

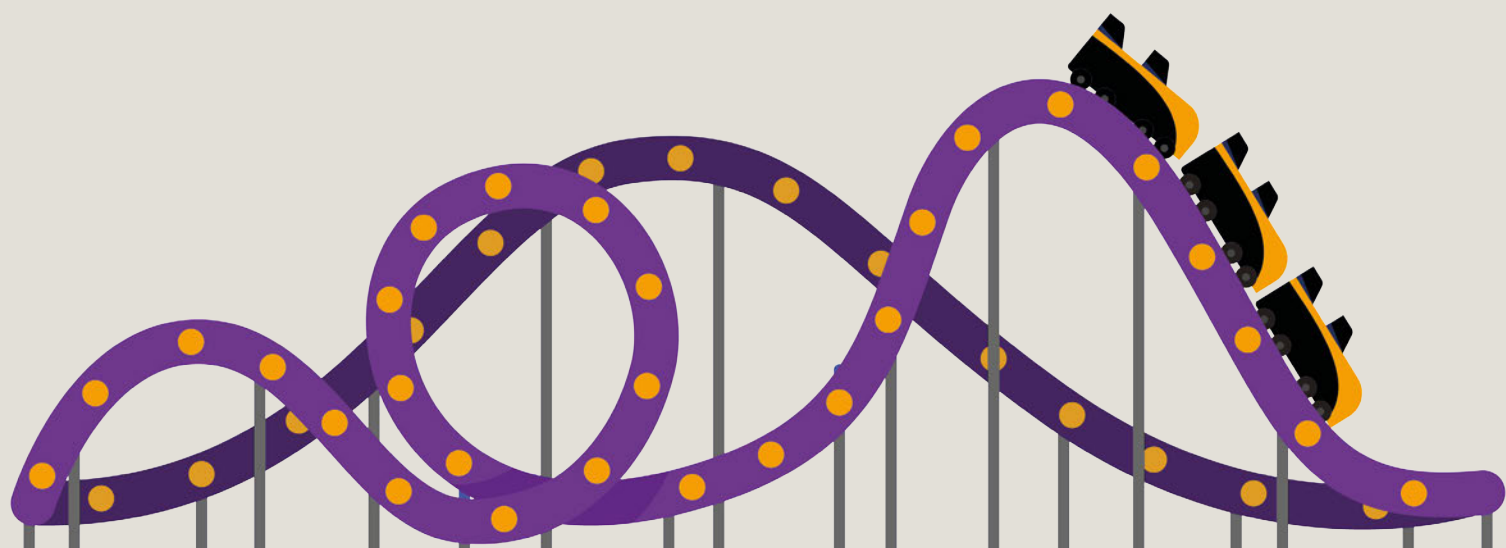
VIVOPTIM / MNT

Mieux prévenir
la santé mentale

FRAUDE SOCIALE

Un projet de loi
pour aller plus loin

PLFSS 2026



SENS DESSUS **DESSOUS**



10 COMMANDEMENTS
POUR PÉRÉNISER LA SÉCU



**L'arrêt de travail.
 Seul votre médecin sait
 si votre état de santé
 le nécessite, ou pas.**

Un arrêt de travail est un traitement. Il peut aider à guérir. C'est à votre médecin de décider si vous en avez besoin. Chacun doit veiller à ne pas en abuser car il a aussi un coût pour la collectivité.



**Notre système de santé,
 c'est aussi à chacun d'en prendre soin.**

Retrouvez tous les bons réflexes sur ameli.fr



ÉDITO

Alexandre Beau



Dérobade collective



À ceux d'entre vous qui cherchez, comme nous d'ailleurs, de l'optimisme par les temps qui courent, nous déconseillons d'écouter les échanges ayant lieu au sein de l'hémicycle ou bien dans la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Ce qu'il s'agisse du projet de budget de l'État ou celui de la Sécu. Entre les imprécisions, les caricatures, la méconnaissance

des mécanismes, et la défense de certains intérêts sectoriels, le spectacle qui nous est servi de tous bords depuis une dizaine de jours à de quoi décontenancer!

Les auditions du directeur de la CNAM sont en cela assez révélatrices. Car, si majoritairement sont salués les constats et conclusions du document « Charges et Produits » de juillet dernier, nos parlementaires sont les premiers à vouloir aseptiser, voire détricoter, les mesures matérialisant les propositions de l'assurance maladie. Celles portant sur les dépassements d'honoraires et la lutte contre les rentes tiennent peut-être le pompon. Mais dans cette histoire du PLFSS 2026, on peut dire que les torts sont partagés. La manœuvre gouvernementale visant à compenser une partie de la suspension de la réforme des retraites par un sur relèvement des taxes imposées aux Ocam semble relever, avec une pointe d'ironie de notre part, du génie français qui confine à l'absurde. Doit-on s'en étonner? Il y a vingt ans de cela, un précédent gouvernement avait financé le passage aux 35 heures par une hausse de la taxation sur le tabac et sur les activités polluantes. En tant que simple spectateur des choses, ne pourrait-on pas se demander si nos (dés) équilibres budgétaires ne seraient-ils pas dans le fond qu'une question de tuyauterie? La réalité des faits semble parfois l'indiquer.

Mais au-delà du fait qu'il est parfois difficile de ne pas exprimer une forme de consternation devant l'affligeant spectacle auquel nous assistons. Vos d'ailleurs, nos voisins européens continuent d'être estomaqués devant cette dérobade collective alors que le précipice n'est pas loin. L'expression de « se tirer une balle dans le pied » n'a peut-être jamais été aussi adaptée qu'à ce moment présent. Et ce, alors que ce pays dispose encore d'immenses atouts structurels. L'analyse des trajectoires budgétaires impose un constat implacable : le plus dur est incontestablement devant nous. Or, nous calons dès le premier obstacle. Qu'en sera-t-il pour les années à venir? ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÈNEMENT

- PLFSS 2026 : un examen sous tension.
- Un équilibre comptable impossible?

10 - SÉQUENCES

10 • Santé

Lutte contre la fraude sociale : un projet de loi pour renforcer l'arsenal.

12 • Prévention

« La santé mentale est aussi importante que la santé physique », entretien avec **Virginie Femery**, directrice générale de Vivoptim Solutions et **Coline Jean**, directrice expertise, assurance et services, directrice de la gestion, MNT.

14 - 80 ANS DE LA SÉCU

Les 10 Commandements pour une confiance durable par **Gilles Huteau**.

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 Action sociale :
 Alexandre Beau, a.beau@espace-social.com
Prévoyance complémentaire, Famille :
 Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast :
 Gladys De Micheli, g.demicheli@espace-social.com
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Shutterstock
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

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

BONNE NOUVELLE : LA FRANCE INNOVE DANS LA SANTÉ!

Une bonne nouvelle par les temps qui courent : l'Office européen des brevets (OEB) et son collègue allemand, le Fraunhofer ISI classent les organismes publics français (OPR) de recherche en tête, notamment le CNRS aussi surprenant que cela puisse être ! La situation des 39 États européens, au-delà donc de la seule UE, montre qu'entre 2001 et 2020 sur 63 000 demandes de brevets visant les domaines phares que sont les biotechnologies, les produits pharmaceutiques, la métrologie, les technologies numériques, les OPR français ont déposé 25 000 dossiers soit 40 % de l'ensemble. CNRS et CEA occupent à eux seuls 11 % de la demande européenne. Comme quoi le travail coopératif entre les OPR, les universités scientifiques et les grands CHU porte. Rien que sur les CHU, sur 20 ans, avec 4 575 demandes la France devance l'Allemagne (2 858 demandes) et le Royaume-Uni (2 500). Même la « pesante » AP-HP place 44 % du poids de l'ensemble des CHU du pays en tête de l'Europe avec 2 000 demandes. Même tendance pour les start-ups santé avec 550 opératrices recensées. ■

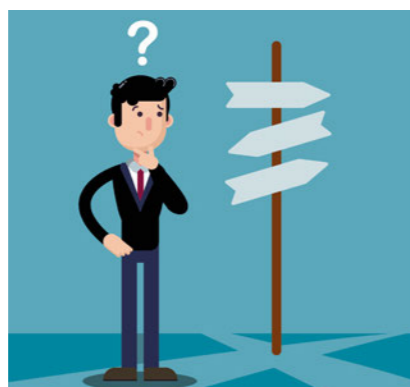


Retraite, quel vote au final?

Si l'insertion d'une lettre rectificative suspendant la réforme des retraites (le dispositif sur les longues carrières est maintenu) d'avril 2023 dans le nouveau PLFSS 2026 est de nature à sécuriser juridiquement la future décision du Conseil constitutionnel attendue normalement fin décembre prochain, le devenir de la démarche tient en **trois scénarios possibles** :

❶ L'approbation majoritaire du PLFSS par l'Assemblée au sortir de la CMP (Commission mixte paritaire) sachant que sa composition donne une quasi-majorité d'opposants à l'ouverture faite par le Premier ministre, Sébastien Lecornu envers les députés PS. En clair, l'exigence d'un compromis entre les élus du socle commun et le vote favorable du PS est indispensable. L'abstention du PS ne garantit rien du tout. Il faut que les élus LR suivent...

❷ Le rejet précoce (motion de censure avant le 15 novembre) ou final du PLFSS avant le terme des 50 jours impartis pour la durée du débat clôt par définition le dossier. Le recours à une nouvelle « Loi spéciale » des crédits



publics pour la Sécurité sociale ne saurait comporter la règle d'application de toute mesure inscrite dans le PLFSS initial. Donc *exit* la suspension de la réforme Borne.

❸ Reste la voie des ordonnances qui interviendraient *a posteriori* d'un débat clos temporellement (avant les 50 jours fixés par l'article 47-1 de la Constitution). Cette voie implique un accord plus ou moins explicite entre le gouvernement et le PS pour faire traîner les choses. Dans ce cas, le gouvernement décide des mesures sur la Sécu pour 2026 et peut inclure la suspension de la réforme des retraites. ■

À NOTER



Le gouvernement retarde le débat sur la réforme des études de santé en vue d'une concertation plus approfondie. L'objectif demeure la création d'une filière nationale « *unique, lisible et équitable* ». Le nouveau texte devrait être appliqué en 2027.

Le conseil de la CNSA veut accélérer le développement en faveur de l'habitat « intermédiaire ». 280 000 bénéficiaires actuellement et des besoins évalués à 500 000 d'ici 2050.

254 Ms € de financement potentiel par l'Assurance Maladie pour les quelque 700 CPTS en 2025 liés au respect des engagements de l'accord interprofessionnel. Utile ?

Le CNLE (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale) publie son premier *Atlas de la pauvreté et des inégalités sociales*.

1,5 Md € de montant de franchises médicales non réclamées par l'Assurance Maladie compte tenu des contraintes liées aux mécanismes du tiers payant pour la période 2020-2024 (source : *Cour des comptes*).

7 000 pas par jour suffiraient pour conserver la forme selon nombre d'épidémiologistes et non pas 10 000 comme le prédisait une entreprise japonaise en 1964 lors des jeux de Tokyo.

ILS ONT DIT



« Nous aurons peut-être une nouvelle trajectoire budgétaire sur la Sécurité sociale... avec le recours possible aux ordonnances au final, les députés ne vont pas être incités à des compromis. Les débats risquent de tourner dans le vide. Il eut été meilleur de s'en tenir à une démarche d'amendement de suspension de la réforme car cela aurait poussé à faire des compromis pour faire adopter le

PLFSS au final ». **Frédéric Valletoux, président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale dans *Les Échos*.**

« Qu'est-ce que vous voulez, les Français vivent à crédit. 10 % des dépenses sociales sont financées par la dette. On a fait croire aux gens que la dette sociale n'était qu'un jeu d'écriture comptable alors qu'elle pèse de tout son poids sur nos services publics. Au train où vont les choses, cela va mal se terminer ! Comme en Italie en 2011 où le gouvernement a dû remonter l'âge légal de la retraite à 67 ans. La ministre de cette réforme, Elsa Fornero, fut protégée par la police. Désormais, on l'appelle Giovanna d'Arco, la Jeanne d'Arc italienne... ».

Nicolas Dufourcq, directeur général de la BPI dans *Le Monde* à propos de son ouvrage « *La Dette sociale de la France 1974-2024* » (Ed. Odile Jacob).



« On va mettre de l'IA dans la main des patients avec un assistant médical destiné aux parents d'enfants de moins de 4 ans. Pour simplifier les 14 rendez-vous médicaux obligatoires. Hébergé en Europe, un agent conversationnel conçu avec les soignants et les chercheurs donnera des réponses et contenus précis ».

Stanislas Niox-Château, PDG de Doctolib sur *France Inter*.

« En faisant porter l'effort principal sur les personnes malades, le PLFSS ne fera qu'aggraver les conséquences déjà constatées de la hausse des franchises et des restes à charge. L'accès aux soins se détériore, les inégalités s'accroissent, l'état de santé de la population se dégrade et la perte de confiance dans le système s'accélère ».

Communiqué de France Assos Santé.



Constitutionnelle ?

Après le Hcaam, voici les dix préconisations des députés **Yannick Monnet (PCF) et Jean-François Rousset (Renaissance)** sur les dépassements tarifaires. 4,3 Mds € en 2024 selon la CNAM. Parmi les « recommandations » la création prônée d'une surcotisation sur les dépassements a trouvé sa place dans le PLFSS. Une mesure constitutionnelle ? Pas sûr. Selon certains juristes, elle viole le principe conventionnel.

A suivre. ■



Yannick Monnet et Jean-François Rousset

LES CHIFFRES

4 005 €

par mois, 48 060 € par an, montant des plafonds Sécu au 1^{er} janvier 2026 (une hausse de 2 %).

27 000 \$

par an pour une couverture santé familiale (un couple et deux enfants) aux Etats-Unis selon une enquête de la Kaiser Family Foundation !

17,4 %

de taux de fumeurs réguliers en 2023 selon Santé Publique France en baisse de 6 % pour les 18-79 ans. Bonne nouvelle!

5 %

de dépenses de prévention en moyenne en UE en 2023, 2 % officiellement en France...

4 630

événements indésirables graves liés aux soins en 2024 selon la HAS (+13 % en un an)

9 %

de parts « d'étrangers » en France dans la population totale (9,8 % en moyenne au sein de l'UE).

1,2 %

de hausse de la productivité en 2024. Un retour pérenne.

0 %

de hausse des pensions Agirc-Arrco au 1^{er} novembre faute d'accord entre les partenaires sociaux.

700 000

seniors en perte d'autonomie d'ici 2050 selon une projection de l'INSEE.

ÉVÈNEMENT

PLFSS 2026 : UN EXAMEN SOUS TENSION



La commission des Affaires sociales a lancé cette semaine les travaux d'examen du PLFSS. Nouvelle méthode gouvernementale oblige, les orientations budgétaires et les mesures inscrites dans ce projet de loi font plus que jamais débat entre les différents groupes parlementaires. Et pourtant, les trajectoires de comptes sociaux laissent apparaître que le plus dur est attendu pour l'après 2026.

À l'heure où ces lignes sont écrites, le PLFSS 2026 est encore en cours d'examen en commission des Affaires sociales. L'envoi retardé de la lettre rectificative, portant sur la suspension de la réforme des retraites, a incité Frédéric Valletoux, son président, à décaler de quatre jours le coup d'envoi des travaux. En ce qui concerne ceux-ci, deux crédos ont été fixés par Sébastien Lecornu : l'application du principe de « nous proposerons, nous débâterons, vous voterez » et l'engagement de ne pas activer l'article 49.3 à l'issue des travaux parlementaires. Le Parlement a donc la main sur le texte budgétaire. Les membres de la commission ont bien compris cette nouvelle donne en présentant pas moins de 1 691 amendements pour un projet de loi ne présentant « que » 54 articles. Le vote de plusieurs amendements a déjà fortement impacté le contenu et l'ambition de la copie originale.

L'objectif de réduction de voilure affiché pour ce PLFSS se traduit par l'imposant volume de mesures s'appliquant au champ de la maîtrise des dépenses sociales et médicales. Plus d'un quart du texte y est consacré. Les gros morceaux sont incontestablement celles portant sur la hausse du montant et des plafonds des participations forfaitaires et des franchises médicales (2,3 Mds € de moindre dépense pour l'AMO) et, sur la création d'un statut particulier pour les patients souffrant de certaines pathologies, principalement le diabète, pouvant évoluer vers une ALD (473 Ms €). D'autres articles viennent

compléter cet objectif : instauration d'un dispositif de lutte contre les rentes constituées dans le système de santé notamment dans l'imagerie et la biologie (120 Ms €) ; mesure de maîtrise conventionnelle des dépenses dentaires visant à réduire les sur-rémunérations sectorielles ; mise en place d'une contribution additionnelle sur les actes non conventionnés du régime PAMC (praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés) en vue de réduire l'intérêt financier à pratiquer des tarifs libres (314 Ms €) ; création d'un dispositif d'incitation financière à l'efficience et à la pertinence dans une logique de « juste prescription » à l'hôpital (70 Ms € en 2027) ; limitation de la durée de prescription des arrêts de travail à 15 jours en ville et à 30 jours à l'hôpital (10 Ms € d'économies en année pleine) ainsi que de la durée de versement des IJ AT/MP (30,8 Ms €). D'autres mesures, à impact indirect sur le niveau de dépenses engagées par l'Assurance Maladie, complètent ce volet. Elles portent sur le numérique (DMP, outils d'aide à la prescription) ainsi que sur les politiques de santé publique (vaccination, gaspillage des produits de santé...).

Comme souvent, le poste médicaments reste un des principaux contributeurs des objectifs d'économies. Le projet de loi vise à conforter le rôle de la fameuse clause de sauvegarde en la « simplifiant » et la rendant plus prévisible. La copie gouvernementale prévoit de lui adjoindre une nouvelle « contribution supplémentaire » correspondante « au transfert du rendement qui est attendu sur la clause ». Le taux appliqué à cette assiette serait revu chaque année. En commission, un amendement socialiste exonérant de la clause de sauvegarde et de la contribution supplémentaire les génériques, les hybrides et les biosimilaires substituables a été adopté. Un autre, soutenu par le groupe EPR, introduit une remise de 20 % dans le calcul de la contribution supplémentaire, en tenant compte du lieu de production des médicaments concernés. En parallèle, l'Exécutif table sur 1,4 Md € de baisse de prix des médicaments.

Au tableau des recettes supplémentaires attendues, le gouvernement tablait sur une hausse de la taxation des Ocam via la taxe de solidarité additionnelle (TSA). De 2,05 % dans



Stéphanie Rist défend la hausse des franchises

« J'assume l'existence d'un forfait de responsabilité, qui devrait rapporter 2,3 Mds €.

Le plafond de ce forfait sera au maximum de 200 euros de reste à payer pour les patients. En moyenne, les Français auront un reste à payer supplémentaire de 42 euros. Je tiens à rappeler que les publics les plus fragiles sont exclus de son champ d'application, et que malgré cette augmentation, nous restons l'un des pays de l'OCDE où le reste à payer des malades est le plus faible. Nous avons une très bonne protection, qu'il faut maintenir, mais nous faisons face à des enjeux démographiques importants, avec le vieillissement de la population et la baisse de la natalité, ainsi qu'à l'augmentation des maladies chroniques. Pour continuer à pouvoir être soigné et protégé par la Sécurité sociale, il nous faut faire preuve de responsabilité ».

un premier temps puis 2,25 % dans le cadre de la suspension de la loi Borne. Cette hausse de TSA visait à compenser l'an prochain à hauteur de 1 Md €, la hausse moyenne de 7 % des cotisations constatées en 2024 dans la foulée de l'anticipation d'une hausse du ticket modérateur qui, au final, n'aura pas été acté. Selon Stéphanie Rist, ministre de la Santé, cette taxation supplémentaire aurait été contre-balançée par les gains générés par les autres mesures présentes dans ce projet de loi. En sus, la ministre de la Santé indiquait qu'à terme, à un horizon encore indéterminé, la révision du périmètre du contrat responsable pourrait profiter aux organismes étant entendu que la CNAM prône pour un recentrage du dispositif autour des actes les plus nécessaires. Cette mesure aura été supprimée en commission sous l'impulsion des groupes LR, PS, LIOT, LFI et RN.

Sur le volet famille, la création du congé supplémentaire de naissance se confirme. Accessible à l'ensemble des actifs, il permet à chacun des deux parents de bénéficier d'un congé allant jusqu'à 2 mois s'ajoutant à leurs droits à congé de maternité et à congé de paternité. De son côté, le dispositif ARIPA sera renforcé par la possibilité de recouvrer des sommes pour lesquelles la procédure de paiement direct est actuellement abandonnée du fait du délai maximal de 2 ans ainsi que par une meilleure harmonisation des procédures de recouvrement.

Au regard des projections calendaires, le vote du PLFSS est attendu pour le 12 novembre. Dans la foulée, il partira au Sénat pour commencer son examen en commission le 17 novembre. Nul doute que les représentants de la Chambre haute entendent revoir la copie qui sortira de l'Assemblée nationale dans ses grandes largeurs. À commencer, par le dossier retraite. Puis, viendra le temps critique de la commission mixte paritaire (CMP) réunissant 7 députés et 7 sénateurs. Ce rendez-vous pivot s'avérera crucial pour la suite qui sera donnée au texte budgétaire. En cas d'accord, le texte commun sera soumis au vote des deux assemblées. Dans le cas contraire, on est reparti pour une navette complète. Or, le temps est compté...

■ Alexandre Beau

Une pluie d'amendements sur le dossier retraite

La suspension de la réforme des retraites jusqu'à l'élection présidentielle est transposée par l'article 45 bis du PLFSS. Chaque groupe parlementaire a déposé un (ou plusieurs) amendement pour détricoter le texte. Si d'un côté, LR et Horizons veulent tout bonnement supprimer cette mesure. Pour leur part, les socialistes veulent à la fois à garantir l'application de la suspension de la réforme aux assurés éligibles aux départs anticipés, mais également, à l'étendre à ceux nés entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1965. De leur côté, les Verts veulent le retour d'un âge de départ à 62 ans. En parallèle, de multiples amendements ont porté sur la suppression de la mesure de sous-indexation des pensions de retraite en 2027, voire sur la revalorisation des petites retraites. En marge, la suppression de l'article 7 portant sur la taxation des Ocam impacte directement les 100 Ms € fléchés pour compenser la suspension de la réforme Borne. ■

L'ASU de nouveau sur les rails ?

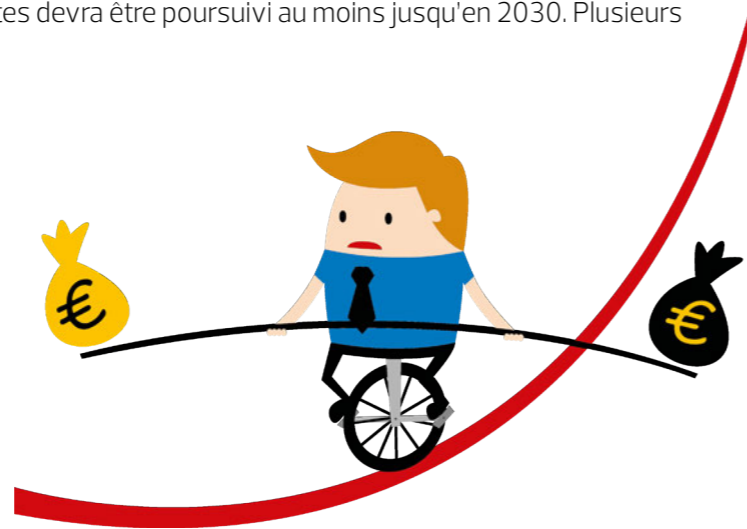
En ouverture des débats sur le projet de budget de l'État pour 2026 à l'Assemblée nationale, et reprenant une demande formulée par le groupe parlementaire LR, le Premier ministre a indiqué vouloir « mettre fin au maquis des aides » tout en se disant prêt à débattre sur la création de l'allocation sociale unique. Le cap de ces travaux est d'ailleurs fixé : « il faudra préserver le juste équilibre entre solidarité et incitation au travail et à l'activité ». De son côté, Jean-Pierre Farandou, ministre du Travail et des Solidarités, a indiqué lors de la présentation du PLFSS en commission des Affaires sociales que le chantier porterait en priorité « sur la faisabilité technique » d'une synergie de l'ensemble des dispositifs d'aide, reposant sur modalités d'attribution différentes, autour d'un seul et unique dispositif. La question « des montants et des plafonds » ne pourrait intervenir que dans un second temps a-t-il d'ailleurs précisé. ■



Un équilibre comptable impossible?

Il ne suffira pas d'obtenir un vote positif du seul PLFSS 2026 pour amorcer un retour à l'équilibre comptable de la Sécurité sociale. Le travail de redressement des comptes devra être poursuivi au moins jusqu'en 2030. Plusieurs raisons expliquent le scepticisme des experts.

« Le mauvais moment à passer sur la Sécurité sociale ira très au-delà de 2026. Quand je dis que la situation est catastrophique, ce n'est pas une parole en l'air », répète depuis plusieurs semaines Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la Santé. Les débats sur le PLFSS n'épuisent pas l'essentiel des enjeux financiers pour la Sécurité sociale à moyen terme. Déjà, l'incertitude sur le contenu d'un possible compromis gouvernement-oppositions pèse sur le processus. Ensuite, la lecture attentive de l'annexe A du projet, portant sur les projections d'ici 2029, nourrit de fortes interrogations. Qu'il s'agisse des données globales, ou de l'analyse des comptes prévisionnels par branche des régimes de base, les perspectives s'avèrent structurellement catastrophiques. Voici pourquoi.



Optimisme excessif?

Première incertitude, les recettes. Le premier tableau ci-dessous portant évolutions retenues par le gouvernement des prévisions de recettes et des dépenses s'agissant des prestations en espèces ainsi que le taux de progression de l'Ondam alimente une réelle perplexité.

Déjà le niveau de la croissance projeté fait débat. La plupart des instituts de conjoncture jugent les données par trop optimistes. Certes 1 %, voire 1,3 % ne sont guère encourageants. La masse salariale du secteur privé est aussi jugée optimiste. Un écart de près de 2 % entre le taux de croissance et la dynamique des revenus, certes amoindri

par l'inflation, requiert une bonne dynamique de l'emploi et des salaires. L'année 2025 qui s'achève infirme l'optimisme d'ensemble. D'autant que le contexte général sur les dépenses publiques en général, et les prestations sociales en espèces en particulier, est projeté en application d'une forte rigueur. Essentiellement sur les prestations en espèces ! On peut s'interroger à ce premier commentaire sur la pertinence pour l'État d'assurer ce tournant unique dans les annales des budgets sociaux. Déjà, le PLFSS 2026 risque d'être nettement contrarié sur son chapitre économies, besoin de concessions oblige, pour trouver une majorité de voix à l'Assemblée nationale...

Une prévision globale très négative

Le deuxième tableau de la page précédente détaille les prévisions de soldes par branche et pour l'ensemble des régimes de base. Mauvaise surprise : le déficit persiste et significativement. En dépit du vaste plan d'économies induit par le strict respect des mesures originelles du PLFSS 2026.

Que deviendront ces projections au sortir des débats parlementaires ? Avec inévitablement des accommodements sur le maintien du pouvoir d'achat sur les 400 Mds € des retraites, des prestations familiales sans oublier sur les mesures d'économies concernant l'Assurance Maladie.

Le solde global demeure étalé dans le temps. Autour de 17 à 18 Mds €. Et ce, sans que soient prises en compte les conséquences de la suspension de la réforme des retraites qui forcément induira un coût supplémentaire. Dans ces conditions, la stratégie du rabot, dénoncée ici et là, s'avère insuffisante. « Des réformes structurelles s'imposent », déclarent tous les acteurs. Lesquelles ? À défaut de documenter l'ambition réformatrice (un propos très français), tout cela relève du vœu pieux ! Il faut dégager dans la durée quelque 10 à 15 Mds € d'économies annuelles, et ce graduellement d'ici 2029 si l'on s'en tient aux seules économies.

Le détail par branche

C'est une litote pour les observateurs sérieux, l'Assurance Maladie détient toujours le « pompon » du déficit des régimes de base. En imaginant que les économies prévues pour 2026 soient au rendez-vous, ce qui est loin d'être acquis, la branche replonge financièrement dans un abîme déficitaire. Certes le taux d'Ondam envisagé à 2,9 % dès 2027 peut-être jugé « élevé » aux yeux des rigoristes (1,6 % en 2026). Mais serait-il tenable de le prolonger pendant 4 ans ? La situation de la CNAM vire donc au casse-tête absolu. Les économies à réaliser sont considérables et douloureuses dans la durée, ce qui pose la question de leur crédibilité. Le refus de collecter des recettes supplémentaires discrédite le propos rassurant et lénifiant de tous les acteurs publics et professionnels en réalité. L'Assurance Maladie depuis 2020 supporte quelque 20 Mds € de coûts structurels liés aux Ségur et aux revalorisations tarifaires des soins de ville. Sans qu'aucune recette sérieuse ne soit prévue en face... La question du refinancement est donc objective.

Pour les régimes de base d'assurance Vieillesse, CNAV en tête, les projections ne sont pas crédibles. Certes, les déficits, en dépit de fortes économies sur les pensions, sont moindres que ceux imputés à la CNAM. Mais, la suspension de la réforme des retraites coûtera. Plus de 100 Ms € en 2026, près de 1,4 Mds en 2027 et cela ira crescendo. Selon le COR, non seulement la réforme Borne d'avril 2023 ne permettait pas déjà un équilibre, mais sa mise en parenthèse fera croître le besoin de financement. Sans compter que la suite des opérations est totalement incertaine. Retour à la case départ en 2028, nouvelle réforme à défaut, mais laquelle ? Les autres branches voient des situations moins dirimantes.

Tableau des économies à réaliser en 2026 et 2030 (en Mds €) *

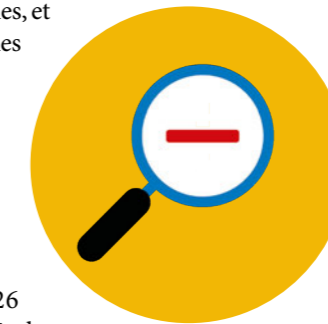
Nature poste	2026	2030	Impact**
Assurance maladie	9,6	16,5	6 % des dépenses de soins
Retraites	2,6	15,7	4 % des pensions servies
Gel prestations espèces	1,3	7,9	6 % des prestations famille, I.J., etc.
Total	14,4	40,4	

* Légende : les données sont en année pleine selon une montée en charge étalée sur 5 exercices budgétaires. Concrètement, la sous-indexation des retraites pendant 5 ans est un minimum d'économies escomptées...

** Globalement, en termes de dépenses (euros constants), le plan relève d'une démarche « d'années blanches » des dépenses sociales durant 4 à 5 ans.

Sources : PLFSS

La CNAF profitera d'une légère embellie, conséquence entre autres de la baisse de la natalité. La branche AT-MP devra retrouver, via une possible hausse des cotisations patronales, son « point mort » comptable. Quant à la CNSA, sa situation se dégrade en dépit de besoins de financement croissants.



Le pavé du CAE

Dans ce paysage déjà assombri, les récents travaux du CAE (Conseil d'Analyse économique), experts indépendants, bien que rattachés à Matignon, font particulièrement froid dans le dos. Pour revenir dans les clous du 3 % de déficit par rapport PIB et stabiliser la dette, l'instance plaide pour une démarche allongée jusqu'en 2030, voire 2031. Mais leur copie pour 2026, et jusqu'en 2030, est centrée sur les économies à réaliser. Quelques chiffres pour le volet Sécu.

Les membres du CAE partent du principe que la Sécurité sociale doit apporter 40 % des économies à réaliser pour que le pays maîtrise enfin ses finances publiques et sociales. La part État représente 35 %. Les collectivités locales, 25 % environ.

Évidemment, il s'agit d'une stratégie de redressement des comptes axée sur des économies. On peut concevoir une voie d'action mixte en incluant des recettes nouvelles tirées de la CSG, d'une contribution accrue du budget de l'État ou de la parafiscalité. Les travaux du CAE peuvent être discutés. D'un certain point de vue, ils sont déjà « optimistes ». Car le PLFSS 2026 et ses quelque 15 Mds € d'économies ne sera pas au rendez-vous. Songer à obtenir le triple d'ici 5 ans est un doux rêve ! Pas sûr que tous les acteurs du système soient conscients de cette réalité : triste anniversaire pour les ordonnances de 1945...

Bref, et contrairement aux idées reçues, l'année 2026, aussi délicate qu'elle se préfigure, semble en réalité n'être qu'un simple « encas » du rendez-vous financier qui attend la Sécurité sociale française pour les années à venir.

■ Pascal Beau

Évolution et projection de recettes et d'objectifs de dépenses entre 2025 - 2029

	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
PIB (en volume)	0,7%	1,0%	1,2%	1,3%	1,3%
Masse salariale du secteur privé	1,8%	2,3%	3,0%	3,1%	3,2%
Taux d'inflation (hors tabac)	1,0%	1,3%	1,8%	1,8%	1,8%
ONDAM (constant)	3,6%	1,6%	2,9%	2,9%	2,9%

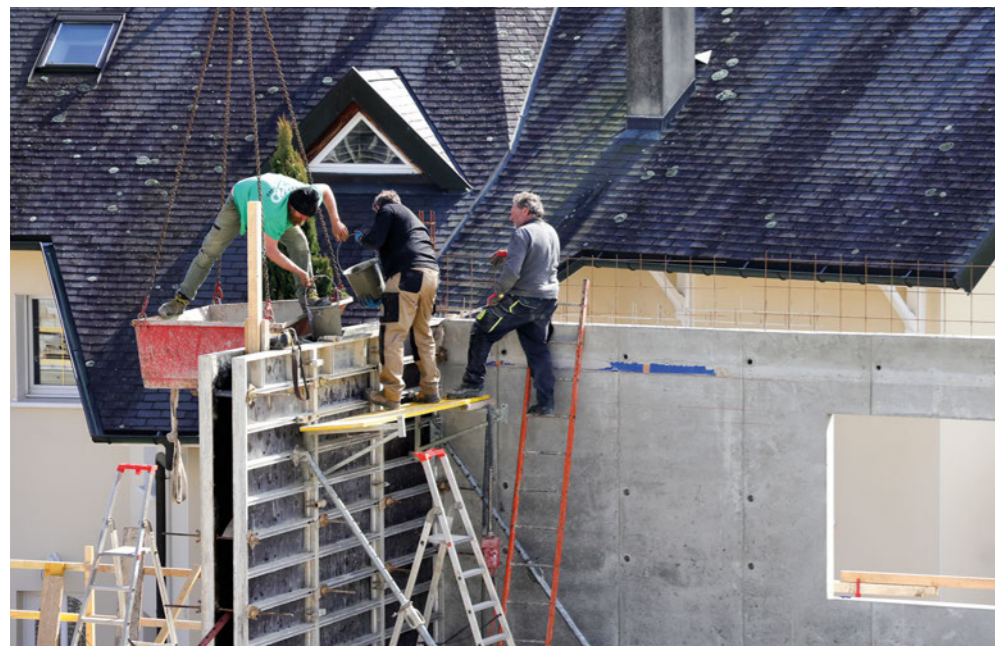
Prévisions des soldes des régimes obligatoires de base et du FSV de 2025 à 2029 (en Mds €)

	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
CNAM - Maladie	- 17,2	- 12,5	- 13,8	- 15,0	- 16,8
CNAM - AT/MP	- 0,5	- 1,0	- 1,4	- 1,3	- 0,9
CNAV - Vieillesse	- 6,3	- 3,1	- 2,1	- 1,2	- 2,0
CNAF - Famille	0,8	0,7	1,9	2,2	2,4
CNSA - Autonomie	- 0,3	- 1,7	- 1,7	- 1,7	- 1,7
RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE (ROBSS)	- 23,5	- 17,5	- 17,1	- 16,9	- 18,3
FSV	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
RÉGIME GÉNÉRAL + FSV	- 23,0	- 17,5	- 17,1	- 16,9	- 18,3

Sources : PLFSS

► LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Un projet de loi pour renforcer l'arsenal



En marge des PLF et PLFSS, le gouvernement Lecornu a déposé un projet de loi dédié à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales. Un texte portant pour principale ambition « de doter la puissance publique d'outils toujours plus efficaces ». Plusieurs nouveaux leviers devraient être activés.

Annoncé au cours de l'été par François Bayrou, alors Premier ministre, pour arriver au Parlement dès la rentrée de septembre, le dépôt du projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales au Parlement aura finalement été retardé d'un mois et demi. Un moindre mal pour les opérateurs concernés qui voient, dans les mesures inscrites dans ce texte, des leviers en vue de passer un cap en matière d'efficacité des dispositifs qu'ils déploient. En d'autres mots, une seconde étape après la mise en application du plan interministériel de lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques de mai 2023.

Le projet de loi, comportant 27 articles, poursuit une triple ambition : améliorer la prévention et la détection de la fraude en repérant plus rapidement les signaux d'alerte et en mobilisant les outils de croisement et d'analyse des données ; renforcer

l'arsenal de sanction à l'encontre des fraudeurs ; et parvenir à un meilleur taux de recouvrement des indus en accélérant les procédures, en limitant les recours dilatoires et en renforçant la capacité d'action des organismes de recouvrement. La sphère sociale, tant publique que privée, est fortement mobilisée dans le cadre de la poursuite de ces objectifs. À l'image des Ocam, dont l'exploitation des données et l'articulation avec les organismes d'Assurance Maladie seraient désormais encadrées par ce biais législatif.

AMO/AMC, la (micro) révolution

L'article 5 de ce projet de loi encadre cette démarche. Les Ocam pourraient être autorisés à traiter des données de santé, transmises par des professionnels de santé ou des établissements dans le cadre des contrats responsables et du déploiement du tiers payant intégral

(part RO + RC), dans trois types de situations : dans le cadre du remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés à un assuré par une maladie, une maternité ou un accident ; dans celui du contrôle de la vérification du respect des contrats couvrant les assurés et des conventions souscrites avec les professionnels et organismes ou établissements de santé ; et enfin, dans la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice. Au sein des Ocam, l'accès aux données ne sera possible qu'aux personnels chargés du contrôle médical du dossier de l'assuré ainsi qu'aux professionnels de santé qui leur sont rattachés. Un décret issu du Conseil d'État précisera les catégories de données traitables et leurs durées de conservation.

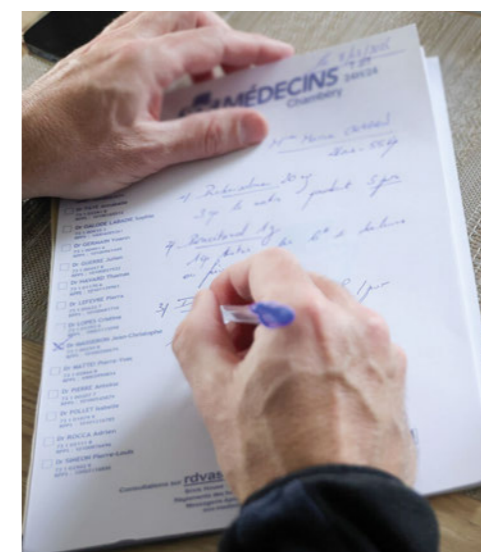
En outre, au-delà de la mise en place d'un dispositif d'échange d'information obligatoire avec la Cnam de rattachement de leurs assurés, les Ocam pourraient solliciter, si besoin, un intermédiaire « présentant des garanties techniques et organisationnelles appropriées assurant un haut niveau de sécurité des données ainsi que des garanties d'indépendance et d'expertise ». Le rôle et le champ d'intervention de celui-ci devront être tranchés ultérieurement dans le cadre de travaux AMO/AMC. Si, ceux-ci n'aboutissent pas, le dispositif sera abandonné. Le gain escompté de ces échanges Cnam/Ocam est estimé autour des 6 Ms € par an, soit 1 % du montant total de fraudes détectées par la branche Maladie en 2024...

Outre l'article 5, une dizaine d'autres impactent directement les organismes de Sécurité sociale. À commencer par l'article 2 qui élargit l'accès direct aux bases de la DGFIP portant sur les données patrimoniales, les transactions immobilières et les contrats d'assurance vie, de capitalisation ou de placements aux agents des Cnam

et des Carsat afin de leur permettre d'identifier des revenus et des ressources non déclarés et de mieux cibler les actions de recouvrement. L'article 4 quant à lui entend permettre aux directeurs des caisses locales de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires dès lors qu'ils ont « connaissance de faits pouvant être de nature à constituer une fraude ». Sur les réseaux sociaux et le dark web notamment. Il impose également à ces derniers de porter plainte systématiquement dès qu'un cas de fraude dépasse un montant supérieur à un seuil qui sera fixé par décret. Dans une logique de simplification et d'accélération des démarches, la mesure prévoit à la fois la possibilité aux organismes de mandater l'un d'entre eux pour déposer une plainte pénale unique, mais aussi, que cette action soit réalisée par des agents de contrôle « spécialement habilités à la recherche d'infractions pénales de fraude sociale grave. »

Mieux armés

Des mesures sur le transport sanitaire étaient attendues. Le projet de loi répond à cette attente en imposant aux entreprises de taxi et de transport sanitaire conventionnés d'équiper l'ensemble de leurs flottes de véhicules de système de géolocalisation et de facturation certifiés par la CNAM. Autre volet attendu, celui portant sur les sanctions à l'encontre des professionnels de santé fraudeurs. Deux aspects sont ainsi couverts par l'article 17. D'abord, en permettant aux directeurs des Cnam d'engager parallèlement une procédure de pénalité financière et une procédure de déconventionnement dans « les cas de manquements les plus graves où le montant des pénalités n'est pas suffisamment dissuasif ». Le texte fait ici mention de facturations abusives répétées ou de fraude en bande organisée. Le second aspect s'attarde sur le cas des professionnels de santé hyperprescripteurs. La procédure de mise sous objectifs (MSO) et mise sous accord préalable (MSAP) des médecins prescripteurs est étendue aux professionnels exerçant dans les centres de santé ainsi qu'à ceux exerçant au travers



Des caps déjà franchis

- En 2020, 9 Mds € de fraudes détectées dont 1,2 Md € dans le champ social.
- En 2024, 20 Mds € de fraudes détectées dont 2,9 Mds € dans le champ social.
- Objectif : se rapprocher, en termes de détection, des 13 Mds € de fraudes sociales estimés par le HCIPS.

des plateformes de téléconsultation. En parallèle, l'article 10 vient aligner les prérogatives des directeurs et directeurs comptables et financiers des Cnam sur celles de leurs homologues des Urssaf en matière de droit de communication auprès de tiers (administrations, banques...). Une disposition présentée comme nécessaire en vue d'améliorer les actions de contrôle et de lutte contre les pratiques frauduleuses en ce qui concerne les arrêts maladies et l'accès à la C2S.

En matière de fraude sociale, le travail dissimulé demeure le nerf de la guerre. Sur leur exercice 2024, les Urssaf ont redressé près de 1,6 Md € contre 1,2 Md € en 2023 et 0,8 Md € en 2022. Les articles 21 et 22 ambitionnent de renforcer leurs actions en déployant de nouveaux outils et mesures : une « procédure de flagrance sociale » en cas de constat d'infraction à la législation sur le travail dissimulé sera mise en place ; la contrainte émise pour recouvrer cette créance sera immédiatement exécutoire sauf en cas

de recours juridictionnel décidé par le président du tribunal compétent. De même, le devoir de vigilance des organismes donneurs d'ordres vis-à-vis de leurs sous-traitants sera étendu. Le mécanisme de solidarité financière en cas de fraude constatée sera également étendu dans ce cadre. Au travers de ces différentes mesures, l'Exécutif veut passer un cap. Notamment en s'appuyant sur un dispositif réglementaire renforcé qui, s'il est voté et appliqué, pourrait donner les moyens aux organismes de réduire l'écart entre le montant de fraude détecté et les sommes recouvertes. À l'occasion de la présentation du PLF à la commission des finances à l'Assemblée, la ministre des Comptes publics, Amélie de Montchalin, avait d'ailleurs pointé cette situation en précisant « que la plus grosse marge de progrès de l'action des opérateurs réside dans leur capacité à recouvrer davantage auprès des fraudeurs ».

Si une réelle incertitude plane sur ce qu'il adviendra du PLF et du PLFSS, ce projet de loi gouvernemental, déposé dans le cadre d'une procédure accélérée le 14 octobre dernier et qui fera l'objet « d'un débat en alternance avec les textes budgétaires », a une réelle chance d'aller au bout de sa procédure parlementaire sans encombre. Celle-ci devrait débiter au Sénat dès la semaine prochaine.

■ Alexandre Beau

► ACCOMPAGNEMENT

Depuis janvier dernier, la MNT propose à ces adhérents un accompagnement santé mentale avec la plateforme Vivoptim, partenaire du Groupe VYV dont fait partie la MNT. Entretien avec **Virginie Femery, directrice générale de Vivoptim Solutions** et **Coline Jean, directrice expertise, assurance et services, directrice de la gestion, MNT**.

“ La santé mentale est aussi importante que la santé physique ”



Virginie Femery (Vivoptim) et Coline Jean (MNT).

En quoi consistent les solutions proposées par Vivoptim Solutions ?

Virginie Femery : Vivoptim Solutions est une jeune entreprise de santé numérique spécialisée dans les changements de comportements santé. Elle conçoit et commercialise des accompagnements santé, dont un spécifiquement sur la santé mentale. Nous avons développé une expertise dans l'analyse de données afin de démontrer les bénéfices sur la santé de nos utilisateurs et le ROI pour nos clients. Nous considérons la prévention non pas comme un centre de coût ou un outil marketing de différenciation, mais plutôt comme un levier de pilotage des risques assurantiels. Nous avons démontré en 2025 que nos accompagnements permettent d'améliorer le profil santé des utilisateurs, d'adopter de nouvelles habitudes de vie moins pathogènes, de diminuer l'errance médicale et in fine la consommation des soins (hors soins audio, optique et dentaire).

Comment fonctionnent ces accompagnements, en particulier en santé mentale ?

V.F. : Nos accompagnements reposent sur trois piliers. Le premier est un outil de coaching digital permettant à l'utilisateur de recevoir des contenus adaptés à son profil et de séances pratiques pour initier et motiver

le changement de comportement. Le deuxième pilier est notre accompagnement humain (téléphonique ou visioconférence), réalisé de façon coordonnée par une équipe de professionnels de la santé (infirmières, diététiciennes-nutritionnistes, enseignants en activité physique adaptée, psychologues et sophrologues).

Nous disposons donc des professionnels et des compétences pertinentes à un accompagnement dédié à la santé mentale. Et le troisième repose sur des séances live hebdomadaires ouvertes à tous (ex : sophrologie, yoga, méditation, ...) ou des ateliers collectifs (15 personnes) pour agir sur des problématiques communes, telle que la charge mentale. Nos interventions en distanciel, nous permettent d'accompagner nos utilisateurs, et notamment les adhérents de la MNT, sur tout le territoire. La prise en charge à distance permet aussi de libérer la parole plus facilement, notamment sur les sujets parfois complexes de santé mentale.

Pour Vivoptim Solutions, la santé mentale est tout aussi importante que la santé physique. Nous fixons des objectifs clairs et adaptons les recommandations, les contenus, les exercices, ou encore les outils pour que chacun devienne progressivement autonome dans la bonne gestion de sa santé et notamment de sa santé mentale.

Pourquoi la MNT a-t-elle lancé ce programme santé mentale avec Vivoptim ?

Coline Jean : Les affections psychiques concernent 20% des demandes traitées par notre service médical. Leur part est

importante alors que les métiers de la fonction publique territoriale sont particulièrement exposés aux facteurs de risques psychosociaux.

Dans un sondage que nous avons réalisé en 2022, le sentiment d'usure physique ou morale des agents apparaît ainsi comme la deuxième cause de l'absentéisme pour les décideurs administratifs. De leur côté, un tiers des représentants de collectivités territoriales déclarent que les facteurs de risques psychosociaux font l'objet d'un suivi au moins annuel au sein de leur collectivité. Cette réceptivité des décideurs, qui n'existait pas forcément 5 ou 10 ans en arrière, donne un attrait à ce programme.

Quelles sont les spécificités des adhérents de la MNT ?

C.J. : Dans la fonction publique territoriale, les conditions d'exercice sont particulières, les agents sont souvent confrontés à un double management, par exemple dans les mairies avec à la fois leur manager et le maire. Cette dualité peut être compliquée à vivre au niveau psychologique.

Les métiers sont globalement plus pénibles et à risque que la moyenne. Le contact avec le public peut donner lieu à des altercations impliquant de l'usure psychologique. Certains professionnels, comme les assistants sociaux, doivent aussi faire face à des situations difficiles incluant une charge émotionnelle importante. Les métiers du service public peuvent également être soumis à des horaires décalés, désynchronisés des rythmes biologiques qui peuvent fragiliser la santé mentale. Certaines catégories d'emploi présentent donc par nature des risques. Depuis 2016, les réorganisations importantes, entraînant des regroupements de communes et de collectivités, ont pu générer du stress

supplémentaire. De plus, les services RH n'ont pas toujours la même maturité que ceux du secteur privé.

Comment ont-été intégrées ces particularités ?

V.F. : Nous avons d'abord demandé aux équipes de la MNT de former nos professionnels de santé sur les spécificités des collectivités territoriales et de leurs métiers et de nous partager toute la documentation ou les statistiques utiles. Nous avons ensuite tenu compte de ces informations dans la conception de notre questionnaire de profilage santé et lors du premier entretien éducatif avec notre infirmière de santé mentale. Nous avons rapidement constaté, que les adhérents ne connaissaient pas bien les aides et dispositifs auxquels ils ont droit et ne savaient pas vers qui s'orienter pour bénéficier d'un soutien ou suivi psychologique.

Ce sont souvent des agents de catégorie C qui ont parfois du mal à joindre les deux bouts, sont isolés, et nécessiteraient, en complément, la mise en relation avec une assistante sociale. La prise en charge des agents des collectivités territoriales appelle plus de temps d'écoute en amont, ce qui nous permet ensuite de mieux personnaliser notre accompagnement.

Quelles ont été les étapes de votre collaboration ?

C.J. : Avant de mettre en place ces parcours santé mentale, nous avons déjà testé la démarche de Vivoptim. Les interventions concernaient des agents en arrêt de travail longs et visaient à les aider à reprendre une activité professionnelle. Après cette expérimentation, une intervention sur la santé mentale nous a semblé extrêmement positive, qui plus est avec un partenaire solide et dont l'expérience est avérée.

V.F. : L'accompagnement à la reprise du travail a été expérimenté pendant deux ans. Nous en avons tiré deux enseignements, d'abord qu'il fallait continuer car les besoins d'accompagnement sont bien réels. Le deuxième enseignement était la nécessité d'intervenir plus tôt, en prévention de l'arrêt long. À partir de 2024, nous avons donc commencé à travailler sur un accompagnement santé mentale, en co-construction avec la MNT et d'autres mutuelles du Groupe VYV. Il a été lancé en janvier dernier.

Quels sont les premiers enseignements ?

C.J. : Les premiers retours sont très positifs. Nous avons mis en place à la MNT un accompagnement permettant d'expliquer aux adhérents pourquoi ce parcours est important. Nous nous appuyons aussi sur nos élus et notre réseau territorial pour sensibiliser les collectivités. Le portage de la collectivité, qui prend conscience de l'appui et de l'aide qu'elle peut apporter à ses agents, est essentiel.

V.F. : Les femmes et les adhérents de plus de 45 ans s'inscrivent plus facilement au service. Les principales problématiques sont le stress, la sensation d'épuisement liés ou non à des troubles du sommeil, la charge mentale ou encore la perte de sens ou de valeurs en lien avec le travail. Une stratégie de communication régulière de la mutuelle vers ses adhérents, plus ciblée et déculpabilisante est nécessaire pour favoriser le recours au service.

Il y a donc beaucoup d'efforts de pédagogie à faire. Mais une fois que les adhérents s'inscrivent dans cet accompagnement, nous ne les perdons pas en cours de route. Le pilotage s'appuie sur des données d'usage et les retours d'expériences des adhérents. Il faut donc avoir des organisations constamment en mouvement, comme c'est le cas à la MNT. Après son lancement, un service doit être accompagné dans une démarche d'amélioration continue. Les stratégies de prévention et d'accompagnement santé doivent aussi s'appuyer sur les données de santé, de changement de comportement et de motivation. Elles nous permettent d'anticiper les besoins, d'adapter nos accompagnements et d'en mesurer leur efficacité.

Quelques chiffres :

- 95% des adhérents MNT sont satisfaits de leur accompagnement depuis le lancement du parcours santé physique et mentale avec Vivoptim.
- 72% de l'ensemble des utilisateurs de Vivoptim ont modifié leurs habitudes de vie et les maintiennent un an après.
- 46% des agents territoriaux estiment que leur bien-être au travail s'est détérioré (*baromètre MNT 2025*).
- 57% ressentent une pression excessive de la part de leur hiérarchie. (*baromètre MNT 2025*).

Une réorientation en dehors de Vivoptim est-elle possible ?

V.F. : Notre rôle n'est pas d'assurer un suivi psychologique au long court, ni un suivi psychiatrique. En cas de besoin, nous pouvons donc orienter les adhérents vers des groupes de paroles ou d'entraide par exemple, ou vers les centres médico-psychologiques. Nous pouvons aussi orienter vers d'autres services de la MNT, qui travaille avec des prestataires ou partenaires proposant un suivi psychologique ou l'assistance sociale.

Quel apport du Groupe VYV dans l'action de la MNT en matière de santé mentale ?

C.J. : Parce que la santé mentale ne dépend pas uniquement de facteurs individuels, elle n'est pas de la seule responsabilité des agents. Nous proposons donc un accompagnement des employeurs sur leur démarche de prévention des risques psychosociaux. Pour cela, nous nous appuyons sur un réseau d'experts que nous avons en commun avec le groupe VYV. Tout le travail d'accompagnement en santé mentale a vraiment été construit ensemble.

Avez-vous d'autres projets en matière de santé mentale ?

V.F. : Nous souhaitons développer notre coaching digital et enrichir notre équipe de professionnels de santé de nouvelles compétences en réponse à la gestion des traumatismes (par exemple après une agression physique) et la souffrance au travail. Nous réfléchissons également à une meilleure articulation entre les différents services et au retour d'information pour permettre une prise en charge sans couture des personnes que nous accompagnons.

C.J. : Des webinaires sur la santé mentale seront mis en place, en novembre et en décembre, à destination de nos élus et de notre réseau commercial pour qu'ils puissent porter le sujet de la santé mentale auprès des agents territoriaux. Avec ce troisième volet d'accompagnement, la MNT a une approche beaucoup plus large (après les adhérents en difficulté et les employeurs) pour inciter les agents à prendre soin de leur santé mentale. Des outils sont conçus par la MNT et validés par les équipes de Vivoptim. Nos deux priorités en matière de prévention sont vraiment la santé mentale et l'activité physique (qui fait l'objet d'un autre accompagnement), d'ailleurs les deux sujets sont très liés.

■ Propos recueillis par **Émilie Guédé**

Les 10 Commandements pour une confiance durable

80 ans après sa création, la Sécurité sociale suscite toujours un attachement fort de la population. Largement partagé, ce constat ne doit pas faire oublier qu'il s'ancre dans la confiance de ses bénéficiaires et que celle-ci mérite d'être confortée.

Cinq choses à faire

1 Créer les conditions d'une soutenabilité à venir du financement de la Sécurité sociale.

Il s'agit d'en sauvegarder la viabilité en empêchant l'alourdissement de la dette sociale. Mais la soutenabilité n'est pas seulement une affaire de trajectoire comptable. Elle suppose d'envisager comment la Sécurité sociale peut faire face aux évolutions qui se profilent : ralentissement économique, vieillissement de la population, transition climatique, révolution numérique, etc. Une telle démarche amène inéluctablement à engager des réformes structurelles, notamment de l'Assurance Maladie et l'Assurance Retraite, ses composantes les plus déficitaires. Sauf à entraîner des conséquences désastreuses, l'enfermement dans le déni de réalité n'est donc pas de mise.

2 Avoir une vision politique de ce que doivent être les objectifs de la Sécurité sociale.

Se référer aux valeurs fondatrices de l'« œuvre de 1945 » demeure encore essentiel d'autant plus qu'elles conservent leur pleine signification. Afin de conduire les politiques en ce domaine, la façon de penser le devenir de la Sécurité sociale doit partir d'interrogations : quels sont les objectifs à atteindre ? Comment y parvenir ? Pour quels résultats ? Il importe de tracer des perspectives claires et partagées plutôt que d'apporter des réponses au coup par coup aux problèmes rencontrés, le plus souvent de manière rampante, au détriment de leur cohérence d'ensemble.



3 Éduquer à la solidarité les bénéficiaires en vue de promouvoir leur responsabilité collective.

Institution familière au grand public, la Sécurité sociale reste paradoxalement mal connue, et ses principes ignorés. Rares sont les personnes à l'identifier à une propriété commune et à s'en sentir responsable comme l'avait voulu à l'origine Pierre Laroque. C'est pourquoi, il convient d'inculquer à ses bénéficiaires un sens de la solidarité gage de leur responsabilité mutuelle vis-à-vis de cette conquête sociale. Avec comme enjeu la prise de conscience des défis à relever et des efforts à consentir pour la sauvegarder. D'où la nécessité de faire vivre le débat démocratique autour de la sécurité sociale, en allant au-delà du seul dialogue entre le Parlement et le gouvernement pour associer les corps intermédiaires et notamment, les partenaires sociaux.

4 Configurer une offre de services en adéquation avec les besoins de la population.

Institution emblématique d'un service public de proximité, la Sécurité sociale doit tout d'abord assurer de façon fiable le service des prestations ou le recouvrement des contributions sociales. Au vu des besoins recensés, les organismes doivent également fournir des services à valeur ajoutée en lien avec leur expertise métier. Ainsi il peut s'agir de faciliter l'accès aux droits sociaux, à l'instar du dispositif de solidarité à la source concernant le RSA et la prime d'activité, lequel met en jeu une coopération entre l'Urssaf, la CNAF et la MSA. En outre,

l'offre de services des organismes à décliner dans les territoires est encore à développer (accompagnement au parcours de soins et de prévention, soutien à la parentalité et à la garde des jeunes enfants, etc.). À moyen et long termes, la question se posera sans doute de savoir où positionner le curseur entre prestations monétaires et prestations de service.

5 Ériger la prévention des risques comme une priorité.

Au moment de sa naissance, la Sécurité sociale visait surtout à assurer l'indemnisation des risques couverts, ne laissant guère de place à la prévention hormis dans les assurances maternité et accidents du travail. Pourtant dans une conception moderne de la Sécurité sociale, les deux volets sont voués à se prêter un mutuel appui. C'est pourquoi la prévention mérite d'être mise en avant. En particulier dans l'Assurance Maladie, mais pas seulement, car elle est susceptible de concerner d'autres branches. Au vu de la montée en puissance des pathologies chroniques et de leur charge financière croissante, c'est désormais une orientation à privilégier dans la mesure où une part importante d'entre elles est liée à des comportements individuels à risque.

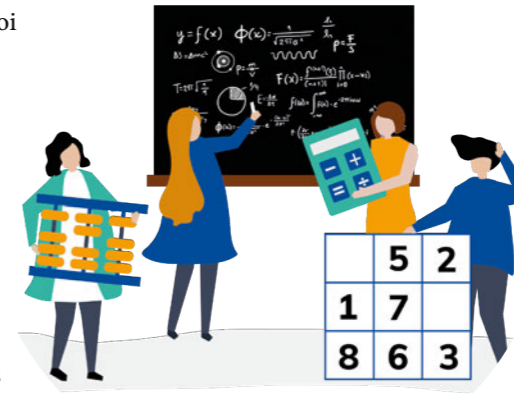
Cinq choses à éviter

6 Ramener les problèmes de Sécurité sociale à une mise en équation.

Il serait simpliste de vouloir les résoudre par le simple jeu d'un raisonnement arithmétique et technocratique, en édulcorant trop rapidement les considérations d'ordre sociologique. On remarque en effet que la prise en compte de celles-ci s'avère le plus souvent nécessaire à l'élaboration de réformes comprises et acceptées par le corps social.

7 Sacrifier l'équité sociale des réformes de la Sécurité sociale à leur efficacité financière.

L'acceptation des réformes destinées à redresser les comptes suppose une répartition équitable des efforts entre tous, entendue à la fois sous l'angle



des solidarités intragénérationnelle et intergénérationnelle. Toutefois, le scénario d'un système où l'ensemble des prestations serait mis sous condition de ressources est à proscrire. Il pourrait certes être générateur d'économies substantielles, mais affaiblirait le Pacte de solidarité au cœur de l'adhésion collective à la Sécurité sociale, en vertu duquel chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

8 Dramatiser la nécessité de la réforme pour en faciliter l'acceptation.

Il peut être tentant d'annoncer des projections financières de la sécurité sociale résolument pessimistes, en vue de légitimer auprès de l'opinion publique des réformes impopulaires de la sécurité sociale, parce que régressives. Cependant, s'il est anxiogène, un tel discours suscite habituellement l'indifférence, voire même un rejet massif des intéressés, à défaut d'apparaître suffisamment crédible, tout du moins audible, d'autant plus qu'il tend à mêler diatribes politiciennes et arguties techniques.

9 Céder au discours rigoriste sur la maîtrise des coûts de gestion.

Sans doute le recours à l'intelligence artificielle pourra-t-il concourir à de moindres coûts d'administration des organismes, mais une expérience récente dans l'Assurance Maladie (logiciel Arpège) montre qu'ils ne doivent pas jouer aux apprentis sorciers. Aussi, il est indispensable que la Sécurité sociale dispose à l'avenir de ressources budgétaires suffisantes, non seulement en vue d'éviter une déshumanisation de ses services, mais aussi pour mieux assumer des missions restant à développer (lutte contre la fraude, prévention, etc.).

10 Croire dans la réforme miracle qui serait susceptible de relever les défis de la Sécurité sociale sans effort ou une fois pour toutes...

Gilles Huteau
Professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), ancien directeur d'organismes de régime général de Sécurité sociale.





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.



Mutuelle Nationale des Hospitaliers
**CRÉE PAR ET POUR
LES HOSPITALIERS**

Plus d'infos sur mnh.fr