crise de la Covid avec la mise en place du *contact tracing*. Avec le recul, on se dit que c'est l'une des plus belles réussites opérationnelles de l'Assurance Maladie de ces dernières années. On s'est rendu compte que passer des coups de téléphone, ça marche plutôt bien, car cela remet un peu d'humain dans un monde tendant vers la dématérialisation. En plus, on a remarqué qu'on était plutôt efficace et que nos messages passaient plutôt bien. Un autre aspect qui nous a sauté aux yeux porte sur les inégalités sociales de santé et d'accès au droit et aux soins. On dépassait le cadre statistique pour parler à des gens qui nous indiquaient ne pas avoir de médecin traitant, de complémentaire santé et qui finissaient par renoncer aux soins. C'est à partir de cela que "l'aller vers" d'urgence sanitaire s'est transformé en un nouveau mode de faire du service public que l'on a totalement intégré à nos modes de fonctionnement et à nos organisations. Trois exemples illustrent ce changement. En premier lieu, les missions d'accompagnement santé dans les caisses. Ces équipes, à partir des données qu'elles récupèrent dans le système d'information ou lors d'événements à l'extérieur ou par des signalements internes, vont appeler des personnes qui ne s'attendent pas du tout à l'être. On fait alors un petit tour de leurs droits pour regarder si on peut les aider à avoir leur complémentaire santé solitaire ou à se faire soigner. On les accompagne alors, si besoin, dans la prise de rendez-vous



médical ou à trouver un médecin traitant si elles sont atteintes d'une maladie chronique. Cette démarche produit des résultats avec 50 % des accompagnements qui aboutissent à un retour aux soins. Une deuxième illustration est l'installation de nos plateaux "aller-vers" dédiés à la prévention. On en a ouvert sept en métropole et en Outre-mer avec des conseillers qui appellent des assurés pour les sensibiliser sur le dépistage des cancers, sur la vaccination antigrippale ou sur les examens bucco-dentaires dans le cas de M'T Dents. Le but est de comprendre leur situation, de lever tous les freins et, au bout du bout, de pouvoir prendre un rendez-vous médical pour eux dans des créneaux dédiés. En termes de résultat, sur une population avec les mêmes critères de fragilité que nous n'appellerions pas, on est à peu près sur 18 % de dépistage. Après notre intervention, on gagne dix points. C'est essentiel, car lorsque l'on aborde le dépistage du cancer du sein, ce sont certainement des vies sauvées. Enfin, la troisième illustration est l'expérimentation dans le réseau d'équipes mobiles de dépistage. Cela prend plusieurs formes, comme des bus ou des camions, qui vont se déployer dans des lieux de vie où l'offre de radiologie est plus faible ou inexistante. La première fois qu'on a fait ça, c'était à Noisy-le-Sec où l'on était sur 9 % de dépistages malheureusement positifs, alors que la moyenne nationale s'établit à 1 %. On comprend donc tout l'intérêt de la démarche, même si derrière il y a un coût humain important qui n'est pas neutre. Cela étant, nous avons clairement opéré ce choix en priorisant des équipes sur "l'aller-vers". Aujourd'hui, on a à peu près 450 personnes sur les missions d'accompagnement santé, 120 personnes sur la prévention et 200 sur Sofia ».

Alexandre Beau

Des modes d'accueil à repenser

L'IGAS a récemment publié un rapport intitulé *« L'accès aux droits sociaux : la fin du guichet ? »*. Si le titre peut sembler un peu provocateur, de premier abord, les travaux menés dans cette étude font remonter la nécessité de renforcer les capacités d'accueil multicanal dans l'écosystème de la Sécurité sociale après une décennie marquée par une transformation organisationnelle inédite. Et ce, au niveau de l'ensemble des branches*

Quel devenir à terme pour les guichets de Sécurité sociale présents sur l'ensemble du territoire national ? C'est une des questions que pose le rapport, publié en juin dernier par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), s'attardant sur l'accès aux droits des assurés sociaux via un point d'accueil. Ce dernier a considérablement évolué au cours de la dernière décennie, s'écartant progressivement de la vision traditionnelle du guichet physique, avec l'agent attendant derrière son pupitre, pour basculer sur des espaces ouverts d'accès aux services publics ou bien sur des accès en ligne permettant de réaliser des démarches de façon intégralement dématérialisée. Un changement qui aura aussi vu le périmètre des acteurs, intervenant en première ligne, s'élargir au fur et à mesure des évolutions réglementaires et des transferts de compétences opérés.

Du côté de la Sécurité sociale, plusieurs chiffres matérialisent cette transformation en profondeur. À commencer par l'évolution sur la période 2014-2018 du nombre de sites d'accueil disposant d'agents issus de caisses locales : -44,8 % sur la branche Vieillesse, -32,6 % sur la Maladie et -11,9 % sur la Famille. Des chiffres éloquents, illustratifs de cette bascule structurelle, qu'on retrouve également au niveau de l'évolution des ETP dédiés à l'accueil physique et téléphonique (sur 2014-2020 pour le coup) dans les branches Maladie, Famille et Vieillesse : -19,6 % pour le premier (dont -35 % pour la seule CNAV) et -13,5 % pour le second (-31 % pour la CNAF). Cette réduction du champ des points de contact aura pour conséquence directe d'aboutir sur un *« déport non organisé »* des usagers vers d'autres acteurs de proximité, tels que les mairies, les CCAS et les tissus associatifs locaux. Or, ces derniers n'étaient ni en capacité d'absorber cette demande supplémentaire, ni d'agir en tant qu'intermédiaire avec les organismes de Sécurité sociale.

La réponse MFS

Cette bascule organisationnelle, qui s'est parallèlement étendue à d'autres pans de l'administration publique, a connu un tournant vers 2019/2020. Principalement, par suite du mouvement de contestation des gilets jaunes. L'argument de la proximité est redevenu prioritaire en vue de panser certaines fractures territoriales et numériques. En cela, cette crise a poussé les décideurs à davantage recentrer la focale sur *« les accueils plutôt que sur l'écoute usager ou les démarches de design de service réalisées »*. En somme, dans une volonté de *« réassurer les usagers »*, l'humain doit retrouver un rôle central aux côtés des bornes libre-service et des procédures réalisables en ligne. Les Maisons France Service (MFS) sont une illustration de ce changement de braquet en permettant de démultiplier les points de contact partout sur le territoire national en vue d'offrir un premier niveau d'information aux usagers le nécessitant. Et ce, dans une logique de guichet unique. Toutefois, dans la pratique, chaque caisse nationale a positionné différemment les MFS dans sa stratégie d'accueil de l'assuré. Si la branche Maladie les positionne en tant que partenaires de front office sur de l'information ou de l'orientation de l'usager, en maintenant son offre d'accueil sans rendez-vous dans les Cpam uniquement pour des cas urgents, leur rôle diffère pour la Famille et la Vieillesse. Pour la première, les MFS se positionnent en complément des infrastructures d'accueil du réseau qui sont priorisées. Et ce, que ce soit lors de la prise de rendez-vous ou dans le traitement continu du flux d'usager. Pour la seconde, l'accueil se fait uniquement sur rendez-vous avec un agent. La prise en charge de l'accueil spontané des assurés, dans le cadre d'un processus d'externalisation, revenant soit aux MFS soit à d'autres partenaires institutionnels.



Des corrections dès les prochaines COG ?

Malgré ces évolutions, l'IGAS avance principalement cinq recommandations à la DSS et aux caisses nationales dans le cadre de la définition du périmètre des COG devant couvrir la période 2028-2032.

➨ **L'obligation de la gestion du flux :** pour l'ensemble des branches, une offre d'accueil physique en flux libre (sans besoin de réserver un créneau de rendez-vous, devra être déployée pour éviter tout risque *« d'invisibilisation de la demande sociale »*. Pour ceux qui ne pourront pas le faire, à l'image de la CNAV et des Carsat, un mécanisme de délégation encadré devra être mis en place avec des acteurs locaux, comme les MFS et les CCAS. Dans ce cadre, ces derniers devront pouvoir bénéficier d'un accès direct et prioritaire pour la prise de rendez-vous dans les caisses locales pour les usagers qu'ils reçoivent.

➨ **Objectivation des rendez-vous pour la CNAV :** au travers de cette mesure, l'IGAS incite l'Assurance Retraite à repenser ses objectifs annuels de rendez-vous à honorer. Ceux-ci devront être fixés en fonction du flux réel de départs à la retraite. En cela, elle pousse pour que les guichets de la branche s'inscrivent davantage dans une démarche d'information préventive des calculs des droits.

➨ **L'autonomisation des départements :** pour pallier tout risque de blocage d'un dossier usager, et donc des situations de ruptures de droits (RSA, prime d'activité, CSS, IJ…), il est recommandé d'étendre l'ouverture des canaux dédiés de saisine directe aux agents des conseils départementaux. À l'image de ce qui est fait dans les MSF.



➨ **Administration proactive :** pour les Cpam et les Caf, dans le cadre des dispositifs de détection automatique des personnes éligibles aux prestations sociales, rendue possible par le mécanisme de solidarité à la source, des enquêtes sur l'expérience usager devraient être mises en place. Objectif : s'assurer que l'usager comprenne comment fonctionnent ces démarches automatisées.

➨ **Pilotage territorial par les data :** toujours en ce qui concerne les Cpam et les Caf, l'IGAS les incite à davantage exploiter les données issues de leurs outils de relation client en les croisant le profil des assurés en vue d'optimiser les lieux d'implantation et les horaires de leurs points d'accueil.

Si le rapport ne se projette pas précisément sur le paysage de la protection sociale post -2027, la perspective d'une potentielle nouvelle réforme des retraites et d'ajustements conséquents dans les politiques de prestations sociales *(cf. l'évènement d'ESE 1307)* peut inciter à donner suite à ces recommandations.

AB

** À noter que les Urssaf n'intègrent pas le champ de cette mission IGAS.*

PRÉSIDENTIELLE 2027

Quatre dossiers « casse-tête » en vue pour le Conseil constitutionnel



Qu'il s'agisse de la désindexation des prestations sociales, de la règle d'or budgétaire, de la préférence nationale, voire encore, de la création possible d'une mutuelle publique, solution prônée dans plusieurs programmes présidentiels pour 2027, les membres du Conseil constitutionnel ne vont pas « chômer » dans les mois à venir. Notamment parce que ces questions appellent des positions juridiques qui doivent dépasser les raccourcis, ou autres caricatures, qui peuvent en être faites.



Désindexer les prestations sociales *in vitam eternam*

À regarder de près les différentes mesures d'économies sur la Sécurité sociale, tant pour 2027 qu'au-delà, celles portant sur la désindexation des prestations en espèces sont celles qui contribuent significativement à la réduction des déficits. Et sont, dès lors, pratiquées par l'actuel gouvernement et largement prônées par les candidats modérés ainsi que les experts, et ce, dans la durée. Histoire de résoudre en partie le déficit des régimes de base, toutes branches confondues, dont la retraite au premier rang, voire les régimes complémentaires, la piste de la désindexation totale ou tempérée des pensions (cas du PLFSS 2027 avec un seuil de 1260 € mensuels) est donc vivement recommandée. La question « immanente » est celle de la constitutionnalité de ce type de mesure.

Ce ne serait pas la première fois que le gouvernement n'appliquerait pas le principe d'indexation. D'autres Exécutifs eurent recours à cette méthode d'économie par le passé. Mais l'État peut-il, sans limite de temps, insistons déjà sur cet aspect du problème, sans respect également du principe d'égalité juridique entre bénéficiaires, toujours dans la durée, réguler les dépenses vieillesse de la sorte ? Rappelons qu'il existe deux types de prestations en espèces : celles dites de solidarité nationale, sans contrepartie de financement individualisé, et celles qui donnent lieu à une cotisation ou contribution personnelle du bénéficiaire. La pension vieillesse entre clairement dans cette seconde catégorie. La retraite en France relève largement du principe de contributivité. On cotise pour s'ouvrir des droits. Lesquels cumulés dans la durée débouchent sur un revenu de remplacement garanti. Sauf circonstances exceptionnelles (guerre ou effondrement de l'économie et par là même de la Sécurité sociale), on peut s'interroger sur la pertinence juridique d'une inégalité de traitement entre bénéficiaires. Voire carrément, de contredire le bénéfice d'un droit acquis par une cotisation si d'aventure le décisionnaire public qu'est l'État remet unilatéralement en cause le contrat originel qu'est le système contributif dans son plein effet. L'affaire est pendante. On peut étendre le questionnement à d'autres champs de la protection sociale, évidemment. Ceci dit, le Conseil constitutionnel évoque, parfois cela prend la tournure d'une « galipette » juridique, le principe de proportionnalité dans le coup de canif donné au droit fondamental. On le voit avec la question suivante de la préférence nationale.



Préférence nationale

Sur la question de la préférence nationale, seule Marine Le Pen entend clairement reconfigurer l'accès aux prestations en s'inspirant de ce principe. En droit français et européen « pur », cela serait impossible. Sauf à violer les traités de l'UE, du Conseil européen et la Constitution du pays.

Toutefois, le Conseil constitutionnel, par la voix de son ancien président Laurent Fabius, dans un propos conforté par son successeur, Richard Ferrand, avait précisé que « *la préférence nationale appliquée de façon systématique est contraire à la Constitution* » lors d'un débat autour d'une loi immigration en 2024. Il poursuivit en indiquant que « *le législateur peut soumettre les prestations de solidarité nationale à une condition de résidence ou d'activité, mais selon une durée limitée ne privant pas les bénéficiaires potentiels d'un droit de principe. La durée de cinq ans entrevue par une partie du législateur en 2024 contrevient clairement à notre constitution* ». Cette interrogation ne porte évidemment que sur les prestations de solidarité nationale dite « non-contributives ». Sur cette question de la préférence nationale, le Conseil aura certainement à préciser sa doctrine.



La règle d'or budgétaire

Existe déjà ! Façon de réaliser une pirouette électorale, les candidats à l'élection présidentielle, peu loquaces ou carrément loufoques sur leurs projets de redressement des comptes publics *(cf. ESE 1307)* crient « sur tous les toits » leur volonté d'inscrire dans la Constitution la règle d'or de l'équilibre budgétaire primaire (hors charge de la dette).

L'ennui est que cette règle d'or existe : elle s'appelle le traité de Maastricht, adopté de surcroît par voie référendaire en 1992. Ce texte fondamental, instaurant l'euro comme monnaie unique et des contraintes sur le niveau du déficit du budget des États membres de la zone euro, ainsi que le montant maximal d'endettement rapporté au PIB, imprègne toutes les politiques économiques et budgétaires des 21 pays. C'est peu dire que ce traité surplombe la Constitution française en termes de puissance juridique. Qu'il soit peu respecté dans ses règles de base, sa complexité et ses mutations juridiques, est un fait. L'additif de 2024 sur la personnalisation des contraintes pour les États mauvais élèves, et ils ne manquent pas, vise à adapter les engagements de chacun à la nouvelle donne monétaire et financière européenne et internationale. Évidemment, la France, bien qu'elle fût à l'origine du traité de Maastricht et son additif, ne respecte rien…

Alors, que dira le Conseil constitutionnel si d'aventure le futur chef de l'État obtient gain de cause sur une seconde règle d'or budgétaire dont la pertinence, tant juridique que pratique, fait sourire les experts sérieux ? Et, il en reste encore au pays de Descartes…



Installer une mutuelle publique

Sous l'impulsion du député PS, Jérôme Guedj, président de la MECSS (Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale), la piste d'une création d'une mutuelle publique nationale figure dans le rapport publié mi-septembre dernier par l'instance. Pourquoi cette idée ? Principalement, pour offrir la possibilité aux patients de souscrire une complémentaire moins chère que ce que le marché permet actuellement tout en assurant une meilleure articulation avec l'action de l'Assurance Maladie. Cette question de l'articulation RO/RC en santé « date de Mathusalem ». Déjà dès 1946… et les points de vue sont tranchés. Outre sa dimension intrinsèquement politique, quelques constats juridiques méritent d'être rappelés. Sur la question du prix d'une complémentaire santé, le Conseil constitutionnel, à la suite d'une Question de priorité constitutionnelle (QPC) déposée par les fédérations d'Ocam, a rejeté le dispositif de la LFSS de 2026 instaurant le blocage des tarifs au motif d'une disproportion et d'une atteinte à la concurrence. Mettant fin ainsi au chaos juridique que le même Conseil avait créé en ignorant cette disposition dans le PLFSS.

Retour sur le principal obstacle juridique que serait la création d'une mutuelle publique.

La complémentaire santé en France, comme partout en UE, relève d'un mécanisme de marché et concurrentiel. Et donc, les directives assurances déployées depuis le début des années 90 s'imposent. Confier le droit à la CNAM de créer une mutuelle publique équivaudrait à instaurer un monopole d'État. Sans compter qu'il n'existe nulle part une médecine payée à l'acte couplée avec un quasi 100% de remboursement d'Etat.

La création de la CMU-C et de la C2S ne fut possible qu'à la stricte condition dérogatoire qu'elle profite à une population impécunieuse. Si l'État veut créer une complémentaire santé collective publique, il lui faudra créer alors un succédané du régime particulier d'Alsace-Moselle. Mais, il s'agira bien d'un régime social obligatoire et dérogatoire au droit commun. Là, nous ne sommes plus dans la même configuration juridique, mais dans une forme d'exceptionnalité du droit lié à l'histoire. Depuis, l'eau du droit européen des assurances a coulé sous les ponts…

Pascal Beau

© Montage ESE d'après Magnific



À L'HÔPITAL, ON PREND SOIN DE TOUS, MÊME DES NÔTRES.

**Les hospitaliers prennent soin de tous.
Depuis plus de 65 ans la Mutuelle Nationale
des Hospitaliers prend soin d'eux.**

MNH

Mutuelle Nationale des Hospitaliers
CRÉÉE PAR ET POUR LES HOSPITALIERS

Plus d'infos sur **mnh.fr**

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

MNH – MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL - 331, AVENUE D'ANTIBES – 45200 AMILLY. MUTUELLE RÉGIE PAR LES DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ ET IMMATRICULÉE AU RÉPERTOIRE SIRENE SOUS LE NUMÉRO SIREN 775 606 361 - JUILLET 2025 -CRÉDIT PHOTO : JH ENGSTRÖM.