

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

CONGRÈS FNMF

Un manifeste pour demain

URSSAF

**« La pédagogie des
cotisations » avec
Sophie Patout**

CNAM



**5 ANS ET 60 PROPOSITIONS
POUR ÉVITER LA « CATA »**



“ UNE DÉCISION INCOMPRÉHENSIBLE ”
DIDIER DEBORD (Mgéfi)

Partez à la conquête d'un nouvel espace pour votre santé.

Mon espace santé est un carnet de santé numérique, interactif et sécurisé dont chacun bénéficie désormais pour participer au suivi et à la préservation de sa santé. Dans Mon espace santé vous allez pouvoir ranger toutes vos informations médicales, échanger avec vos professionnels de santé via une messagerie confidentielle et bientôt explorer de nombreux autres services et applications utiles pour votre santé. Rendez-vous dès maintenant sur monespacesante.fr



mon
ESPACE
SANTÉ

VOUS AVEZ LA MAIN SUR VOTRE SANTÉ.

MON DOSSIER MÉDICAL. MA MESSAGERIE SANTÉ.

ÉDITO

Alexandre Beau



Le voulons-nous?

Pour ce dernier numéro d'ESE avant la pause estivale, nous consacrons notre événement à la récente présentation du rapport Charges et Produits. Un document faisant traditionnellement office de boussole pour les actions qu'entend mener la CNAM à court terme. Pour le coup, les choses changent. La menace des 40 Mds € de déficit de la branche en 2030 oblige l'État en premier lieu, puis le DG de l'Assurance Maladie, accompagné de son Conseil, fait plutôt rare pour être signalé, à agir. Autrement et plus fermement.

À la lecture des quelque 60 propositions avancées par la caisse nationale, on ne peut s'empêcher de penser que beaucoup coulent de source. Pis, on s'étonne que celles-ci ne soient pas appliquées depuis belle lurette. Après tout, cela fait une décennie que l'on parle de pertinence des soins et de responsabilisation des acteurs. Qu'en 2025, on soit une énième fois obligé de « remettre le couvert » sur ces sujets interroge sur notre capacité collective à piloter notre système sanitaire et sa régulation financière.

Alors, prenons le recul nécessaire sur ce qui relève du mythe d'une cogestion du système avec les professionnels de santé, et plus particulièrement avec les médecins libéraux. À titre de comparaison, notre système conventionnel est loin d'atteindre l'efficacité de notre partenaire allemand! Nombre de situations négatives dans l'Hexagone n'existent pas outre-Rhin pour la bonne raison que son corps médical assume, encore et plutôt correctement, ses responsabilités envers la population et le pays. Des atouts dont nous manquons. Si le *statu quo* continue de prévaloir alors nous serons collectivement fautifs. Le risque d'un fiasco national est bien réel alors que nous saluons les 80 ans de notre chère Sécurité sociale.

La problématique reste donc entière : voulons-nous maîtriser notre système de santé et préserver une grande Assurance Maladie au service de tous? La question fut d'ailleurs posée à l'aune des réformes Juppé dans le cadre du rapport Soubie. 30 ans déjà... cela interroge. Or depuis, les progrès dans les techniques, les connaissances, la qualité de service, les soins (il faut le reconnaître même si, tout n'est pas optimal) n'ont, néanmoins, pas éteint cette interrogation. Le consensus est qu'il est urgent d'agir. Certes, mais le voulons-nous vraiment? ■



SOMMAIRE

6 - ÉVÈNEMENT

CNAM : 60 propositions (et plus) pour éviter le mur.

10 - SÉQUENCES

10 • Prévoyance

Mutualité Française : un manifeste pour repenser le futur de la protection sociale.

11 • Prévoyance

« La Mgéfi continue et continue-ra », entretien avec **Didier Debord**, président de la Mgéfi.

12 • Sécu

« Faire de la pédagogie sur l'utilité des cotisations », entretien avec **Sophie Patout**, directrice déléguée à l'Urssaf caisse nationale.

13 • Formation

Lutte contre la fraude : des compétences à (continuellement) renforcer.

14 - 80 ANS DE LA SÉCU

Pauvreté : la Sécu, une mécanique bien rodée (et optimisable).

ESPACE SOCIAL 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 Famille - Action sociale : Alexandre Beau, a.beau@espace-social.com
Prévoyance complémentaire : 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 : Cocktail Santé
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

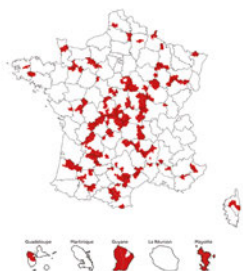
COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15€
Tous droits de reproduction réservés.
Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français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

ALORS CES 40 MDS €
MONSIEUR LE PREMIER MINISTRE?

François Bayrou dévoilera le 15 juillet ses intentions budgétaires. Il s'agit de trouver en tendanciel quelque 30 à 40 Mds € d'économies et de recettes nouvelles, en 2026, pour tenir l'objectif de 4,8 % de déficit du PIB. Quelles mesures alors ? Un patchwork de solutions se profile. Mêlant une forte contrainte de statu quo sur les crédits selon le principe d'une année budgétaire « blanche » sans hausse de traitements dans les fonctions publiques d'État et hospitalière ainsi qu'une forte incitation envers la Fonction publique territoriale (FPT) pour laquelle le gouvernement n'a pas de prise directe. Un plafonnement, voire un coup de rabot sur des avantages de niches fiscales des ménages est projeté. Tout cela rapporterait au maximum 12 à 15 Mds €. Le gouvernement cherche à lier la croissance des dépenses à la seule progression en volume du PIB. Pour le PLFSS 2026, le gain potentiel des économies est estimé entre 7 et 10 Mds €. Outre les économies prônées par la CNAM (cf. p.6 à 9), la mesure principale porterait sur le gel des prestations en espèces tant les pensions vieillesse que les prestations familiales. Avec le maintien de coups de pouce pour les minima. Des reports de revalorisations tarifaires et des mises en réserve massives de crédits sont à prévoir. Hormis quelques situations prioritaires, 2026 sera une année de quasi-*statu quo* pour la Sécurité sociale. ■



➤ Déserts médicaux, les 151 zones rouges



Drees, ARS et préfets départementaux (*quid* de l'Assurance Maladie ?), et Yannick Neuder, ministre de la Santé, ont précisé quelles sont les 151 « zones rouges » (2,5 millions de patients) ciblées dans le cadre de la mise en place dès septembre de la mesure dite de « solidarité territoriale ». Cette mesure permet aux médecins généralistes volontaires de pratiquer des consultations deux jours par mois, moyennant rémunération accrue. Histoire de réduire quelque peu le volume de déserts médicaux. 3 700 docteurs « juniors » y sont attendus en novembre 2026.

➤ Retraites, PLFSS en vue

Fin de non-recevoir des organisations syndicales (CFDT, CFTC et CFC-CGE) en vue de reprendre les négociations sur les retraites. Même son de cloche, mais plus discret côté patronal. François Bayrou devra trancher d'ici septembre s'il entend intégrer plusieurs mesures d'amélioration de la réforme de 2023 dans le PLFSS 2026. Ce pourrait être le cas pour l'âge de décote passant de 67 à 66,5 ans voire 66 ans. Idem pour le calcul des meilleures années passant alors de 25 à 24 ans voire 23 ans selon le nombre d'enfants du foyer. S'ajoute aussi la hausse des pensions



À NOTER



Grèves des officines en vue ?
Les syndicats de pharmaciens (FSPF et USPO) protestent contre l'abaissement du plafond de remises de 40 à 15 % pour la vente de génériques. Une perte jusqu'à 30 ks € par officine selon les professionnels.

•
Santé publique France et la DGS portent la création d'un registre national unique de cancer pour tout le territoire en lieu et place des pratiques départementales actuelles.

•
Ouverture d'une station numérique santé dite « station S » à Nantes avec des start up soutenues par le CHU, la CCI et l'université de médecine.

•
La PPL « infirmier » débouche sur une forme de consensus parlementaire. Le texte quasi définitif prévoit ainsi trois missions nouvelles : le diagnostic et la consultation infirmier ainsi que le droit de prescription pour les antalgiques de niveau 1. Reste à négocier les tarifs des actes en conséquence, là vu le contexte, l'affaire n'est pas acquise...

•
L'Institut Curie rappelle que 90 % des cancers du col de l'utérus sont évitables grâce à la vaccination anti-HPV.

ILS ONT DIT

« Suite aux propos du Président de la République de mai dernier, nous préparons actuellement une grande conférence sociale rassemblant responsables politiques, économistes, partenaires sociaux pour tracer collectivement l'avenir du financement de notre modèle... notre modèle repose trop sur le travail. La perspective du 80^{ème} anniversaire de la sécurité sociale nous invite à un débat lucide, sérieux et apaisé. Trois questions distinctes doivent être posées sur le financement : celle du niveau global de protection sociale que l'on doit garantir, celle du périmètre d'un financement centré sur le travail et celle du financement alternatif à celui du travail. »
Astrid Panosyan-Bouvet, ministre du Travail et de l'Emploi dans Le JDD.
Utile ce truc ?



« Vraiment, je ne vois pas l'intérêt pour les syndicats de chercher à s'impliquer davantage dans le pilotage des régimes de base de retraite car les perspectives financières du système sont très mauvaises. Il faut avoir le cœur bien accroché pour prendre des décisions difficiles et incontournables de redressement ! ».
Raymond Soubie, dans Les Échos.

« Le désir d'enfant ne décline pas vraiment en France, mais il est retardé. La baisse de la natalité reflète plutôt un désir empêché plutôt qu'un rejet du principe de parentalité... aucune nation ne peut admettre que son futur réside dans l'idée simpliste et brutale d'une importation massive, croissante de populations dont les valeurs et les modes de vie sont souvent profondément différents ». **Dominique Reynié, directeur général de la Fondapol, dans Le Figaro.**



des femmes de 10 % pour celles ayant éduqué 3 enfants et plus. Reste deux questions : que faire sur la pénibilité et quid du financement de ces mesures évaluées à plus de 2 Mds € *a minima* ?

➤ Ehpad, difficultés cumulées!



Image détériorée, taux d'occupation trop faible, surcoûts de l'immobilier, vacances de postes, coûts salariaux insuffisamment compensés par les tarifs, tout concourt à une crise structurelle dans le secteur des Ehpad. Notamment dans le champ des établissements lucratifs où les dérapages

« capitalistiques » sont légion et donnent parfois lieu à des banqueroutes.

➤ Leem, pas content!

Outre les options très contestées portées par la CNAM en vue du PLFSS 2026, les dirigeants du Leem tirent une énième fois la sonnette d'alarme sur l'état de la politique économique du médicament. Quelques chiffres illustrent le caractère préoccupant de la situation : 523 jours de délai moyen d'accès à l'innovation (391 jours en Italie et 50 jours en Allemagne), 60 % de fiscalité sur l'excédent brut d'exploitation moyen des laboratoires, 1,7 Md € de montant de la clause de sauvegarde (6 % du CA remboursé) et de 11 à 16 % de prix inférieurs de prix. ■



LES CHIFFRES

4 %
seulement de téléconsultation en France contre 30 % au Danemark, Espagne et Royaume-Uni...

74 %
des nouveaux médecins spécialistes s'installent directement en secteur à honoraires libres...

70 %
du budget moyen d'un département consacré aux prestations d'aide sociale en 2023 (55 % en 2000).

1,7
jour par patient de durée d'hospitalisation possible pour une insuffisance cardiaque plutôt que 6,4 jours actuellement... à condition qu'une HAD prenne le relais.

73
départements ont vu, depuis 2014, leur densité médicale régresser...

100 178
dossiers traités par l'Oniam (office national d'indemnisation des accidents médicaux) depuis 2002.

10,6 Mds \$
d'extorsion au système Medicare américain par le biais de factures de rachats d'entreprises fictives de fabrication de matériels russes....

160 000
pensionnés nés en 1949, 1950 et 1954, relancés par leur Carsat pour oubli de réclamation de droits!

14 millions
de patients en ALD fin 2024.

ÉVÉNEMENT

CNAM : 60 PROPOSITIONS (ET PLUS) POUR ÉVITER LE MUR



La présentation du rapport Charges et Produits lance chaque année le début du processus d'élaboration du futur PLFSS. Pour cette édition 2026, la CNAM a décidé d'opter pour une nouvelle approche, dite de « refondation », qui se projette au-delà de l'an prochain pour viser 2030 en vue de limiter l'aggravation des déficits de la branche. 60 mesures, accompagnées de plusieurs « options » de travail structurantes, sont ainsi avancées en vue d'atteindre cet objectif.

L'édition 2026 de Charges et Produits était particulièrement attendue dans un contexte de croissance importante des dépenses de santé depuis le début d'année (+ 1,3 Mds € de dépassement d'Ondam attendu) et en attendant de futures annonces gouvernementales d'économies ciblées. Preuve supplémentaire du caractère inédit de la démarche, le rapport a été présenté par le binôme directeur général/président du conseil. Une première pour une CNAM affichant clairement sa volonté « de déterminer les voies et moyens d'un retour à l'équilibre durable ». Une nécessité pour faire face à une situation budgétaire appelée à s'aggraver sérieusement au cours des prochains exercices (cf. graphique ci-contre).

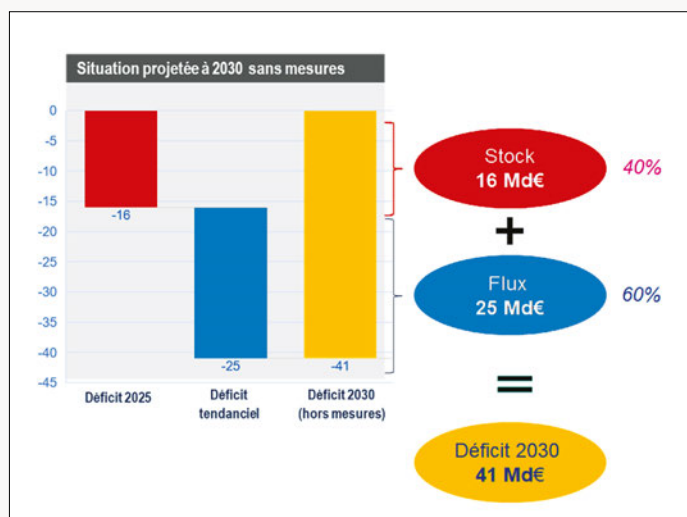
« Bâtir un système préventif conciliant efficience et soutenabilité »

Aux grands maux, les grands moyens, la CNAM tranche avec son *modus operandi* habituel, en se projetant au-delà de l'année prochaine, en définissant « une stratégie de soutenabilité à horizon 2030 afin d'apporter des solutions aussi structurelles que possible ». Quatre axes viennent soutenir cette politique « de refondation » telle que présentée par Thomas Fatôme, DG de l'Assurance Maladie :

- Prévention : le défi de la décennie
- Parcours de soins et qualité de la prise en charge
- Payer le soin au juste prix
- Remettre l'Assurance Maladie à l'équilibre

Quel contenu derrière cette ambition ? Repères et revue des principales propositions de mesures avancées.

Le mur de 2030



Au travers de ce graphique, la CNAM projette l'état de ses déficits à horizon 5 ans. Deux trajectoires sont à relever. D'abord, le « stock » de 16 Mds € soit l'état du déficit attendu pour cette année et de l'autre, le « flux » représentant la trajectoire de dégradation annuelle envisagée d'ici 2030. Selon l'Assurance Maladie, celui-ci est essentiellement lié à la pression démographique et épidémiologique. Avec une croissance annuelle de 5 Mds € par an, ce flux devrait représenter 25 Mds € cumulés au final. Si des mesures structurantes ne sont pas déployées d'ici là (d'où la présentation des 60 propositions), la situation sera plus que critique avec près de 41 Mds € de déficits attendus. Soit l'équivalent du PIB de l'Estonie...

Axe 1 : Prévention : le défi de la décennie

La prévention est l'axe socle de cette nouvelle feuille de route stratégique. La CNAM en fait d'ailleurs sa « grande cause décennale » en ambitionnant de « mobiliser massivement » autour de la prévention primaire et secondaire. Plus précisément d'intervenir sur les facteurs de risque tout en facilitant la réalisation de la vaccination et des dépistages à tous les âges de la vie.

Quelques repères :

- Grippe : près de 10 000 morts, plus de 29 000 hospitalisations et 3 millions de consultations à l'hiver 2024-2025.
- 54 % de couverture antigrippale chez les 65 ans et plus et moins de 30 % de soignants vaccinés.
- 46 % de Français en surpoids, dont 17 % de Français en situation d'obésité.
- Tabac : 25 % de fumeurs quotidiens / Alcool : 10,7 litres d'alcool/an/personne.
- 80 % de pathologies cardiovasculaires sont évitables.
- 49 % des personnes HTA s'ignorent et 25 % d'HTA traitées.

Quelles propositions ?

- Organiser une stratégie « d'aller vers » individuel et collectif jusqu'au « dernier kilomètre » pour combattre les inégalités sociales de santé.
- Généraliser le dépistage de l'HTA (notamment en pharmacie).
- Activer la prévention personnalisée dans Mon Espace Santé en mobilisant les données de l'Assurance Maladie.
- Intégrer dans les contrats responsables une demi-journée consacrée à la prévention des salariés en entreprise. En parallèle, l'Assurance Maladie pousse à un investissement massif sur la promotion de la santé à l'école.
- Interdire les dépassements d'honoraires pour les actes en lien avec les dépistages organisés.
- Rendre l'affichage du Nutri-Score obligatoire sur les produits emballés et dans les publicités.
- À taux de prélèvement constant, renforcement et élargissement des taxes comportementales dont l'efficacité est prouvée scientifiquement. En parallèle, la CNAM préconise de redéfinir les taux de TVA sur plusieurs catégories de produits pour inciter à une consommation alimentaire plus équilibrée.

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

Au travers de cet axe, la CNAM veut approfondir les transformations nécessaires à la bonne prise en charge des patients en lien avec le développement des pathologies chroniques. D'après ses projections, à l'horizon 2035, les patients en ALD pourraient représenter un quart de la population et concentrer trois quarts des dépenses. En parallèle, la branche Maladie entend agir davantage en vue de mieux contrôler la prescription et le périmètre des indemnités journalières (IJ).

Quelques repères :

- 1 patient diabétique sur 5 n'a pas bénéficié du suivi de l'équilibre du diabète dans l'année.
- 4,5 Mds € de dépassements d'honoraires en soins spécialisés et 74 % de nouveaux installés en secteur 2 en 2024.
- 41 % des admissions aux urgences évitables.



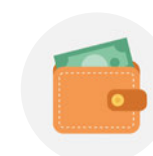
- 265 000 séjours représentant une prise en charge de 900 Ms € sont évitables.
- Chirurgie ambulatoire : stagnation à 64 % (après une hausse de 20 points entre 2010 et 2020).
- Taux de croissance des dépenses des IJ : + 6,3 % entre 2023 et 2024.
- Entre 27,3 et 29, millions d'ALD en 2035.

Quelles propositions ?

- Créer de nouveaux métiers de « référents de parcours » et « d'infirmière de coordination », et généraliser la responsabilité populationnelle des organisations territoriales.
- Organiser systématiquement les sorties d'hôpital avec les CPTS, les établissements de santé et les professionnels de ville.
- Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires plutôt que les séjours hospitaliers évitables.
- Lancement d'une 2^e vague de chirurgie ambulatoire pour atteindre le potentiel évalué en France à 80 %.
- Faire évoluer les modes de régulation des dépassements d'honoraires dans le cadre de la mission parlementaire lancée par le Premier ministre. En parallèle, la CNAM veut réguler plus fortement l'activité non conventionnée en réaffirmant sa volonté de ne plus rembourser les prescriptions des médecins non conventionnés.
- Mise en place d'une gestion plus dynamique des entrées et des sorties du dispositif des ALD au travers d'une amélioration de l'accompagnement des patients à leur entrée dans le dispositif, via un parcours de prévention et d'information renforcé, et l'évaluation régulière de la consommation de soins des personnes en ALD afin de réévaluer l'exonération pour les personnes en situation de guérison ou de rémission de certaines pathologies pour la remplacer par un dispositif de suivi et surveillance renforcée.
- Ne plus permettre la prise en charge à 100 % des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas ce remboursement intégral.
- IJ : mise en œuvre d'une équité des conditions d'ouverture de droits, quelle que soit l'activité de l'assuré (salarié ou indépendant) et son ancienneté dans l'entreprise pour que les contrats précaires ne soient pas exclus de la prévoyance. En parallèle, la CNAM propose de rendre la subrogation des arrêts maternité et des arrêts maladie obligatoire pour les employeurs. De même, pour lutter contre l'absentéisme de courte durée, elle ambitionne d'encadrer davantage la prescription en rendant les motifs d'arrêt obligatoires et en limitant la durée de l'arrêt pouvant être prescrite à 1 mois en sortie d'hôpital et 15 jours en ville.

Axe 3 - Payer le juste soin au juste prix

La quête d'efficience et de pertinence des soins demeure au cœur du projet d'une CNAM visant « de nouvelles conquêtes d'efficacité médico-économique, en luttant contre le mésusage, le gaspillage, les fraudes et en développant la régulation des rentes économique ».



Quelques repères :

- 4,2 % de croissance des dépenses de médicaments entre 2020 et 2024 contre 0,6 % entre 2010 et 2019.
- 45 % des produits remboursés entre 2016 et 2023 n'apportaient pas de preuves d'efficacité.

- 4,7 % par an de croissance en volume des dépenses de soins de ville depuis 2019.
- 27,2 % de ratio moyen de rentabilité pour la radiothérapie en 2022, 23,7 % pour la biologie, 15,8 % pour l'audioprothèse...
- 628 Ms € de fraudes à l'Assurance Maladie détectées et stoppées l'an dernier.

Quelles propositions?

- Médicaments :
 - Baisser les prix des médicaments en ASMR IV et V et alignement des prix nets sur les prix faciaux.
 - Revoir la politique de tarifs excessifs sur les médicaments anticancéreux et réinterroger le remboursement de médicaments ne présentant aucun résultat probant dans le cadre de leurs essais cliniques.
 - Appliquer aux biosimilaires les mêmes conditions que celles appliquées aux médicaments génériques.
- Limiter les rentes économiques :
 - Baisse des tarifs des secteurs présentant des très hauts niveaux de rentabilité.
 - Rendre obligatoire à chaque offreur de soins la déclaration de son éventuelle appartenance à un groupe, groupement ou réseau.
- Développer la qualité et la pertinence :
 - Lancement d'une campagne nationale d'information à destination des assurés sur ce que l'Assurance Maladie a



- réellement investi pour leur consommation de soins annuelle.
- Rendre le recours au numérique obligatoire pour les professionnels de santé.
 - Rationaliser les dépenses de transport en revoyant leur financement. Développement d'une plateforme de commandes de transports gérée par l'Assurance Maladie.
 - Prévenir la redondance, voire la surfacturation, des actes paramédicaux.
 - Déployer l'ordonnance numérique à l'hôpital.
 - Conditionner le conventionnement des professions de santé à sa maîtrise des règles de facturation et à des pratiques de qualité et de pertinence des soins.
- Lutte contre la fraude :
 - Conditionner le tiers payant à l'utilisation systématique de la carte Vitale (sauf cas exceptionnels).
 - Mise en place d'un système de notifications en continu de l'assuré pour chaque remboursement afin qu'il identifie les facturations frauduleuses. En parallèle, création d'un cadre de recueil de signalements de fraudes pour les assurés et pour les professionnels de santé.
 - Suspendre le bénéfice de la garantie de paiement en cas de sanction pour fraude du professionnel de santé et durcissement des modalités de reconventionnement.
 - Généralisation de l'usage de l'IA.

Avec ses « options », la CNAM veut « aller plus loin »

En sus des 60 propositions, l'Assurance Maladie a listé plusieurs « options » qu'elle souhaite soumettre au débat public en vue de pousser encore plus loin les curseurs en matière de pertinence des soins et de maîtrise des dépenses. Florilège des options avancées :

Sur la prévention :

- Instauration d'une obligation de vaccination contre la grippe en Ehpad pour les résidents.
- Instauration d'une obligation de vaccination contre la grippe pour l'ensemble des professionnels de santé en contact avec tout patient.
- Solliciter l'avis de la HAS pour abaisser la vaccination HPV à 9 ans.

Sur la prise en charge des pathologies chroniques :

- Définition d'une liste de soins spécifiques et opposables à chaque ALD.
- Création un statut supplémentaire en amont de l'ALD.
- Création d'un statut de « risque chronique » au moment du diagnostic par le médecin traitant pour permettre la mise en place d'un parcours de prévention adapté

pour éviter ou retarder l'aggravation de la pathologie.

- Recentrer le statut ALD et la prise en charge d'un panier de soins à 100 % par l'AMO lorsque le patient passe une étape dans sa maladie qui deviendra inévitablement longue et coûteuse, avec un fort recours au système de santé.

Sur les IJ maladie :

- Prévenir les arrêts courts « évitables » en introduisant un bonus-malus employeur sur l'absentéisme de court terme.
- Transfert du financement des 7 premiers jours d'arrêt de travail à l'employeur avec un maintien du niveau de couverture actuel pour le salarié et instauration en contrepartie d'une journée de carence d'ordre publique pour dissuader les arrêts sans lien avec la maladie.
- Suppression du régime dit d'« ALD non-exonérante » au profit des deux régimes de droit commun (ALD ou non-ALD).
- Instauration d'un « contrat de prévoyance responsable » qui prévoirait une indemnisation obligatoire pendant toute la durée de l'arrêt, en sus des 50 % de l'Assurance Maladie, en contrepartie d'une indemnisation plafonnée à 90 % du revenu

net du salarié pour les arrêts courts. En tant que contrat responsable, il bénéficierait dès lors d'une fiscalité incitative.

Sur le médicament :

- Reconstruire un cadre pluriannuel de pilotage de la dépense de médicaments équivalent à la période 2010-2019 avec un objectif d'évolution annuelle des remboursements de l'Assurance Maladie limité à l'inflation à l'horizon 2030.

Sur les phénomènes de rentes :

- En complément de baisses de tarifs, instauration d'un mécanisme de régulation sectorielle (type « clause de sauvegarde »).

Sur la couverture complémentaire santé :

- Revoir le périmètre des contrats responsables.
- Définition d'un contrat socle devant être proposé par l'ensemble des organismes complémentaires couvrant strictement (ni plus ni moins) les garanties du contrat responsable. Un *Obamacare* à la française en somme...



Les économies visées en 2026

Thématiques	Rendement 2026
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Stabilisation de la part AMO à 80%	600
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 200
Régulation sectorielle	400
Amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins	800
Indemnités journalières	300
Lutte contre les fraudes	400
Total	3 900

La trajectoire d'économies prévue pour 2026 se veut être la première étape de cette feuille de route. Avec 3,9 Mds € attendus, l'Assurance Maladie ambitionne un montant record. Le plus gros des efforts sera porté par le poste « médicaments » avec 1,2 Md € suivi de la pertinence des soins avec 800 Ms €. Ce dernier poste devrait comprendre des mesures de maîtrise portant notamment sur la biologie, le transport sanitaire, etc.. À noter que des premiers résultats, issus du rééquilibrage des prises en charge AMO/AMC de certains actes, sont déjà attendus pour l'an prochain à hauteur de 600 Ms €.

Axe 4 : Remettre l'Assurance Maladie à l'équilibre

Selon ses estimations, la CNAM doit trouver 25 Mds € d'ici 2030 pour pouvoir amortir le choc de « flux » de dépenses attendu sur cette période. Pour cela, elle préconise d'activer deux leviers : une hausse de son financement *via* l'instauration de nouvelles taxes sur la consommation de produit à risque pour la santé (2,5 Mds €), couplée avec un rééquilibrage des prises en charge des soins AMO/AMC (3 Mds €) ainsi que les économies de dépenses engendrées par la mise en application de ces 60 propositions (19,5 Mds €).

Révision du périmètre AMO/AMC?

En vue de « stabiliser la part financée par la solidarité nationale dans la dépense totale de santé », la CNAM incite les pouvoirs publics à rouvrir le dossier de l'articulation entre l'AMO et l'AMC. Deux propositions sont formulées dans cette optique. En premier lieu, l'Assurance Maladie souhaiterait revoir les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des Ocam pour stabiliser la part qu'elle finance à 80 %. Dans le même temps, elle préconise de revoir le plafond de la CSS pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles.

Des promesses aux actes?

On ne peut que le constater, le package se veut pour le moins étoffé et, tout ou partie de celui-ci, ne pourra être mis en place à court terme. Car, là pointe le bout du nez du principal écueil de cette feuille de route : comment, et surtout qui, pour mettre en route cette transformation ? Si certaines de ces propositions relèvent du champ conventionnel, et donc du pilotage de l'Assurance Maladie, une majorité doit obligatoirement passer par la case « PLFSS ».



Notamment, les plus bousculantes. Et donc *de facto*, sujette à débats et polémiques. Et dans le contexte actuel, nul ne saurait pronostiquer de ce qu'il en sera des équilibres de la basse chambre ne serait-ce au-delà de cet automne. Le pari semble donc risqué et assez incertain. Sur la partie « options » (*cf. encadré ci-contre*), c'est encore plus aléatoire, car l'Assurance Maladie déborde de son cadre d'intervention. La patate chaude est donc passée aux partenaires sociaux, et indirectement au gouvernement, pour le coup. Encore faut-il que ces derniers veuillent s'en saisir. À valeur d'exemple, sur l'épineux dossier des IJ, c'est peu dire que le système des bonus/malus et le financement des sept premiers jours d'arrêt de travail par l'employeur sont loin de faire l'unanimité. Le conseil de la CNAM, qui a adopté ce Charges et Produits le 3 juillet dernier, a de son côté veillé à ce que ces pistes restent « annexées » au rapport final. Quoi qu'il en soit, la question du passage des annonces aux réalisations devrait être tranché d'ici l'automne. Assistera-t-on au début de la « refondation » annoncée ? La situation économique-sanitaire l'exige.

Alexandre Beau

RISQUES LOURDS

Un manifeste pour repenser le futur de la protection sociale

Un manifeste a été adopté lors du 44^e Congrès de la Mutualité Française, qui se tenait à Agen du 18 au 20 juin derniers. Il guidera les actions de la fédération dans les mois et années à venir.



Éric Chenut, président de la Mutualité Française, en tribune.

À l'approche d'échéances électorales majeures, la Mutualité Française innove. Au lieu de la traditionnelle résolution, un manifeste a été voté en clôture du Congrès d'Agen. « *Nous souhaitons interpeller, alerter. C'est pour cela que le format d'un manifeste nous est apparu comme un choix beaucoup plus adapté et pertinent* », a souligné Béatrice Augier, secrétaire générale de la Mutualité Française, lors de la présentation du document. Ce texte est le fruit d'une démarche collective, appuyée notamment sur une consultation nationale. « *Nous avons reçu plus de 50 contributions d'unions de représentation et de groupements de tous livres, représentant tous les métiers* », a indiqué Cathy Quénéhervé, directrice générale déléguée de KLESIA Mut. En cette année des 80 ans de la Sécurité sociale et face à un système de protection sociale fragilisé, ce manifeste mutualiste vise à engager « *une démarche collective, exigeante et ouverte, pour redéfinir les contours du modèle de société que nous*

voulons et du modèle économique auquel nous l'adossons ». Il s'articule autour de quatre grandes thématiques : « *l'égalité par la citoyenneté sociale* », « *la durabilité par l'efficience* », la « *révolution de la prévention* » et « *la révolution intergénérationnelle* ». « *C'est un texte qui exprime une volonté. Nous sommes prêts à agir en l'approuvant, nous sommes prêts à proposer, à coconstruire* », a avancé Stéphane Junique, président du Groupe VYV. « *La fédération seule ne pourra pas seule réussir face à ces grands défis qui nous attendent* », a-t-il ajouté.

La Mutualité Française réitère plusieurs de ses propositions. Pour mieux organiser le premier recours, elle défend la mise en place d'équipes de soins traitantes. En matière de lutte contre la fraude, il faudrait « *donner aux complémentaires santé et aux organismes d'assurance maladie une base légale indiscutable* ». Pour permettre une « *approche ciblée et personnalisée* » de la prévention, un accès et une valorisation des données facilités sont requis. Enfin, la fédération souhaite que la prévention soit considérée « *comme une prestation à part entière* » et comme « *un élément d'exécution du contrat de complémentaire santé* ». Lors de son intervention, la ministre du Travail et de la Santé, Catherine Vautrin a ouvert la voie à une collaboration plus forte avec les mutuelles en matière de prévention. « *Vous êtes en capacité d'agir sur les comportements, sur le dépistage, sur le suivi et c'est pour ça que (...) je prends la main tendue et je vous dis je veux renforcer avec vous, je veux avancer ensemble, et déclinons ensemble la proposition (...) de votre document.* », a-t-elle souligné en matière de prévention. La ministre veut également aller « *plus loin, plus vite et dès cette année* », en matière de lutte contre la fraude.

■ Émilie Guédé

Des états généraux de la santé et de la protection sociale à l'automne

« *Pour réussir collectivement, la mobilisation de tous les acteurs de la société engagés est une condition indispensable (...). Je suis convaincu que nous parviendrons à faire émerger des propositions communes dans l'intérêt de tous et de chacun* », a souligné Éric Chenut, président de la Mutualité Française, en tribune lors du congrès. Lancés dès l'automne prochain, les états généraux de la santé et de la protection sociale commenceront par la consultation des citoyens, usagers, assurés et patients, à travers un questionnaire diffusé dans les territoires. Dans un deuxième temps, des débats, réunions et événements rassemblant les parties prenantes et partenaires seront organisés. Enfin, les conclusions seront publiées sous forme d'un programme de réforme. « *Nous aurons à déterminer quelle part de richesse nous sommes prêts à affecter à notre protection sociale pour les 10 ou 20 ans à venir. Nous devons réfléchir à une plus juste répartition entre ce qui relève des ménages et ce qui relève de l'activité économique, définir la ligne de partage entre capital et travail, et déterminer la contribution de chaque génération* », a précisé le président mutualiste. ■

FONCTION PUBLIQUE

La Mgéfi tenait son assemblée générale les 25 et 26 juin dernier à Vannes, quelques semaines après avoir été écartée au profit d'Alan pour la mise en œuvre du volet santé de la PSC auprès des agents du ministère de l'Economie et des Finances. Didier Debord, son président, revient sur cette décision et ses conséquences.

“ La Mgéfi continue et continuera ”

Un mois et demi après la réponse à l'appel d'offres de Bercy comment accueillez-vous cette décision ?

Nos délégués, comme le Conseil d'administration et les équipes opérationnelles, continuent de juger cette décision totalement incompréhensible. Nous pensons qu'il s'agit d'un choix politique qui a conduit le ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique (MEFSIN) à écarter la Mgéfi. Dès la réception de la notification de rejet et après analyse des motifs, nous avons décidé d'engager un référé précontractuel. C'est une procédure particulière en matière de marchés publics, car le juge doit se prononcer sur la régularité de la procédure et non sur le contenu de la réponse. Nous sommes sur une ligne de crête entre la forme et le fond du marché.

Quels sont les points que vous contestiez ?

En matière de présence physique, d'accompagnement social, de prévention, les notes d'Alan sont équivalentes à celle de la Mgéfi voire supérieures, ce qui interroge très fortement au regard du modèle d'Alan fondé sur le tout digital et l'IA. Cette licorne est régulièrement mise sur le devant de la scène par les pouvoirs publics. On peut donc se poser une question : y a-t-il eu volonté politique de soutenir un représentant de la *French tech* au détriment du modèle de l'ESS qui tient ses promesses de solidarités ? On peut légitimement le penser. Notre recours portait également sur la constitution du groupement conjoint solidaire via Alan SA, qui n'est pas l'entité titulaire des agréments assurantiels. Un autre de nos arguments concerne la notion



Ubuesque !

Que va-t-il se passer maintenant ?

Notre recours ayant été rejeté, l'administration va poursuivre la procédure et contractualiser avec Alan. Nous étudions sérieusement la possibilité d'un recours sur le fond, car les arguments que nous avons développés dans le cadre du référé sont aussi solides sur ce plan. Malheureusement ce recours sur le fond n'est pas suspensif et implique au moins deux ans de procédure.

Quelles sont vos perspectives ?

Nous poursuivons nos réflexions et actions de développement sur les trois champs de la Fonction publique initiés dans le cadre de notre précédent plan stratégique. Concernant le MEFSIN, notre objectif est de fidéliser nos adhérents malgré la mise en place de la PSC. Nous continuerons à accompagner nos adhérents retraités avec notre offre individuelle. Pour les actifs, le dispositif prévoyance actuel inclut la dépendance, mais cette spécificité n'a pas été reprise dans le cadre de la PSC. Nous avons travaillé avec

de réseaux de soins ou d'équivalents, qui était prévue dans le cahier des charges. Nous nous sommes appuyés sur la définition du code de la Sécurité sociale, mais l'avocat du ministère a répondu qu'il s'agissait simplement de la possibilité de bénéficier de tarifs préférentiels et d'une géolocalisation des professionnels de santé, et que nous avions fait une lecture erronée des attentes du ministère.

CNP Assurances afin de faire évoluer notre contrat prévoyance pour qu'ils puissent continuer à en bénéficier. Nous avons aussi un gros chantier de communication pour dire à nos adhérents que la Mgéfi continue et continuera à les protéger. Sur la FPT, nous allons continuer nos actions initiées maintenant depuis plus de deux ans avec la mise en place de notre offre labélisée VicTerria Santé que nous distribuons grâce à l'appui du groupe Matmut et en répondant aux appels d'offres lancés par les collectivités ou les centres de gestion. En 2024, nous avons remporté neuf contrats, notamment ceux de la ville de Pau et son agglomération, et de quelques villes en banlieue parisienne, ou encore celui du Conseil départemental de l'Essonne. Enfin, sur la FPH, quelques hospitaliers adhèrent déjà à la Mgéfi. C'est un champ que nous expertisons.

Avez-vous commencé à préparer l'après sur le plan économique et social ?

Nous n'avons rien arrêté pour le moment. Nous travaillons à une feuille de route REBOND 2026 qui fixera les grandes lignes de la trajectoire de la Mgéfi. Nous sommes en train de la modéliser économiquement et socialement.

Et en termes de gouvernance ?

Les codes de la Mutualité et de la Fonction publique prévoient la possibilité pour les fonctionnaires d'être mis à disposition pour exercer des missions permanentes au sein des mutuelles contre remboursement. Aussi, il n'y a donc pas d'impact direct sur la gouvernance de la Mgéfi. En revanche, la gouvernance locale peut être fortement remise en cause, car les conventions de moyens associées au référencement s'arrêteront au 31 décembre 2025. Un des enjeux de notre assemblée générale était aussi de réfléchir à de nouvelles formes de militantisme.

■ Propos recueillis par Émilie Guédé et Alexandre Beau

ACCULTURATION

La branche Recouvrement engage depuis plusieurs mois une campagne d'information d'envergure autour des cotisations en direction de leurs usagers. **Sophie Patout, directrice déléguée à l'Urssaf caisse nationale**, présente les principaux enjeux et ambitions derrière cette démarche.

“ Faire de la pédagogie sur l'utilité des cotisations ”



Quelle est l'origine du lancement de cette campagne d'information autour des cotisations sociales ?

Nous avons lancé fin 2024, une grande campagne d'information 100 % digitale que nous avons intitulée « Parlons cash ». L'idée derrière cette initiative se veut simple : il s'agit de sensibiliser et d'informer le grand public sur le rôle des cotisations et contributions sociales. Cette démarche fait suite à une étude Viavoice que nous avons réalisée en 2023 et qui faisait ressortir que, si une majorité de Français percevaient ce qu'étaient les cotisations Urssaf, seulement un peu plus d'un quart se considéraient comme bien informés sur l'utilisation des cotisations sociales. On a donc fait le constat que des marges de progrès existaient, y compris vis-à-vis de nos publics cibles. Le fait que seulement 41 % de nos usagers aient déclaré être suffisamment informés de l'utilisation des cotisations, alors même qu'ils ont une relation directe avec l'Urssaf, nous a poussés à agir.

Pourquoi avoir opté pour un slogan de campagne semblant s'éloigner d'une tonalité plus « institutionnelle » ? C'est clairement assumé de notre part. Nous avons voulu, au travers de cette

campagne, faire de la pédagogie sur l'utilité des cotisations en faisant en sorte d'être transparent en aidant chaque citoyen à comprendre quel est leur rôle, celui de l'Urssaf dans le financement de notre système de protection sociale. Et puis, je dirais que nous essayons de montrer à chacun comment chaque euro cotisé est réinvesti dans le remboursement des prestations maladie, dans les pensions de retraite ou dans l'indemnisation du chômage. Et ce, en adoptant un discours le plus direct et concret possible.

Peut-on alors parler davantage d'une démarche d'acculturation plus que d'information ?

Pour le coup, ce sont les deux ! Nous endossons à la fois un rôle d'information générale, visant à expliquer où vont et à quoi servent les 600 Mds € de cotisations que nous collectons chaque année, et dans le même temps, nous nous devons de favoriser l'acculturation de nos 12 millions d'usagers afin que ceux-ci comprennent quels sont leurs obligations et leurs droits. Et ce, en vue de faciliter leurs formalités et démarches vis-à-vis de l'Urssaf.

Sur quels leviers vous appuyez-vous dans le cadre de cette campagne ?

Elle se veut avant tout visuelle avec une approche volontairement accrocheuse. C'est notre point d'entrée. Pour cela, nous l'avons en priorité relayée sur un certain nombre de réseaux sociaux. Notre idée était d'accrocher progressivement un plus large public en trouvant un moyen d'attirer leur attention de manière très directe. Parce que notre sujet est parfois perçu comme complexe, et il l'est parfois aussi, alors il nous faut commencer par faire simple et par réassurer. En parallèle, sur le site web dédié que nous avons lancé,

nous avons opté pour une approche par catégorie d'usagers (indépendants, employeurs, auto-entrepreneurs...) allant de l'information générale à du contenu plus précis et plus adapté à leurs attentes. D'ailleurs, nous avons récemment lancé un deuxième volet plus spécifiquement sur la fraude pour continuer à sensibiliser le plus grand nombre sur cette problématique. Plus globalement, je dirais que pour nous, l'enjeu est de continuer à s'engager dans des actions autour du rôle de l'Urssaf et de l'évolution de ses missions. Le

changement de posture que nous opérons depuis plusieurs années, qui vise à renforcer cette dimension d'accompagnement et de conseil, est d'ailleurs de mieux en mieux connu et perçu par nos usagers. On doit maintenir ce cap.

Quelles suites ou évolutions comptez-vous donner à cette campagne ?

Je vous dirais que la pédagogie, c'est du quotidien, ce que nous avons mis en place a donc vocation à s'inscrire dans le temps. Ce qui ne nous empêche pas de lancer d'autres campagnes de sensibilisation, à l'image de celle que nous lançons en amont de la période estivale en direction des jeunes autour du travail saisonnier. L'intérêt pour nous est multiple : toucher un public qui, pour 70 % d'entre eux, ont une activité rémunérée en parallèle de leurs études ou pendant l'été. Et dans le même temps, c'est une opportunité pour leur expliquer l'intérêt et la nécessité d'être déclaré pour être couvert en cas d'accident du travail, pour leur retraite.... Tout en luttant contre la fraude. C'est une démarche utile, car on parle ici aux salariés et chefs d'entreprise de demain.

■ **Propos recueillis par Alexandre Beau**



LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Des compétences à (continuellement) renforcer

À mi-parcours de leurs COG, les caisses nationales continuent d'accélérer le déploiement de leur feuille de route en matière de lutte contre la fraude sociale. Cette mobilisation générale s'accompagne d'évolutions dans les approches tout en imposant d'importants investissements dans la technique, mais aussi dans l'humain.

Le sujet de la lutte contre les fraudes sociales occupe le cœur de l'actualité depuis un certain temps. Avec près de 13 Mds € de montant global de fraudes potentielles (dont 7 Mds € liés au travail dissimulé et 1,7 Mds € à l'Assurance Maladie), selon les estimations du HCFiPS, les efforts encore à réaliser pour atteindre le plein potentiel des capacités d'intervention des acteurs publics et privés s'annoncent considérables à terme. C'est pour faire face à cette réalité que le gouvernement Borne, alors en place, avait décidé de déployer un plan national sur la période 2023-2027 en lien avec les caisses nationales. Cette feuille de route comprend 35 mesures visant à renforcer les moyens alloués à ces dernières principalement dans le cadre du déploiement de leur COG. Celles-ci ont porté sur l'optimisation d'un certain nombre de processus, des investissements dans la modernisation des systèmes d'information et l'évolution du périmètre réglementaire. De même a été planifié le recrutement de 1 000 ETP d'ici 2027. Une démarche qui aboutirait à une augmentation de 20 % d'effectifs dédiés à la lutte contre la fraude à l'issue de cette période.



Depuis, de multiples initiatives et projets ont été portés par les différentes branches (campagnes de communication, réorganisation interne...). Leur montée en charge progressive a déjà engendré des résultats prometteurs sur les exercices 2023

ÉLEVER LE NIVEAU DE COMPÉTENCE

Face à la sophistication croissante des fraudes, la professionnalisation des acteurs chargés de leur détection, de leur traitement et de leur sanction est essentielle. Au-delà du renforcement des effectifs dans les organismes, c'est l'élévation du niveau de compétence qui conditionne l'efficacité des dispositifs. L'Institut 4.10 accompagne depuis plusieurs années les acteurs de Sécurité sociale dans cette montée en compétence. Les formations proposées couvrent l'ensemble des étapes

des démarches antifraude : sensibilisation, détection, investigation, action contentieuse, jusqu'à la formation des agents commissionnés aux nouveaux pouvoirs de police judiciaire et de cyber-enquête. Le tout, au travers de différentes approches adaptées aux besoins des organismes (e-learning, formation continue, serious game...). ■

Pour plus d'informations sur cette offre complète :



et 2024 tant sur les montants de fraudes détectés que ceux qui auront finalement été recouvrés.

Un cadre de travail évolutif

Si en la matière, les organismes de Sécurité sociale s'appuient sur les potentialités du numérique, telles que l'IA, la fiabilisation des données ou le *data mining*, le facteur humain ne peut être négligé face à des pratiques frauduleuses gagnant en technicité. Et donc, en complexité. Les effectifs dans les caisses locales et nationales ont besoin d'être renforcés... mais aussi formés pour répondre à un cadre d'activité particulièrement mouvant. Car, outre les techniques d'analyse et de contrôle, les cadres réglementaires et juridiques, dans lesquels les opérateurs inscrivent leurs démarches, sont également en constante évolution.

La mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF), en charge des échanges opérationnels et de la définition de stratégies d'action communes entre les différentes sphères administratives, s'est fait l'écho de cette problématique en pilotant une offre de formations répondant à ces besoins nouveaux. Plusieurs organismes portent ce dispositif à cette occasion (Agence française anticorruption, office central de lutte contre le travail illégal, Institut 4.10...). Une adaptation des pratiques qui s'annonce d'autant plus nécessaire que les branches de Sécurité sociale font progressivement évoluer leur doctrine en matière de politique de la fraude en essayant de définir un juste équilibre entre une approche répressive et une approche plus préventive et pédagogique. Et ce, sans que cela ne se fasse au détriment de l'efficacité des dispositifs qu'elles ont mis en place.

■ **Alexandre Beau**

Pauvreté : la Sécu, une mécanique bien rodée (et optimisable)

Depuis toujours, le principe de réduction de la pauvreté économique et sociale prévaut dans toutes les politiques publiques. Les chiffres sont nets : la France fait beaucoup avec une réelle efficacité. Mais, force est de constater qu'elle peut et doit faire encore mieux !

Toutes les politiques publiques sont au rendez-vous de cette exigence collective qu'est la réduction de l'insécurité sociale. La lutte contre la pauvreté n'est cependant pas l'apanage de la seule Sécu. Bien que sa dimension monétaire confère à la CNAF une place particulière *via* les minima sociaux. Il faut y adjoindre les actions sociales (la Famille en tête forcément) des branches et autres régimes sociaux. Dans les faits, c'est tout le système prestataire qui est largement tourné vers la réduction de la pauvreté. À cet ensemble s'ajoute l'action de l'État, en direct par le biais de la fiscalité et différentes aides. Figurent aussi dans la liste des acteurs essentiels : l'aide sociale portée par les départements (70 % du budget désormais), les communes avec les CCAS et CIAS, les ISBLSM (institutions sans but lucratif auprès des ménages), etc. Bref, un paysage large, sans négliger ce qui peut relever de ce qu'on appelle l'économie circulaire, l'économie sociale et solidaire, voire de solidarités familiales.

La France bien placée ?

La question est latente. Le système est-il suffisant ? Est-il efficace ? La pauvreté touche essentiellement les femmes, les familles monoparentales (40 % du total !), les personnes peu qualifiées, les actifs à temps partiel et contraints aux horaires décalés, les carences de formation professionnelle et les personnes vivant dans des déserts économiques et sociaux. Grosso modo, on y consacre plus 1,2 % du PIB soit quelque 36 Mds € de prestations dites pauvreté-exclusion sociale dont 85 % au titre des minima sociaux versés par les administrations publiques et 5 Mds €



Chiffres à retenir

- Environ 9 millions de personnes pauvres, dont 3 millions d'enfants.
- 36 Mds € de prestations versées au total pour 4,5 millions de bénéficiaires en 2023,
- 9 minima sociaux : RSA, AAH, ASPA, ASS, PTS (prime transitoire de solidarité), RSO (RSA Outre-Mer), AV (veuvage), ASI (invalidité), ADA (demandeurs d'asile).
- 31 Mds € au total pour les minima dont 80 % pour les seuls RSA et AAH.
- 30 % environ de non-recours aux droits (RSA en particulier) selon l'ONPES créé en 2007. Mais, 50 % des bénéficiaires auraient un indu selon la Cour des comptes... ■

en aides diverses. C'est incontestable : la redistribution sociale et monétaire réduit les taux de pauvreté. De 20 % chez les familles monoparentales, de 12 % chez les moins de 20 ans, de 10 % pour les personnes handicapées. Une certaine réussite globale donc. Mais le défi principal n'est plus uniquement monétaire. Il vise l'insertion sociale et éducative, la socialisation de la personne dans son environnement et le retour à l'emploi. L'économie française est donc plus écartelée et géographiquement plus clivée qu'autrefois. Une situation structurelle expliquée aussi par l'extrême dispersion de l'habitat, la quasi-extinction d'une économie locale « de souche » TPE-PME et une poussée vers la concentration du tertiaire des métropoles facteur de précarité accrue (faible mobilité sociale possible). Ne serait-ce que pour la question du transport et des gardes d'enfants pour les jeunes familles.

Une stratégie nationale

Édictée en 2018, confirmée depuis, le pays s'est doté d'une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Plusieurs constats préalables : l'augmentation des dépenses n'a pas fait reculer la pauvreté ; celle-ci se reproduit et marque souvent les jeunes ; la complexité du système social nourrit des situations de non-recours aux droits et une faiblesse du retour à l'emploi. Cinq engagements sont centrés sur l'exigence d'émancipation de la personne par l'égalité des chances, les droits fondamentaux garantis de l'enfant, la formation des jeunes, l'accessibilité aux droits et l'accompagnement du retour à l'emploi. Un choc de participation et de

Comparaison des taux de pauvreté (50 % de la médiane des revenus) avant et après redistribution*

(impôts et transferts, données OCDE 2021, en %)

Pays	France	Finlande	Belgique	R-U*	USA	Italie	Pays-Bas
Taux avant	37	35	33	29	29	34	26
Taux après redistribution	8	6,7	7	12	16	13	9

* Ne pas confondre avec le seuil de 60 % couramment utilisé dans les données (22 % de personnes pauvres avant redistribution et 14 % après).

Ce tableau mérite une explication. La France, pour ses revenus primaires est plutôt inégalitaire s'agissant de la dimension revenu médian/revenu moyen. En clair, le revenu médian se situe en dessous du revenu moyen. Illustrant un tassement du pouvoir d'achat des

bas salaires, un effet « stock » important d'emplois précaires et mal payés (la conséquence d'une économie de services peu productive). Côté ainsi une poussée des écarts salariaux et de revenus primaires d'activité. ■

renovation du travail social est promu. Tout comme le pilotage territorial des politiques. Accessoirement, plusieurs rapports plaident pour une fusion de certains minima pour rendre plus équitable (contrôlable) le système. La réforme du RSA en est le premier pas.

Forcément des questions

Les politiques de lutte contre la précarité et de réduction de la pauvreté doivent être interrogées. À l'instar des autres domaines d'intervention de la Sécurité sociale et de l'État providence en général. Donc, pas de tabou ! Nos défauts ? S'il est quasiment impossible pour le système social d'empêcher la pauvreté (sa récurrence notamment) et la précarité des personnes, elle doit tenter de les prévenir. Notamment par un travail d'anticipation du risque, d'accompagnement des personnes fragiles. La notion de parcours d'insertion, d'intégration par le travail et l'activité sociale doivent être des priorités. Près de 20 % des bénéficiaires du RSA sont en activité. Les aides au logement réduisent solidement le taux d'effort des pauvres. Les parcours de soin sont des facteurs d'évitement de la précarité. Le système social doit aussi éviter de fabriquer des trappes à pauvreté, des non-droits par sa complexité, une forme de précarité adjacente aux procédures. D'où l'utilité du chantier de la solidarité à la source. Autre aspect, corollaire des précédents, la question du désenclavement, du décloisonnement des modes d'action des acteurs. La dimension « silo » des politiques sociales n'est plus, hors temps de crise aiguë, une méthode évidente. « *Small is beautiful* » peut-être ! Des



Pierre Laroque, rédacteur des ordonnances de 1945.

« La mission fondamentale de la Sécurité sociale est de réduire l'insécurité sociale de la population. C'est son essence suprême ». ■



Père Wresinski (fondateur d'ATD Quart-monde)

Auteur du rapport de 1987 au Conseil économique et social sur la « grande pauvreté et précarité économique et sociale ». Un texte qui a influencé pour la création du RMI en France en 1988. Il faut créateur de la journée internationale du refus de la misère. ■

expérimentations prolifèrent, souvent aux frontières des systèmes nationaux, perçus comme peu mobiles pour agir avec davantage de célérité. Il y a là matière à réflexion et solutions. Là encore, les réussites des systèmes sociaux d'Europe du Nord méritent d'être inspectées. Sur le terrain, nombre de professionnels font état de capacités d'innovations remarquables. Pour peu qu'ils bénéficient de moyens et de marges de manœuvre. Le travail social ne reçoit pas l'estime et les moyens que les politiques devraient lui conférer. C'est une vieille question, mais son importance prime. Le système prestataire et son mode de financement sont-ils suffisamment équitables ? Toutes les expertises pointent des effets « trappe » à pauvreté sur les prestations et les aides. Tout comme des carences d'accès aux droits (de 20 à 30 % selon les experts) et son pendant que sont les fraudes et surtout les mésusages dus à des procédures, jugées trop complexes pour des publics peu avertis. La France met beaucoup d'argent sur la table dans sa lutte contre la précarité et la pauvreté. Un effort supplémentaire est toujours possible. Mais s'il faut changer de braquet, il faut surtout repenser les modes d'action et élargir la « focale ». En réussissant une organisation plus adaptée aux nouvelles réalités. On dit souvent, à juste titre, que l'écologie et l'économie responsable doivent imprégner toute la société, l'économie et la vie publique. La prévention de la pauvreté devrait y trouver sa place également.

■ Pascal Beau



COMMENT RENFORCER LA PROTECTION SOCIALE DE MES AGENTS?"

Marielle, maire de la ville
de Vendevre-sur-Barse et ses agents

Votre interlocuteur MNT dédié, présent sur votre territoire,
vous accompagne pour mettre en place des solutions santé et
prévoyance sur mesure au sein de votre collectivité.



RETROUVEZ TOUTES NOS
SOLUTIONS SUR **MNT.FR**
OU AU **0 980 980 210***

1^{re} mutuelle
des agents
des services
publics locaux



**ÊTRE UTILE EST
UN BEAU MÉTIER**

* Prix d'un appel local, du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4 rue d'Athènes - 75009 Paris. TheLINKS.fr - Juin 2025 - Crédits photos : Livia Saavedra - Photographie retouchée - Document à caractère publicitaire et non contractuel.