

CONTRATS RESPONSABLES



UN PÉRIMÈTRE À REVOIR ?



COMPTES SOCIAUX QUAND LE HCFIPS APPELLE À « AGIR VITE »



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.



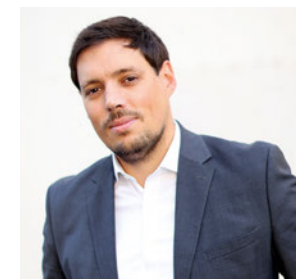
**Notre système de santé,
c'est aussi à chacun d'en prendre soin.**

Retrouvez tous les bons réflexes sur ameli.fr

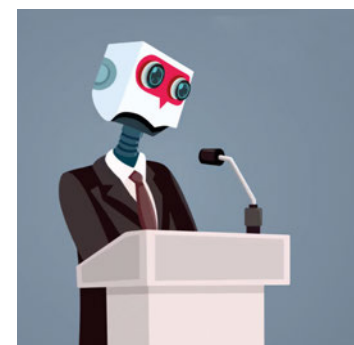


ÉDITO

Alexandre Beau



Dystopie nationale



À l'approche des élections présidentielles de 2027, le concours Lépine des promesses impossibles semble lancé, confirmant ainsi une forme de dystopie nationale. En clair, la croyance en un monde imaginaire porté par une vision idéologique néfaste. En l'occurrence, un retour du « quoiqu'il en coûte » hérité de la période Covid et dont les conséquences budgétaires ont a posteriori plombé notre économie.

Quelques exemples récents justifient cette inquiétude. Ici, on nous promet une réforme des retraites où l'âge légal de départ prendrait fin. Avec un système seulement fondé sur la durée de cotisation. Une sorte de paradis social qui n'existe nulle part ailleurs dans le monde. Un tel mécanisme, dont la finalité est sympathique, privilégie en fait la détention du patrimoine ou l'héritage pour le pensionné. Il fortifie, au passage, les inégalités sociales et d'espérance de vie. Derrière l'empathie sociale de façade se niche un risque de réversibilité d'équité. Ailleurs, on nous annonce des allègements massifs d'impôts et de cotisations pour relancer l'économie. Le chiffre de 35 % au profit des entreprises est même avancé. Relancer l'économie de production est certes impératif. Mais, le quantum promis signifie que 120 Mds € seront à compenser. On tombe dans la déraison. Et le pire est à venir. Tant à gauche, à droite, au centre et ailleurs !

Déjà confronté à un Himalaya de déficits et de dettes qui, peu à peu, étouffe l'économie et contraint évidemment la question sociale, le pays peut-il une énième fois s'offrir le triste spectacle de la démagogie, période électorale oblige ? La question du redressement de nos finances est un moment de vérité. Une longue période d'efforts nous attend. Un travail de fond sur nos conceptions et pratiques est incontournable. Ce temps difficile est parfaitement compatible avec le maintien d'une république solidaire. *A contrario*, qui peut penser sérieusement que laisser filer la situation actuelle garantit sur la durée les droits des plus défavorisés ? Il faut concrétiser dans les actes les solutions solides pour rendre notre système social, perclus de rhumatismes, plus efficient. C'est l'affaire de tous, évidemment. À commencer par ceux qui prétendent déjà conduire pour les années à venir la destinée du pays. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT

Contrats responsables : l'heure du grand toilettage ?

10 - SÉQUENCES

10 • Santé

PPL Soins palliatifs : tensions maximales.

11 • Santé

« *Se tourner vers un objectif d'effectivité du soin* », entretien avec **Marie-Anne Montchamp**, ancienne ministre et directrice générale de l'Ocirp.

12 • Prévoyance

Reste à charge, bénéficiaires, non-recours : où en la C2S ?

13 • Sécu

UCANSS/Agents de direction : un cru 2026 chargé en négociations.

14 • Analyse

Financement : « *Il faut agir vite* » pour le HCFiPS.

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

Plan Marshall pour la natalité

« Il faut des congés parentaux plus longs et mieux rémunérés. Il faut revenir à la pleine universalité des allocations familiales et instaurer un versement d'un VFU dès le premier enfant. Dans le même temps, un plan Marshall sur les modes de garde doit voir le jour », indique le député Jérémie Patrier-Leitus (Horizons), rapporteur de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les causes et conséquences de la baisse de la natalité. « L'objectif de nos travaux », poursuit-il, « est de repenser les aides de la famille pour permettre aux Français qui souhaitent avoir des enfants d'en avoir ».

37 propositions donc, avec une mesure centrale : allouer une aide de 250 € par enfant et par mois appelée « versement familial universel », sans condition de ressources, versée dès le premier enfant, destiné à remplacer le « maquis » de dix prestations existantes (Complément familial, Paje, ASI, etc.). Coût de la mesure ? 10 Mds € par an. Quand même...
Autres souhaits, suite à une vaste consultation (30 000 entretiens de la mission), l'extension du périmètre du prêt à taux zéro (PTZ), l'obligation du congé de paternité pour les pères dans les quinze jours suivant la naissance de l'enfant et la création d'un congé parental unifié (CPU) largement indemnisé. Concernant les modes de garde, le rapport plaide pour une valorisation et unification des métiers de la Petite Enfance et de leurs rémunérations, la création d'un droit opposable au temps partiel pour les parents dans les conventions collectives et dans la loi. Bref, une importante contribution au renouveau de la politique familiale. Une question qui devrait figurer dans le débat électoral de 2027. Normalement... ■



► Favorite

Bien que très bien placé pour solliciter le renouvellement de son mandat en juin prochain, Thierry Beaudet, l'actuel président du CESE, n'y donnera pas suite. Favorite pour sa succession, Claire Houry, présidente du Mouvement associatif. Cette dernière bénéficierait du soutien d'une large partie des organisations syndicales et patronales, outre celui des acteurs associatifs. ■



► « Demain notre santé »

Attendu, le livre d'Agnès Buzyn, professeure de médecine, ancienne ministre de la Santé, livre un verdict plutôt sévère (un de plus...) sur le fonctionnement



du système. Hôpital, médecine de ville, déserts médicaux, crises sanitaires, financement, prévention, tout y passe ! Souvent porteur de solutions hardies, comme la réorganisation des soins, tant en ville qu'à l'hôpital, l'ouvrage est décourageant. À lire donc. ■

► L'Igas ausculte les centres de soins

Lourdeurs réglementaires, répartition territoriale inégale (trop de centres en zones non déficientes), l'Igas, à la demande de Yannick Neuder, alors ministre de la Santé, ausculte la situation des 600 centres de soins non programmés. Paradoxe, le développement de ces structures réduit parfois le potentiel de médecins traitants et la permanence des soins. L'Igas prône un encadrement législatif de l'activité des centres dotés de plateaux techniques et dédiés à une complémentarité avec les services d'urgence en vue de les désencombrer. ■

À NOTER



Un rendez-vous des partenaires sociaux est prévu à propos de la question de la revalorisation des pensions 2026 Agirc-Arrco suite à l'échec de novembre dernier.

Illustration du défi de l'industrie pharmaceutique française en matière d'innovations, la bourse américaine Wall Street voit l'action de Sanofi-Aventis stagner depuis 2006 malgré 80 projets de R&D. Sur la même période, Astra-Zeneca, laboratoire britannique, voit sa côte multiplier par trois avec 300 projets !

La CNAV ouvre un service pour permettre aux actifs de compléter les informations sur leur carrière et des formulaires préremplis pour les demandeurs du minimum vieillesse.

Publication du texte sur la nouvelle stratégie pour l'alimentation, la nutrition, le climat (SNANC) déclinée en 4 axes et 20 objectifs. Une démarche issue de la convention nationale sur le climat.

À date de juin prochain, normalement, les ARS auront achevé leurs travaux de recensement de l'offre médico-sociale au profit des personnes âgées.

ILS ONT DIT



« 433 136 cancers diagnostiqués en 2023 ! L'Inca se fixe cinq grandes priorités liées à cinq publics cibles. Répondre aux ruptures d'égalité d'accès aux soins, bâtir une génération sans tabac d'ici 2032, rendre le vaccin HPV obligatoire, mieux repérer les cancers de la peau en forte croissance et mettre en place des protocoles de prévention en milieu scolaire. L'action de dépistage sera revigorée via des innovations plus adaptées et plus économes ».

Professeur Alain Puisieux, président de l'Inca.

« Les scénarios du COR reposent sur une démographie stable avec un taux de fécondité à 1,8 enfant et un solde migratoire positif de 70 000. Toutes ces données deviennent inexactes. Il va donc falloir revoir toutes nos projections à long terme en incluant une chute des générations nouvelles et un potentiel surcroît durable du solde migratoire. Le rapport du COR de juin tiendra donc compte de ces changements qui auront forcément une influence structurelle ».

Gilbert Cette, président du COR.



« L'Europe doit réagir, car elle décline... elle avance en ordre dispersé. L'Allemagne a compris la nécessité d'investir dans la pharmacie. L'Italie s'y met, mais pas la France qui ne règle pas ses problèmes... il faut collaborer avec les laboratoires chinois, sinon ils se passeront de nous. Si on ne bouge pas en Europe, d'ici 20 ans au plus, les innovations seront américaines et chinoises et les génériques viendront d'Inde, de Chine ou d'ailleurs ».

Pascal Soriot, PDG d'Astra-Zeneca dans Les Échos.

« Je veillerai avec le conseil d'administration à ce que la branche Famille puisse continuer d'incarner les valeurs de solidarité et de vivre-ensemble qui sont celles de notre institution. Sur tous les territoires, les Caf accompagnent au quotidien les familles et les populations les plus fragiles, quelles que soient leur situation et leur étape de vie ».

Frédéric Romain, nouveau président du CA de la CNAF.



► Effondrement démographique

Repéré chez notre confrère du Figaro un article important sur la vive dégradation de la situation démographique au Japon. Quelques chiffres : 2 décès pour une naissance, âge médian de 50 ans, 55 ans d'âge moyen des ouvriers, 69 ans pour l'agriculteur, etc. Même l'ouverture (limitée) à l'immigration n'empêchera

l'effondrement à moyen et surtout long terme. Et pourtant 25% du budget de l'Etat est consacré à la santé et à la prise en charge de la perte d'autonomie... ■

► HDH

Fin du Health Data Hub (HDH) modèle Microsoft. Le cloud santé sera bientôt hébergé par un opérateur français ou européen. L'Etat met fin à l'association franco-américaine (une décision prise à l'Élysée dit-on). Les élus de la CNAM réclamaient ce changement. ■



LES CHIFFRES

54 %

des Français favorables au principe de l'Allocation sociale unique (ASU), mais 64 % estiment qu'il y a trop d'assistanat dans le pays (Odoxa-Challenges).

50 %

des collégiens en 6^{ème} incapables de courir plus de 5 minutes à la vitesse de 9 km / heure ! Un défi sur les capacités cardio-vasculaires des jeunes.

260 Ms €

de montant d'épargne salariale acquis par 87 000 agents du régime général de Sécurité sociale

50 €

de hausse moyenne de la prime d'activité au 1^{er} avril pour 3 millions de ménages.

99 %

des Français couverts par le Système national des données de santé (SNDS), 1,2 milliard de feuilles de soins, 11 millions de séjours hospitaliers et 500 millions d'actes médicaux sont traités chaque année.

16 %

des décès en France dus à une maladie infectieuse seraient liés à l'obésité selon le journal The Lancet.

63,7 ans

âge moyen liquidation pension à fin 2024 selon la CNAV

860 Ms €

de surcoût d'indemnisation de 45 000 travailleurs frontaliers inscrits à l'Unedic pour cause de forts écarts salariaux France-Suisse.

ÉVÉNEMENT

Contrats responsables : l'heure du grand toilettage?



Créé en 2004, le contrat responsable aurait, semble-t-il, bien besoin d'un « coup de jeune ». Experts, acteurs et parlementaires appellent à la refonte de cet outil, dont le périmètre a connu de multiples évolutions. Alors que ce sujet est évoqué dans la lettre de mission ministérielle sur l'AMO et l'AMC et mobilise au Parlement, retour sur la genèse de ce contrat, ses limites et les pistes de réformes de son périmètre.

Coûteux, fourre-tout, illisible, contraignant, inadapté. Un peu plus de 20 ans après sa création, le contrat responsable accumule les critiques. À force de nouveaux contenus, cet outil, conçu pour responsabiliser les patients, a peu à peu dévié de sa cible originelle. Pire, son effet inflationniste pèse sur les cotisations. Or, ce type d'offre représente la quasi-totalité du marché (96,5 % selon la Drees). Dès septembre 2024, les trois Familles d'Ocam (Mutualité Française, France assureurs et CTIP, désormais FIPS) ont plaidé pour une refonte du dispositif. Le sujet a trouvé un écho au Parlement, d'abord auprès de la mission sénatoriale sur les tarifs, dont le rapport a été rendu à l'automne 2024, puis dans les travaux en cours de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale sur l'articulation entre AMO et AMC. Les contrats responsables et leur fiscalité figurent également au menu de la très vaste mission ministérielle récemment lancée sur ce même sujet. Lors de sa création, en 2004 (soit deux ans après le contrat solidaire, c'est-à-dire sans sélection médicale), le spectre du contrat responsable apparaissait beaucoup plus réduit qu'aujourd'hui.

Moyennant incitation fiscale, il a été conçu pour pousser au respect du parcours de soins coordonnés en ne prenant pas en charge la majoration de ticket modérateur ou des dépassements d'honoraires en dehors de ce dernier. « *Peu à peu le contrat solidaire et responsable s'est élargi et a incorporé de nouveaux objectifs, sans cohérence d'ensemble* », observait la mission sénatoriale sur l'augmentation des tarifs dans son rapport de septembre 2024. Après les patients, cet outil a été mis à contribution pour responsabiliser les complémentaires (avec depuis 2012 l'obligation de communication aux adhérents des montants et de la composition des frais de gestion) et, plus indirectement, les professionnels de santé.

Ticket modérateur et 100 % santé

Au fil des années, ce contrat s'est imposé comme l'instrument de prédilection du gouvernement pour agir sur les Ocam, faute de pouvoir intervenir directement sur leurs garanties. Il s'inscrit également dans un mouvement d'homogénéisation des offres, privant ces organismes de réelles marges de

Naissance et philosophie des contrats responsables

Il était une fois...

Nous sommes au début des années 2000. Jacques Chirac est à l'Élysée. Jean-Pierre Raffarin est Premier ministre. Les sujets Assurance Maladie et Retraite occupent le devant de la scène. Comme d'habitude, pourrait-on dire... Priorité est toutefois donnée aux retraites avec en point d'orgue la réforme Fillon qui sera adoptée en 2003. En parallèle, la Mutualité Française tient son congrès à Toulouse. Le mouvement mutualiste national est présidé par **Jean-Pierre Davant**, qui entend prendre sa part à une importante réforme de l'Assurance Maladie. Le congrès adopte alors vingt propositions majeures. Lesquelles préfigurent la grande réforme d'août 2004. Parmi celles-ci, la Mutualité défend l'idée d'un contrat responsable contraignant les opérateurs pour leurs pratiques tant sur les tarifs que sur la nature et l'ampleur des contrats. Pour la « Fédé », notamment pour les mutuelles de fonctionnaires, puissants acteurs, il s'agit de contenir



la montée de la concurrence tout autant que d'affirmer la cohérence interne des mutuelles. Notamment dans le secteur privé où se faisaient jour des velléités d'indépendance pour favoriser des stratégies de marché. Las, les dirigeants des mutuelles de fonctionnaires, avec en tête la MAI (Mutuelle des agents des impôts), initient le projet de contrats responsables. Avec une double contrainte sur le périmètre des actes et des produits de santé couverts ainsi que sur la limitation des dépassements tarifaires. Bercy donne son accord au motif de limiter l'avantage fiscal sur les contrats collectifs (plus de 4 Mds € par an). Pour la FNMFI, il s'agit d'arrimer les mutuelles en interne dans un dialogue solide et pérenne avec l'Assurance Maladie. Le « bébé » naît avec ses atouts et ses ambiguïtés. Depuis, le fameux article L. 871-2 du code de la Sécurité sociale devient la règle. Mais l'histoire bouscule les choses.

■ Pascal Beau

Vers un envol des contrats non responsables ?

Experts et acteurs sont formels : une partie de la population, notamment les seniors et les plus modestes, se tourne vers les contrats non responsables. Ces derniers, moins couvrants, restent en effet bien moins coûteux malgré leur taxation plus importante. Sur le marché, ces offres fleurissent, proposées principalement par des courtiers, mais également par des assureurs et certaines mutuelles. D'après une étude de l'Observatoire Addactis environ 25 % des couvertures d'entrée de gamme début 2024 étaient non responsables.

Mais pour l'heure, cette tendance ne se reflète pas (encore ?) sur la répartition du marché. Selon la Drees (voir tableau ci-dessous), les offres non responsables représentaient en 2024 seulement 3 % des cotisations (une part stable par rapport à 2023 et en repli d'un point depuis 2020). Une tendance qui pourrait toutefois évoluer faute de réforme...



Type de contrats	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Responsables et solidaires	94,8	95,3	95,1	95,4	95,5	95,7	96,0	96,4	96,5
dont classiques	91,5	92,4	92,3	92,5	92,5	92,8	93,1	93,6	93,7
dont agricoles	3,2	2,9	2,9	2,8	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8
Non responsables et solidaires	3,6	3,5	3,8	3,7	4,0	3,7	3,4	3,0	3,0
dont classiques	3,6	3,5	3,8	3,6	4,0	3,7	3,4	3,0	3,0
dont agricoles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Au 1er euro	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Relatifs au 1 de l'article 998 du CGI	1,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Parts des différents types de contrats de complémentaire santé

Source : Drees

... manœuvre. Depuis 2015, la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur est obligatoire, et le périmètre s'est encore élargi en intégrant le 100 % santé, sept ans plus tard. *« S'il existe toujours une possibilité de proposer les prestations différenciées dans le cadre du contrat solidaire et responsable, les réformes de 2015 et 2022 ont accru les difficultés rencontrées par les Ocam pour agir en ce sens. Cette dynamique a donc concentré la concurrence sur la qualité de service, et (...) sur la prise en charge de prestations non remboursées par la Sécurité sociale »,* ajoutait la mission sénatoriale dans son rapport. Certains frais de santé restent exclus : franchises médicales et participations, majorations de ticket modérateur et dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, ou en cas de refus de transport partagé. Résultat, ces contrats sont certes très couvrants (et pousseraient au consumérisme selon certains acteurs et experts), mais aussi très onéreux sans pour autant répondre à tous les besoins. *« Pour les seniors, le contrat responsable a trop de garanties, donc il est trop cher. Les seniors, en tout cas pour un certain nombre, veulent plutôt des garanties centrées sur l'hospitalisation. Ils demandent des contrats plus adaptés à leurs besoins »,* a observé Florence Lustman, présidente de France Assureurs devant la Mecss de l'Assemblée, au printemps dernier. Dès lors, une partie de la population, en particulier les retraités et les moins favorisés, pourrait se tourner vers des contrats non responsables (voir encadré page précédente). *« Nous avons mené un travail important de redéfinition du plancher du contrat solidaire et responsable parce que nous constatons une démultiplication de contrats non responsables qui étaient devenus plus accessibles économique- ment. Réforme après réforme, PLFSS après PLFSS, on a rajouté*



Éric Chenut
(Mutualité Française)



Florence Lustman
(France Assureurs)



Jacques Creysse
(FIPS)

des demandes de prises en charge dans le contrat solidaire et responsable, ce qui fait qu'on a renchéri le coût de ce contrat », a rapporté Éric Chenut, président de la Mutualité Française, devant les députés, en juillet dernier. Les contrats non responsables sont bien plus fortement taxés : 22,32 % vs 16,32 % pour les offres responsables, pour l'année en cours. Réagissant à l'intégration dans le PFSS de la contribution exceptionnelle pour 2026 (ayant relevé le taux de 2,05 %), Éric Chenut a pointé une taxe *« qui en 15 ans aura été multipliée plus que par dix en passant de 720 Ms € à 7,6 Mds €, soit une augmentation bien plus rapide que la dynamique des dépenses de santé ».*

« Contrat socle »

Chez les acteurs, la Mutualité Française et France Assureurs ont été les premiers à impulser une réflexion sur la révision du contrat responsable. *« Nous sommes favorables au fait d'ouvrir ce débat, nous avons beaucoup réfléchi au sein du conseil d'administration à un certain nombre de propositions qui ont été faites par France Assureurs et par la FNMF »,* indiquait pour sa part Jacques Creysse, président de la FIPS (alors CTIP) devant les députés en juillet dernier. Rappelant les spécificités des contrats collectifs, le représentant des institutions paritaires estimait alors qu'*« il est possible de renvoyer un certain nombre de discussions au dialogue social et de se dire que finalement le champ peut être un peu réduit et qu'une partie peut être optionnelle ».*

Les représentants des mutuelles et des assureurs ont détaillé leur proposition dans une contribution au rapport des trois Hauts conseils (HCAAM, HCFEA et HCFiPS) sur un *« redressement durable »* de la Sécurité sociale, rendu l'été dernier. ...

De son côté, la CNAM a déjà avancé quelques pistes

Le sujet du contrat responsable focalise l'attention de toutes les composantes du financement des dépenses de santé. L'Assurance Maladie s'est donc logiquement penchée sur cette question dans le cadre de la publication de sa dernière édition du rapport Charges et Produits. Car face à la dérive de ses déficits, pouvant potentiellement davantage s'amplifier dans les cinq années à venir, la branche Maladie émet l'idée d'une « refondation » du panier de soins remboursable.

Pour la CNAM, le cap affiché se veut clair. Il vise à *« déterminer les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires pour stabiliser la part financée par l'AMO à 80 % ».* Cette logique de stabilité pourrait se traduire par l'activation de plusieurs leviers :

► En premier lieu, la modification du panier de soins remboursables à partir de critères médicaux. Il est question ici de remettre de la *« cohérence et de la lisibilité »* dans un système de couverture de soins où *« les actes infirmiers et les analyses de biologie médicale sont*



pris en charge à 60 % par l'AMO et les soins prodigués par des médecins à 70 % ». Plus largement, la CNAM se pose la question de l'opportunité de *« graduer la prise en charge sur l'ensemble des soins en fonction de leur service médical ou, au contraire, d'aligner tous les remboursements sur un panier médicalement comparable ».*

► En parallèle se pose la question de la gestion des ALD. Une exception française avec 20 % de la population couverte par ce dispositif contre 12 % en Belgique et 4,8 % en Allemagne. Des pays voisins fonctionnant avec un mécanisme de « bouclier sanitaire » proche du nôtre. Or, ce contingent pèse pour près des deux tiers des remboursements de l'AMO. Un début, car à horizon 2035, avec potentiellement 26 % de personnes en ALD, la CNAM table sur un poids de 75 % des dépenses totales de remboursement. Une *« bombe à retardement »* qui aurait pour conséquence de concentrer la dépense de la

branche *« sur le “gros risque” au détriment du “petit risque” ».* Pour éviter, tant que possible, cette situation, deux pistes se dessinent : faire varier le niveau de ticket modérateur de façon à mieux équilibrer la prise en charge de ces coûts et, 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.

► Enfin, et découlant des points précédents, l'Assurance Maladie pousse pour un recentrage du périmètre des contrats responsables. Si elle préconise de revoir à la baisse la fréquence de renouvellement de certains dispositifs (optiques, audioprothèses...), elle va plus loin en émettant l'hypothèse de *« définir un contrat socle devant être proposé par l'ensemble des Ocam couvrant strictement (ni plus ni moins) les garanties du contrat responsable, afin que chaque assuré puisse avoir le choix d'un contrat “bon marché” ».*

Au total, si de tels scénarios venaient à se matérialiser, la CNAM estime qu'elle pourrait faire l'économie de 3 Mds € de dépenses annuelles en moins d'ici 2030. Une somme non négligeable, donc.

■ Alexandre Beau

“ Concentrer le contrat responsable sur les besoins réels des assurés ”

Xavier Iacovelli, sénateur des Hauts-de-Seine (Renaissance) et rapporteur de la mission d'information sur la hausse des tarifs intervenait dans notre podcast « Parlons-en », le 3 octobre 2024.

« Revoir le cadre du contrat responsable a été une vraie demande des complémentaires santé que nous avons auditionnées. L'idée est de concentrer le contrat responsable sur les besoins réels des assurés, et de sortir un certain nombre de médecines douces notamment, qui pourraient être souscrites dans un cadre optionnel avec une TSA à un taux normal, et non plus minoré, pour que chaque Français puisse choisir par rapport à ses besoins des options de bien-être ou de médecines douces qui aujourd'hui font partie du contrat responsable, dont ce n'est pas l'objectif. L'objectif du contrat responsable est avant tout de donner un cadre réglementaire pour les besoins réels et les besoins essentiels des assurés »



... Elle s'articule autour de la mise en place d'un « contrat socle ». *« La révision que nous portons est de revoir les obligations minimales de prise en charge. Donc de définir un contrat socle de ce contrat responsable qui soit inférieur à celui qui existe aujourd'hui, couvrant le ticket modérateur, le reste à charge à l'hôpital et la prise en charge intégrale du 100 % santé en optique, en audio et en dentaire »,* a détaillé Séverine Salgado, directrice générale de la Mutualité Française, fin 2025, lors d'un échange avec la presse. Cette refonte permettrait, selon elle, *« de laisser de l'espace supplémentaire à chacun, aussi bien aux organismes complémentaires qu'à leurs adhérents pour pouvoir choisir des garanties qui soient les plus pertinentes en fonction de leur aversion au risque ou de leur besoin de couverture ».*

Délais de renouvellement

Avec ce « contrat socle », il n'y avait plus d'obligation de remboursement sur les paniers libres et maîtrisés des trois postes du 100% santé. La Mutualité Française et France Assureurs préconisent également exclure les protections menstruelles réutilisables du champ du contrat responsable. Plus globalement, elles estiment que ce dispositif doit *« redonner du sens à la gestion du risque ».* Les deux fédérations proposent d'introduire des délais de carence, *« en priorité »* sur l'optique, l'audiologie et le dentaire. La possibilité d'entente préalable est également évoquée. Autres pistes, un allongement du délai de renouvellement des équipe-

ments en optique, qui passerait de deux à trois ans, et un renforcement des dispositions de régulation prix/volume sur les trois postes du 100 % santé. La publicité serait par ailleurs interdite en optique et en audiologie. En parallèle, les deux organisations plaident pour une suppression de l'obligation de tiers payant en cas de fraude d'un professionnel de santé et évoquent de nouveaux engagements *« au bénéfice du virage préventif du système de santé ».*

Au Sénat, la mission dédiée à la baisse des tarifs a, elle aussi, défendu un recentrage du contrat responsable sur les besoins réels de chaque assuré. Sa présidente, Marie-Claire Carrère-Gée (LR) a d'ailleurs porté un amendement reprenant la proposition de « contrat socle », lors du dernier PLFSS. Adopté au Sénat, il a toutefois été écarté à l'Assemblée. Une autre proposition de la mission sénatoriale consistait à rendre optionnelle la couverture des médecines douces en les sortant du contrat responsable.

Les trois Hauts conseils évoquent un levier assez proche dans leur propre rapport. *« Une exclusion du champ des contrats solidaires et responsables des activités de soins ne faisant pas l'objet d'une évaluation et d'un niveau de preuve suffisant mettrait fin à un subventionnement public de ces pratiques non conventionnelles et permettrait de réaliser des économies pour l'AMC »,* écrivent-ils. Une proposition qui pourrait bien faire l'unanimité lors de prochains débats.

■ Émilie Guédé

Tensions maximales

La proposition de loi visant à « garantir l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs » est actuellement en discussion publique en seconde lecture à l'Assemblée nationale. En attendant le vote final, attendu pour le 24 février, les travaux en commission des Affaires Sociales ont pour le moins chamboulé un texte qui avait pourtant fait l'unanimité en mai dernier.

Dans les prochains jours, le devenir de la PPL dédiée à l'accompagnement et aux soins palliatifs sera scellé par l'Assemblée nationale. Intégrée initialement dans une « grande » loi autour de la fin de vie, le gouvernement avait finalement tranché en faveur d'une séparation des deux sujets. Cette dissociation avait pour finalité de faire avancer la question des soins palliatifs. Un sujet plus consensuel qui pouvait davantage réunir les différents groupes parlementaires autour de la nécessité de renforcer les dispositifs existants. Le pari fut gagnant dans un premier temps, avec un vote à l'unanimité des députés en faveur de ce texte. Or, depuis, les sénateurs ont, le mois dernier, quelque peu redéfini les contours de ce dernier avant qu'il ne fasse son retour à la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée le 10 février. Date à laquelle, les choses se sont gâtées.

Exit l'article 10

Cinq heures de débats et d'échanges, souvent ponctués d'invectives, pour l'examen d'une PPL qui n'aura finalement duré que cinq heures. Et pourtant, celle-ci comprenait 20 articles auxquels sont venus se greffer plus de 200 amendements. Mais les divergences étaient trop fortes pour mener les travaux de façon sereine. Cela à commencer directement sur l'intitulé de la PPL. Une opposition s'est alors faite entre les tenants de maintenir le verbe « garantir » pour qualifier l'égal accès de tous à ceux demander à ce qu'il soit changé par « renforcer » comme cela fut proposé par la droite sénatoriale en commission. Derrière ce choix lexical, les différents groupes parlementaires voulaient d'entrée marquer l'ambition qui serait donnée au texte. Cette



première escarmouche en a appelé d'autres. Sur l'article 4, portant, la proposition LFI d'instaurer un droit opposable aux soins palliatifs a été rejetée. Un sort identique a été réservé aux deux articles suivants. Le premier jetait les bases d'une mise en place d'une loi de programmation financière pluriannuelle. Quant au second, il obligeait le Parlement à organiser un débat annuel sur l'évolution de l'offre en soins palliatifs. Le « sommet » fut toutefois atteint lors de l'examen de l'article 10 prévoyant la création de maisons d'accompagnement et de soins palliatifs. Ces structures médico-sociales avaient pour mission d'accueillir les patients dont la prise en charge ne nécessite pas d'hospitalisation, mais ne pouvant toutefois pas rester à leur domicile. Or, si, en première lecture, un consensus s'était opéré sur l'utilité du déploiement de ce type de structures, il fut ici le théâtre d'une vive confrontation gauche/droite autour de deux points.

Le premier sur une mesure soutenue par les députés LR et RN visant à ce que l'aide à mourir ne puisse pas être pratiquée dans ce type d'établissements. Le second, sur une proposition des groupes parlementaires de gauche, interdisant que ces maisons soient gérées par des opérateurs privés à but lucratif. L'opposition entre ces deux camps fut telle que les rapporteurs de cette PPL, Annie Vidal (EPR) et François Gernigon (Horizons), ont finalement décidé de supprimer l'article en question. Malgré tout, il sera probablement réintroduit en séance plénière.

Déception

Cette nouvelle séquence d'empoi-gnade parlementaire est loin d'avoir été bien accueillie par les diverses associations et fédérations des acteurs de terrain. Outre la question des moyens, le risque de voir le dispositif des maisons d'accompagnement et de soins palliatifs passer à la trappe inquiète, voire agace. Et ce d'autant plus, « *qu'il s'agit du seul élément réellement utile et nouveau du texte* », comme le précisait sur X, l'ancienne présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), la Dr Claire Fourcade. Un « manque à gagner » potentiel pour des patients dont seuls 48 % des besoins en soins palliatifs sont actuellement assurés par notre système sanitaire, selon un rapport de la Cour des comptes de 2023. Actuellement en discussion, une réelle incertitude plane quant à la version qui sera votée par l'Assemblée. Quoi qu'il en soit, la PPL repartira dans la foulée au Sénat avant d'effectuer un éventuel dernier tour de piste au Palais Bourbon.

■ Alexandre Beau

À l'occasion de la parution de son livre « *Pour une écologie du soin* », Marie-Anne Montchamp, ancienne ministre et directrice générale de l'Ocirp, nous présente une nouvelle approche de la question de la prise en charge des soins. Une perspective différente replaçant plus que jamais le patient au centre du système de santé.

“ Se tourner vers un objectif d'effectivité du soin ”

De quoi parle-t-on lorsque l'on aborde la notion « d'écologie du soin » ?

L'écologie du soin se veut avant tout être une vision qui se fonde sur le principe d'un écosystème soignant. Cela pré-suppose que face à la maladie, face au vieillissement, face au handicap, face à tout ce qui relève de la complexité d'une situation qui appelle à du soin, on peut identifier un écosystème vertueux dans lequel est impliquée la personne. L'idée est que celle-ci devienne un sujet à part entière en étant partie prenante, et même un contributeur, dans l'optique de maximiser l'effet du soin.

Il faut donc davantage centrer la prise en charge autour du patient ?

C'est plus large que cela. On oublie la question de la prise en charge et celle du système de soins pour entrer dans une approche contractuelle où la personne, et les professionnels du soin qui l'entourent, définissent un protocole commun donnant vie à une communauté, certes éphémère, tournée vers un objectif d'efficacité et d'effectivité du soin et du « prendre soin ». En faisant cela, on transforme le patient en un réel acteur de santé au sens tel qu'il est défini par l'OMS.

On s'inscrit donc en rupture avec cette « énorme machinerie » qu'est notre système de santé ?
Je dirais davantage qu'il faut le



challenge pour le faire sortir de cette conception quasi industrielle telle que nous la concevons depuis 70 ans à l'image de notre hôpital public. Il nous faut rentrer dans quelque chose de plus complet, de plus complémentaire et surtout, de plus efficient. Prenez le cas des sorties d'hospitalisation. Notre incapacité à repenser les choses, notamment sur l'accompagnement du patient où le service rendu est souvent indigent, engendre un coût de non-qualité absolument gigantesque dès que l'on doit faire face à une rechute ou à une chronicisation des pathologies. On s'approcherait donc d'une évolution du patient *empowerment* avec l'idée de le responsabiliser plus ? Cela va même plus loin, car l'objectif est de « transférer » la dimension d'organisation et de contractualisation du soin directement à l'usager. Évidemment, cela présuppose en amont de

d'avantage investir dans les sujets d'intermédiation et d'éducation à la santé et à la prévention. Car aujourd'hui, que constatons-nous ? Le système est tellement complexe que beaucoup de nos concitoyens se trouvent complètement démunis dès lors qu'ils doivent se faire soigner ou qu'ils accompagnent un proche. Or, nous devons être capables de leur apporter des réponses, ainsi que de leur fournir des outils, quand ils sont eux-mêmes impliqués dans un parcours de santé complexe et chronique.

La mise en application de ce concept permettrait-elle de davantage décloisonner les choses ?

Cela serait *de facto* le cas, car cette approche interroge profondément notre conception de la protection sociale ainsi que ses modes de financement. Il fait désormais consensus que notre système sanitaire est globalement configuré pour traiter des risques, certes parfois lourds, mais qui, finalement, ne sont guère complexes. En soi, on ne répond qu'à deux questions : comment apporte-t-on le bon traitement au patient ou comment l'opère-t-on quand cela est nécessaire. Mais dès lors qu'on reconnaît la prévalence des pathologies chroniques, on voit bien que le soin et la qualité de vie de la personne viennent s'interconnecter. C'est d'autant plus le cas lorsque le soin ne permet pas la guérison totale comme cela arrive parfois. Vous comprenez alors que ces réalités posent l'enjeu du financement long en vue de soutenir nos concitoyens dans leurs parcours de vie.

■ Propos recueillis par Alexandre Beau



UN MANIFESTE COLLECTIF AUTOUR DU « PRENDRE SOIN »

Face aux limites d'un modèle trop hiérarchisé et cloisonné, un collectif pluriel a lancé en 2025 un mouvement novateur : l'écologie du soin.

Le livre propose de penser le « prendre soin » comme un écosystème vivant, coopératif et inclusif, fondé sur la réciprocité entre personnes concernées, proches et professionnels. « *L'écologie du soin* » est disponible aux Éditions de l'Atelier ■

Reste à charge, bénéficiaires, non-recours : où en la C2S ?

Près de sept ans après l'entrée en vigueur de la Complémentaire santé solidaire (C2S), une récente étude de la Drees et le dernier rapport annuel apportent un éclairage sur cette couverture et sa montée en charge. Tour d'horizon.



La complémentaire santé solidaire (C2S) permet-elle vraiment un accès aux soins sans reste à charge ? La réponse est assurément oui pour la grande majorité des bénéficiaires. Neuf sur dix, assument au final moins de 30 € par an, et pour huit sur dix même moins de 1 €, selon une récente étude de la Drees. En revanche, 10 % d'entre eux doivent s'acquitter de sommes importantes, qui atteignent 250 € en moyenne, mais avec d'importants écarts. Les dispositifs médicaux en représentent plus de la moitié, soit 145 € (77 € pour l'optique, 23 € pour les prothèses dentaires, 16 € pour les appareils auditifs et 29 € pour les autres dispositifs). Pour les lunettes, prothèses dentaires et auditives, ces montants correspondent à des achats dans le panier à tarifs libres ou modérés du 100 % santé. En moyenne, les bénéficiaires de la C2S recourent toutefois davantage aux offres sans reste à charge que l'ensemble de la population. L'orthodontie concentre

également 66 € de ces « surcoûts », le forfait de remboursement pour les libertés tarifaires sur ce poste et en orthopédie dento-faciale ne couvrant pas toujours l'ensemble des soins. Ces restes à charges, qualifiés de « *non négligeables* » par le service statistique des ministères sociaux, pèsent d'abord sur les bénéficiaires plus âgés. Ainsi, 19 % de ceux concernés ont 60 ans ou plus, contre 12 % de l'ensemble des personnes couvertes par ce dispositif. « *Leurs dépenses de santé sont plus importantes dans les biens pour lesquels la liberté tarifaire pèse le plus sur les restes à charge : l'optique et les prothèses auditives, notamment* », relève la Drees. Ils apparaissent aussi plus fréquemment en ALD (24 % contre 16 % de l'ensemble des bénéficiaires) et davantage protégés par la C2S « payante » (23 % contre 14 %).

7,9 millions de personnes protégées

Pour rappel, cette couverture est proposée gratuitement aux foyers dont les ressources sont inférieures à 862 € par mois pour une personne seule, et moyennant une cotisation (30 € par mois maximum, en fonction de l'âge) lorsque les ressources mensuelles n'excèdent pas 1 163 € (soit sous le seuil de pauvreté, à 1 288 €). À la fin du premier trimestre 2025, le dispositif couvrait 7,9 millions de bénéficiaires, dont 6,1 millions pour le volet « gratuit » et 1,8 million avec une participation financière. Les caisses d'assurance maladie obligatoires (Assurance maladie, MSA et régimes spéciaux) assument la quasi-totalité de la gestion, rassemblant 91 % des personnes couvertes (dont 95 % au titre de la C2S gratuite et 78 % de la C2S participative). Les

Ocam, quant à elles, protègent seulement 9 % des effectifs (respectivement 5 % et 22 %). Les mutuelles sont très largement majoritaires (96 %), seule une petite partie de sociétés d'assurance participant au dispositif (4 %). Depuis son lancement du dispositif, en 2019, le repli du nombre d'Ocam est constant. Au total, 67 de ces organismes sont désormais gestionnaires, contre 121 il y a cinq ans. Les dépenses engagées par ces derniers sont également en baisse : 19 Ms € en 2024, après 57 Ms € en 2023. Pour les régimes obligatoires, elles atteignent 3,81 Mds € (dont 3,7 Mds pour la CNAM).

La majorité des bénéficiaires sont des femmes, elles représentent 53 % des personnes couvertes par la C2S « gratuite » et 57 % par la C2S avec participation. Les moins de 20 ans (42 %) et les jeunes adultes (29 % pour les 20-40 ans) se concentrent dans le versant sans participation. À l'inverse, les 60 ans et plus apparaissent très minoritaires pour cette partie du dispositif (7 %), mais représentent 37 % des effectifs de la C2S avec contribution, les minima sociaux liés à la retraite se situant entre les deux plafonds. La question du non-recours demeure centrale. Selon la dernière estimation, en 2021, 56 % des personnes éligibles faisaient valoir leurs droits à la C2S, dont respectivement 56 % pour le volet « gratuit » et 34 % celui avec participation. Ces taux devraient toutefois repartir à la hausse sous l'effet de récentes mesures, comme la présomption de droits pour les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ou l'expérimentation « Territoires zéro non-recours ».

■ **Émilie Guédé**

Un cru 2026 chargé en négociations

En ce début d'année, l'UCANSS, l'employeur de la Sécurité sociale, et les organisations syndicales ont défini un calendrier prévisionnel de négociations, s'étalant jusqu'à 2028, pour les agents de direction. Le spectre couvert s'annonce des plus larges avec pas moins de dix thématiques à aborder pour le seul exercice 2026. Revue d'inventaire.



Si le rythme de travail de l'UCANSS a connu des exercices 2024 et 2025 des plus riches, avec en point d'orgue l'accord portant il y a 15 mois de cela sur la classification, le système de rémunération et le déroulement de carrière au sein des organismes du régime général en 2024, les trois prochains ne devraient pas ralentir la cadence. D'ores et déjà 19 thématiques sont inscrites à l'agenda social les réunissant avec les organisations syndicales représentatives des agents de direction de Sécurité sociale. En attendant, l'émergence de potentiels nouveaux sujets à traiter au cours de cette période 2026-2028.

Cinquante-sept réunions paritaires nationales couvriront l'ensemble de ces thématiques. Parmi celles-ci, et plus spécifiquement sur l'année en cours, plusieurs focalisent déjà l'attention de syndicats. Ainsi, outre les épineux dossiers de la négociation salariale obligatoire (NAO) et de l'intéressement dans un contexte de gel de la valeur du point, celui de la RSE occupe une place centrale. Trois accords (égalité des chances et promotion de la diversité, égalité professionnelle femmes-hommes et, l'accompagnement des salariés en fin

de carrière) seront ainsi renégociés cette année. Les organisations syndicales attendent de l'UCANSS que des moyens financiers soient débloqués pour soutenir les ambitions affichées. En ce sens, le SNFOCOS réclamant déjà une plus grande coordination entre les négociations menées sur la RSE avec celles portant sur la QVCT. Autre dossier sensible, celui du transfert de l'activité de contrôle médical aux Cpm. Si le « gros » du chantier a eu lieu à l'automne dernier, les syndicats poussent, CFE-CGC en tête, pour la réalisation d'un audit de l'impact de ce transfert sur les activités RH et SI au sein de la branche Maladie avec, à la sortie, une possible ouverture de négociations sur la question des moyens déployés à cet effet.

Demain, un sujet IA

En outre, si l'annonce de travaux autour de la classification est déjà inscrite à l'agenda 2027, les organisations syndicales poussent pour que des travaux préparatoires soient entamés d'ici la fin 2026 sur la base d'un premier bilan de l'application de l'accord de 2024. L'UCANSS entend débattre de ce point lors de la commission de suivi prévu dans le cadre de l'application de ce texte au cours de cette année. Enfin, un sujet pourrait venir bousculer le calendrier des négociations dans les prochaines semaines : celui de l'IA. Fort de l'impact croissante que celle-ci aura sur l'environnement de travail, et sur l'évolution des métiers, au sein des organismes de Sécurité sociale, les syndicats poussent pour qu'un chantier à part y soit dédié. Avec l'espoir de voir un accord spécifique être mis en place.

■ **Alexandre Beau**



LES RENDEZ-VOUS ATTENDUS JUSQU'À 2028

En 2026 :

- **Négociation salariale annuelle obligatoire (NAO) 2027.**
- **Intéressement :** accord pluriannuel
- **RSE :** renégociations des protocoles d'accord.
- **Complémentaire santé :** mise en concurrence dans le cadre d'un marché public.
- **Soutien aux salariés proches aidants :** révision des protocoles d'accord.
- **Astreintes dans les Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie (UGEAM) :** révision du protocole.
- **Travail à distance :** révision de l'accord.
- **Transformation de l'activité de contrôle médical :** révision des conventions Assurance Maladie.
- **Formation professionnelle :** transposition ANI.
- **Santé au travail :** révision du protocole d'accord.

En 2027 :

- **NAO 2028**
- **Intéressement :** mise à jour des annexes si accord en 2026.
- **Paramètres du système différentiels :** révision clause triennale.
- **Classification des employés et cadres et du personnel de direction :** examen opportunité révision du protocole de novembre 2024.
- **Primes de fonction :** examen biennal de la liste des emplois.

En 2028 :

- **NAO 2029**
- **Intéressement :** mise à jour des annexes si accord en 2026.
- **Évolution des réseaux :** révision des garanties conventionnelles.

FINANCEMENT

«Il faut agir vite» pour le HCFiPS

Une « plongée » dans les détails du récent rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale relate une situation particulièrement critique. Et faute d'une forte volonté politique en 2027 pour adopter des mesures courageuses de redressement, le système social subira une tempête sans précédent. Explications.

La lecture du dernier rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) apporte une analyse des plus éclairée sur le réel état de nos comptes sociaux. À commencer par le déficit officiel de la LFSS 2026, qui ne prend pas en compte les facteurs négatifs sur la famille (congé de naissance) et la retraite (baisse de la CTA dédiée à la Cnieg). Sans oublier le déficit potentiel d'exploitation des hôpitaux, passé de 500 Ms € en 2014 à près de 3 Mds € en 2024, qu'il faudra bien apurer d'une façon ou d'une autre. En matière d'incertitudes économiques, on pourrait même ajouter que le binôme croissance escomptée et niveau bas de l'inflation peut situer en deçà des prévisions initiales la dynamique des recettes. Le tout sur un fond de chômage à la hausse.

Bref, beaucoup de perplexités à venir dans un contexte général structurel très inquiétant pour les finances de la protection sociale du pays. Deux graphiques (*ci-contre*) confirment le pessimisme ambiant. Le premier porte sur les soldes des branches des régimes. Le second met en évidence les répétitions de reprise des déficits récurrent qui accroissent la dette sociale.

Il est donc à noter une absence totale de retour à l'équilibre des comptes d'ici 2029. À « politique constante » sur le plan financier. Sans mesures nouvelles tant sur les recettes que par une amplification des économies. Hormis la CNAF, toutes les branches sont et demeureront déficitaires...

Concernant de la dette, pas moins de sept « reprises », à début 2026, puisqu'il faut ajouter la petite reprise de 15 Mds € de déficits par la CADES, sous forme de transfert de trésorerie de l'Acosse vers la caisse d'amortissement, inscrite dans la LFSS 2026. Un énième coup de main permis par une anticipation d'une année de l'extinction de la dette validée en 2020. Laquelle normalement, devait prendre fin en 2033 ; en réalité obtenue en 2032 grâce à la « bonne » gestion de l'Agence France Trésor (gestionnaire de



la dette sociale). En gros, on gagne un an de recette CRDS que le Parlement impute sur un surcroît de dettes amorties. Tout cela est certes fort compliqué à comprendre, certes, mais terriblement concret pour les quelque 45 millions de contributeurs à la « Sécu ».

250 Mds € de dette en 2033?

À ce jour, quelle est la situation de la dette sociale ? Sur les 396 Mds € cumulés de dette sociale reprise au fil des ans, la dette sociale restait encore 121 Mds € à amortir d'ici 2032 à date du 31 décembre dernier. L'ajout des 15 Mds € accroît le total à amortir encore. Étant entendu, que les compteurs de la dette arrêtés fin 2020 ne prennent pas en compte les déficits postérieurs à cette date faut de base légale. L'Acosse prenant le relais, provisoirement à des hauteurs inédites cependant (83 Mds € pour 2026) pour des emprunts à très courts termes.

Que dit alors le Haut conseil ? « En reprenant les hypothèses de la LFSS 2026 et en les prolongeant de manière conventionnelle les années suivantes, les déficits prévisionnels ne peuvent qu'amplifier le montant de la dette à venir. Le désendettement de la Cades n'est pas suffi-

sant pour compenser l'augmentation de la dette "courante" qui survient chaque année.

Tout cela donnerait un niveau de dette de 250 Mds € en 2033 » !

Les déficits deviennent perpétuels. De plus, ils croissent. Et, ils dépassent la capacité d'apurement actuelle de la dette (en gros 16 Mds € par an) alors que le déficit courant projeté avoisine 20-23 Mds €.

Que faire alors ?

Au-delà des travaux du HCFiPS, dont on rappellera les pistes d'action, la situation financière des régimes de Sécurité sociale du pays devient plus que préoccupante. Quels types de mesures possibles ?

■ La lutte contre les fraudes et les mésusages du binôme cotisations-prestations est évidemment prioritaire. Ces manquements sont évalués à près de 14 Mds €. Le potentiel de résultats est là. Mais force est de constater qu'il y a « loin de la coupe aux lèvres ».

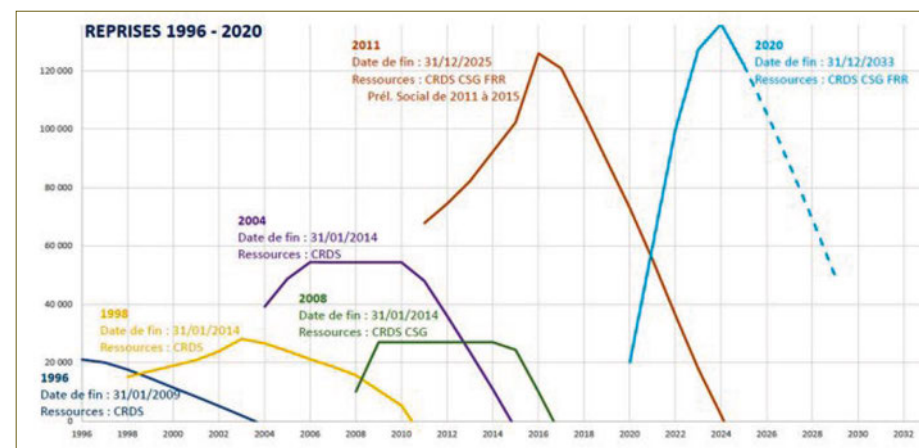
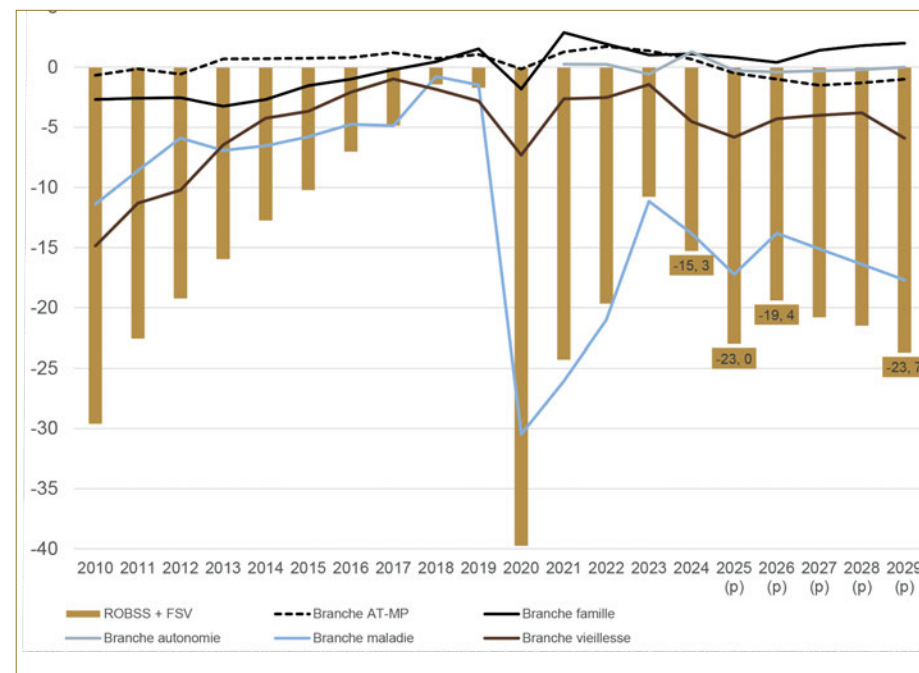
■ Des économies sont évidemment aussi possibles. Sur les branches Maladie et Vieillesse. La Famille a déjà « donné » si l'on peut dire... Mais, la CNAM agit déjà (suffisamment ?) et le Parlement est actuellement totalement rétif à toute réforme du périmètre des remboursements. Selon les travaux de la HAS, au moins 20 % de la dépense médicale remboursée est inutile. Une affaire de longue haleine, mais incontournable. Quant à une relance de la réforme des retraites...

■ Des hausses de recettes sont possibles encore. Les plans Segur n'ont pas été financés. Ce qui explique en partie l'actuelle crise des comptes de la CNAM. Un manque à gagner de l'ordre de 12 à 13 Mds € ! *Quid* alors, d'une hausse de la CSG ou de la parafiscalité ayant un lien étroit avec la finalité des missions de la Sécurité sociale ? Le basculement définitif de la nature de la CSG en produit fiscal dédié à l'Assurance Maladie ? Les scénarios ne manquent pas.

■ Enfin, la piste d'un 8^{ème} rebond de reprise de dette est mise sur la table. « On n'y échap-

Les déficits des régimes obligatoires de base (en Md€)

Source : LFSS, présentation HCFiPS.



pera pas », dit le rapport. Son ampleur est à la fois considérable et naturellement illimitée. Normalement, la CRDS doit s'éteindre en 2033. Mais nous sommes en France ! Deux écueils à surmonter néanmoins : un nouveau transfert requiert une recette garantie à due concurrence (article 4 bis de l'ordonnance de 1996) et une *deadline* de durée. De son côté, la CADES est pour le moins réticente à la matérialisation d'une telle hypothèse. Il en va de sa crédibilité sur les marchés financiers. Or, étant donné que notre déficit devient *de facto* perpétuel...

Exigence de cohérence sur les recettes et dépenses

C'est un plaidoyer particulièrement utile, et vigoureux, auquel se livre le rapport du HCFiPS. Il porte avant tout sur l'exigence

de cohérence.

D'abord, sur le rapport entre la nature des recettes et les dépenses de la Sécurité sociale. Rappelant, au passage, que la CSG doit être exclusivement adressée à la Sécurité sociale.

En parallèle, se pose l'exigence de garantir l'intégrité de l'assiette de prélèvement. En clair, il faut cesser le « mitage » des bases de prélèvement en multipliant les cas d'exonérations de cotisations ou de charges sociales ou encore d'exemptions d'assiette. Les seuls compléments de salaires font perdre plus de 10 Mds € par an (ex-primes Macron, heures supplémentaires, chèques sociaux, etc.). Existence ainsi des inégalités de traitement entre les actifs. Principalement sur les salariés (TPE, PME, grandes entreprises). La Cour des comptes, dans un rapport de 2023, avait pointé ces situations bâties au gré des

EXASPÉRATION ?



Une colère « rentrée » de Dominique Libault, conseiller d'État et directeur général de l'EN3S. Tenu à un devoir de retenue, le président du HCFiPS masque difficilement son exaspération face à une situation prévisible caractéristique d'une irresponsabilité générale du pays, des élus et des acteurs en général. Le fond des constats ne trompe pas. La France n'est pas sérieuse s'agissant des finances de sa protection sociale. Les mots fouettent : « *au Parlement, ce fut l'affrontement entre les tenants du tout recettes et ceux du tout dépenses. Rendant toute solution sérieuse impossible... avoir un déficit sur les dépenses de redistribution est aberrant... il faut revenir à un pilotage normal de la Sécurité sociale* ». Colère rentrée donc et scepticisme sur les perspectives à court et moyen termes.

Amortissement de la dette depuis 1996

Source : CADES

influences et des circonstances politiques. Enfin, il est nécessaire de revenir à une réelle équité socio-fiscale entre cotisants : cas des taux de CSG et nature des revenus de remplacement donnant lieu à des écarts de sujétion sans fondements.

Autre domaine questionné, le manque de respect des relations entre l'État (fautif) et la Sécurité sociale (victime). La loi Veil de 1994 n'est pas toujours respectée s'agissant du principe de compensation d'exonérations de cotisations. Il manque près de 3 Mds € dans la trésorerie annuelle de l'Acosse. De même, la prise en charge des coûts de l'Aide médicale d'État (AME) par le budget fait parfois défaut, ouvrant une crise possible au travers d'une nouvelle dette.

■ Pascal Beau

AGIR
POUR LES AGENTS
PUBLICS,
C'EST **AGIR**
POUR LE SERVICE
PUBLIC



MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

**UNE DÉMARCHE
MUTUELLES**



Mgéfi
groupe mutmut

masf
groupe masf



UNES



**Mutuelle
de l'insee**



mut



**Mutuelle
des Douanes**



MCDEF



maee



**KLESIA
Mut'**