

MAJORATION DES AF

Un décalage contesté?

SOLIDARITÉ À LA SOURCE

La démarche « prend »

PERTINENCE DES SOINS

SOBRIÉTÉ, NON-OBSERVANCE...

... UN CUMUL DE CONTRADICTIONS

RETRAITES
UN DÉFI DÉMOGRAPHIQUE À NE PAS NÉGLIGER



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

Pascal Beau



Agir, ensemble



La mauvaise situation financière de l'Assurance Maladie allemande, avec 15 Mds € de déficit en 2025, pouvant atteindre les 30 Mds € d'ici 5 ans, si le gouvernement Merz n'agit pas, ne doit pas nous soulager. Au motif que notre partenaire procrastine ses défis comme nous le faisons depuis 40 ans avec notre déficit perpétuel. 30 ans si l'on s'en tient à la seule création de la Cades, cette

fuite en avant sordide faisant croire que nous résolvons sérieusement nos problèmes en renvoyant leur coût sur nos enfants.

De son côté, l'Allemagne, par suite des multiples expertises en cours, annonce d'ici l'automne un plan vigoureux de retour à l'équilibre. De plus, elle ajoute à sa liste de courses une nouvelle réforme des retraites. Certes, cela ne sera pas une promenade politique au moment d'élections régionales importantes. Mais ils vont agir. Vraiment agir ! Et ne leur suggérons pas de créer une caisse remplie de dette sociale, cela les ferait frémir...

Autre exemple de volonté politique, comme quoi un futur intelligent est possible, le plan danois sur la prévention en matière d'obésité. Et ce, c'est à souligner, dans une réelle démarche publique/privée intégrant son champion pharmaceutique Novo Nordisk. Il faut y voir une reconnaissance des pouvoirs publics que les équipes de terrain peuvent travailler ensemble pour amorcer des solutions concrètes, pérennes à ce fléau. Lesquelles débordent largement l'impact d'une simple molécule.

ESE avait déjà un échantillon de la pertinence de cette approche lors d'un voyage d'études organisé en Catalogne en 2003 autour de la perte d'autonomie. Stupéfaction des experts français de voir une véritable animation de terrain, construite autour d'un collectif se coordonnant ensemble et allant des soins de suite et aigus hospitaliers au médecin traitant en passant par le délégué mutualiste local, au demeurant animateur de la réunion. Ce n'était pas parfait, mais on était clairement sur une autre planète que nos cathédrales administratives et batailles corporatives sur le qui fait quoi. Une façon de procéder à méditer à l'heure où le rapport des Français aux soins semble plus schizophrénique que jamais. Ensemble, vous dit-on. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT

Les Français et les traitements médicaux : un rapport des plus complexes !

7 • « Nous faisons appel à l'esprit de responsabilité de tous » Entretien avec le professeur **Jacques Bringer**.

8 • Pathologies chroniques : une adhésion thérapeutique qui pose question.

10 - SÉQUENCES

10 • Santé

Infirmiers : la recherche mobilisée pour prendre soin des soignants.

11 • Sécu

Solidarité à la source : des débuts plus que solides ?

12 • Famille

Un coup de rabot pour financer le congé supplémentaire de naissance.

13 • Numérique

Santé numérique : quelles avancées attendues en 2026 ?

14 • Analyse

Retraites : la forte dépendance à la démographie.

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

Retraites, encore et toujours

Décidément, le dossier des retraites occupe toujours l'actualité. Quelques informations à retenir :

■ Gilbert Cette, président du COR, dans un article paru dans *La revue Commentaires* (printemps 2026), plaide pour une réforme du système de retraite avec une fixation d'un âge d'équilibre et de référence à 65 ans pour tous les régimes, mais avec le maintien des règles liées aux départs anticipés. L'économiste conçoit néanmoins une possibilité pour l'actif de pouvoir liquider ses droits retraite dès 62 ans, assortie cependant d'une forte décote dans la durée, auquel est adjoint un droit à une surcote de pension au-delà des 65 ans. Le projet se double d'un passage aux 44 années de cotisation pour une pension complète.

■ Nouvelle réunion du COR le 26 mars portant sur les analyses d'impact de réforme d'équilibre des comptes émanant de la direction du Trésor, l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) et l'Institut des politiques macroéconomiques et internationales (I-MIP). Plusieurs leviers sont étudiés : limiter la progression des pensions, augmenter les cotisations des employeurs ou des salariés, et enfin reculer de l'âge de départ. Seule cette dernière mesure pourrait engendrer « *un effet expansionniste* », les autres étant à l'inverse « *de nature récessive* », observe le COR, qui réitère ainsi le constat formulé dans son dernier rapport annuel. Le recul d'un an de l'âge de départ générerait entre 210 000 et 240 000 emplois supplémentaires et entraînerait une augmentation du PIB entre 0,7 et 0,9 point.

■ Quant aux travaux de la conférence TER (travail, emploi, retraites) largement passés « sous les radars » de l'actualité, la question de l'utilité de l'initiative du gouvernement perdure clairement.

■ Deux chiffres pour conclure : ceux de la retraite progressive dans les fonctions publiques en 2024 : 9 200 cas dans la territoriale et hospitalière (1,3 % du total) et 7 000 départs ans la FPE (État) soit 1,7 % ■



> Déficit quand tu nous tiens!

Embellie finalement sur les



comptes 2025 des régimes de Sécurité sociale ? 21,6 Mds € de déficit au total selon la DSS (ministère de la Santé et des Comptes sociaux), dont 15,9 pour la CNAM, 7,2 pour la CNAV, 0,2 pour les AT-MP. Seules la CNAF avec 1,2 Md €, la CNSA avec 0,1 Md € sans oublier le FSV avec 0,4 Md € d'excédent.

Ces chiffres sont en légère amélioration eu égard aux prévisions dit la parole officielle, qui tablait plutôt sur un déficit de 23 Mds €. ■

> Blocages!

La réforme de la prise en charge à 100 % des fauteuils roulants patine franchement. Quelques chiffres illustrent une situation compliquée : 60 % des demandes préalables auprès des Cnam sont rejetées, et 40 % des 40 % acceptées sont en retard de paiement. S'ajoutent à ces premiers obstacles, en filigrane, les rejets de participation financière des Ocam pour 65 % des factures pour non-conformité. Bref, la réforme patine sérieusement. ■



À NOTER



L'épargne salariale connaît une embellie avec 230 Mds € d'encours (PEE, PERCO et PERE) en 2025 (71 en 2008) nourris par 442 000 entreprises (plus de 50 salariés) au profit de 13,2 millions d'actifs. (Source : AFG)

Les hôpitaux réclament (pas nouveau en soi) 11 Mds € de financement entre 2026 et 2029 (soit quatre exercices) pour faire principalement face aux hausses de dépenses de personnel, du renflouement de la CNRACL.

En espérant aussi que l'inflation ne repointe pas le bout de son nez.

L'officine en force!

91 % des produits en vente libre (médicaments, parapharmacies, beauté et hygiène, nutrition, tests médicaux) sont vendus par des pharmacies d'officine. Cela représente pas moins de 17 Mds € de chiffre d'affaires. Pas mal!

D'ici 2030, dix médicaments « mondiaux » (des blockbusters) perdront leurs brevets. Une perte potentielle de 15 à 20 % de chiffre d'affaires pour l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale.

ILS ONT DIT



« Le 100 % santé n'est pas un système à reproduire. Car le coût croissant du dispositif et ses limites comme modèle générique de réforme ont des limites objectives (...) l'extension indiscriminée de paniers de soins à reste à charge (RAC) nul risque de rigidifier la dépense sans garantir la meilleure allocation de moyens en termes de priorité de santé publique ».

Gaël Amghar, ancien directeur de l'Acos, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (Hcaam).

« Après la réunion du collège de déontologie, la conférence des présidents (*NDLR de chambres de la Cour des comptes*) a défini des règles très concrètes des rapports pour lesquels je présiderai les délibérés et les rapports pour lesquels je ne les présiderai pas... et il a bien été confirmé que je ne le ferai ni pour les textes financiers de 2025 ni pour ceux de 2026 ».

Amélie de Montchalin, ancienne ministre des Comptes publics et désormais nouvelle première présidente de la Cour des comptes.

Autrement dit, la présidente de la Cour va devoir « se déporter » souvent...



« La protection sociale complémentaire n'est pas un marché comme les autres. Ce n'est pas une posture. C'est une architecture politique, juridique et éthique qui a mis des décennies à se construire (...) le modèle paritaire repose sur un principe que l'économie de marché ne peut produire seule : la mutualisation du risque entre personnes qui ne se connaissent pas (...) la non-lucrativité n'est pas une contrainte de gestion. C'est une boussole stratégique (...) la gouvernance paritaire est une forme de démocratie économique qui mérite d'être défendue ».

Bruno Gasparini, secrétaire général du SNFOCOS.

> Ambassadeur!



Un joli coup de com' ! L'assureur Alan, lié au groupe CNP Assurances et à La Poste, réussit à attraper dans ses filets Kylian Mbappé, le footballeur le plus connu en France et ailleurs, comme nouvel actionnaire et ambassadeur de prévention au service des actions du groupe sur la santé mentale, la nutrition et l'activité physique. ■

> Les « H » dans le viseur

Énième contribution de la Cour des comptes sur les hôpitaux publics. Au nombre de 2 380, porteurs de 44 spécialités (8 en 1949), un record, les établissements ne sont toujours pas en dynamique d'harmonisation et de concentration de certaines de leurs activités les plus pointues. Ce qui entraîne des disparités et des inégalités d'accès aux soins. Les magistrats réitèrent leurs recommandations pour une stratégie nationale d'évolution de l'offre hospitalière et de gradation des soins. ■



LES CHIFFRES

2 412

médicaments voient leur prix baisser en 2026 (787 en 2024).

3 460,5 Mds €

de montant de la dette générale fin 2025 (5,1 % de déficit public sur l'année).

1 525

structures labellisées « réseau France santé », dont 900 MSP (maison de santé pluriprofessionnelle) à fin 2025.

38 %

des cancers subis dans le monde sont « évitables », selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

1 000

médecins en « secteur 3 » (non-conventionnés) protestent contre le déremboursement de leurs prescriptions.

1 695

saisines du médiateur du CTIP (désormais Fédération des institutions paritaires de protection sociale, FIPS) en 2024.

40 %

des lits de soins critiques de l'AP-HP couverts par le dossier patient informatisé (DPI).

26 GHT

(groupements hospitaliers de territoire) seulement sur 135 ont mis en place des directions communes...

Les Français et les traitements médicaux : un rapport des plus complexes!



Ah, les Français et la santé. « Tout un programme! », serait-on tenté de dire dans cette fenêtre électorale. Et pourtant, l'équation n'est pas aussi simple qu'elle semble l'être tant les signaux captés sont pour le moins contradictoires. Car si d'un côté, les Français continuent d'exprimer une forte demande en soins, y compris quand cela n'est pas médicalement nécessaire, ils seraient une majorité à ne pas respecter les traitements prescrits dans le cadre de la prise en charge de leur pathologie chronique. Décryptage d'une réalité qui peut paraître des plus paradoxales, mais à laquelle notre système sanitaire doit faire face.

Sobriété et civisme : un véritable défi sanitaire

On ne compte plus le nombre de rapports portant sur les questions de pertinence des soins et la dépense médicale. À défaut de trouver, et surtout de pratiquer, des solutions efficaces, on peut puiser néanmoins des idées dans les écrits rédigés par les acteurs issus des corps médicaux et administratifs, et parfois même, des parlementaires. Récemment, ce fut au tour de l'Académie de médecine de « s'y coller » en optant pour un angle un peu différent des autres.

Le 9 décembre dernier, l'Académie de médecine a adopté à la quasi-unanimité un rapport issu de son comité d'éthique portant le thème « la sobriété dans le soin, principe civique de solidarité ». Un texte qui appelle à un sursaut citoyen et éthique sur la relation des Français à la santé, tant du point de vue des professionnels que des patients consommateurs. Les constats du rapport forment une synthèse des défauts du système, pointés à l'envie. Le soin devient parfois un mode de consommation courante. Le principe de sobriété, l'inverse de la privation, privilégie

la pertinence et la qualité du soin, et non pas la quantité. La surmédicalisation résulte de la propension à prescrire pour rassurer. L'extra-médicalisation induit une prescription de simple confort, d'aspirations sociales et de compensation de vécu social. La fascination pour l'innovation, la promotion pharmaceutique et biotechnologique, la financiarisation des soins... autant de facteurs qui stimulent la consommation médicale. Les conséquences de ces déviations sont multiples : risque iatrogène, inéquité des soins, impacts négatifs sur l'environnement, insou-



tenabilité économique du système, suradministration, etc. Des constats réitérés dans toutes les analyses et peu traités sur le fond des enjeux et défis à surmonter. À commencer par l'effet vieillissement.

■ Pascal Beau

Entretien avec le **professeur Jacques Bringer, endocrinologue**, doyen honoraire de la faculté de Montpellier et co-auteur du rapport sur « *La sobriété dans le soin, principe civique de solidarité* ».

“ Nous faisons appel à l'esprit de responsabilité de tous ”

Le rapport que vous avez co-rédigé se focalise sur les notions de sobriété et de civisme dans la solidarité. Au vu du contexte actuel dans le domaine de la santé, n'est-ce pas faire preuve de naïveté que d'énoncer une telle ambition ?

La question, en effet, peut être perçue comme incongrue alors que des patients ne parviennent pas à accéder aux soins ou bénéficier de médicaments en raison de rupture de stock. Mais, il n'est pas inconvenant de constater, comme l'ont montré nos auditions, que finalement la nature du système de santé est devenue trop souvent un mode de consommation courante dont on peut abuser. De cette situation découlent des excès, des déviations, des mésusages qui font courir en premier lieu le risque iatrogène. Existe une forte demande de répondre à tout par la médecine. D'où un risque de dénaturation du système de solidarité où l'esprit de responsabilité s'atrophie. Face à ces dérives, il faut réagir.

L'éthique est-elle utile pour remédier à ces dérives ?

Elle l'est pour réfléchir à quelles priorités pour un juste soin aux personnes qui en ont le plus besoin. Mais la médecine n'est pas la réponse à tout. En médecine, existe toujours une incertitude sur les soins qui doivent être à leur juste place. Nos constats sont là : des moyens sont dédiés à des soins peu utiles qui ne vont pas en priorité où ils seraient indispensables. Ce qui est source d'inégalité et d'injustice. De plus, cette surconsommation entraîne paradoxalement parfois des besoins de soins pour réparer les conséquences de situations iatrogéniques ainsi créées. Par exemple, le cas de la dermatologie est inquiétant. Le dépistage du mélanome mal assuré sur le territoire au profit d'activités esthétiques de confort. Et je pourrais citer beaucoup d'autres situations. Par ailleurs, l'écoresponsabilité de la médecine et des soins doit être un moteur de la sobriété de nos pratiques. Les jeunes générations sont très sensibles à juste titre sur cette dimension.

Qui est responsable de ces manquements ?

Chacun des acteurs et bénéficiaires des soins peut être responsable. La culture des pays nordiques fondée sur une vraie éducation à la santé transmet qu'il ne peut y avoir d'autonomie d'un citoyen sans responsabilité. Je rappelle que l'autonomie du patient est inscrite dans la loi française. Sommes-nous puérils de penser que l'éducation suffira pour



résoudre les problèmes ? Non, mais prôner une culture de responsabilité et donc de sobriété est un impératif civique sans lequel il n'y aura pas de solution à long terme. Il faut ajouter que tout le monde n'est pas dans la même situation de vulnérabilité. L'objectif étant que la solidarité et les soins concernent les plus vulnérables, ceux qui en ont le plus besoin.

Mais dans la configuration de notre système sanitaire, qui aurait intérêt à la sobriété ?

La complaisance des professionnels de santé à la prescription n'est pas une solution. Il faut savoir dire non ! En France, 80 % des consultations médicales s'achèvent avec une prescription, contre 40 % aux Pays-Bas. Quel fondement à cette différence ? Être un bon médecin, parfois, c'est de ne pas faire même si, ne pas prescrire est plus difficile que suivre la pente de la facilité. Le soin sous forme de prescriptions systématiques n'est pas la panacée. Notre culture n'aide pas à contenir cela. Sans compter le rôle néfaste de certains réseaux sociaux où la science est combattue et l'information dénaturée. Nos armoires à pharmacie sont souvent pleines. Les Français ignorent les coûts de santé, le coût de leur traitement. On ne peut pas se déclarer autonome, partenaire en ignorant les réalités socio-économiques du système.

Peut-on concevoir un système de soins sans contraintes ? Reposant uniquement sur la bonne volonté déclarée des acteurs ?

Non cela n'est pas possible. Il faut un équilibre. Et agir sur tous les leviers. D'un côté, la responsabilisation des professionnels et les consommateurs. Dans les facultés de médecine, cette dimension est totalement négligée. J'ai été doyen de faculté suffisamment longtemps pour le savoir.

© Cocktail Santé (x2)

... Il faut aussi des incitations par la tarification et la détari-
fication sélective pour les actes essentiels et pertinents, et
inversement, baisser la tarification des actes secondaires.
La CNAM fait des efforts là-dessus. Il faut aller plus loin et
plus fort. Tout cela est affaire de long terme. Tout le monde
est concerné. Y compris l'administration trop remplie de
strates. Le binôme contraintes-incitations doit jouer.

L'histoire de la santé confère au médecin une responsabilité essentielle. Imaginez-vous un contrat de sobriété en soin ?

Il y a un espoir. Les nouvelles générations de jeunes méde-
cins aspirent à modifier la façon d'exercer dans un envi-
ronnement pluriprofessionnel avec une hybridation des
métiers, une délégation de tâches propice à la prévention, à
l'information et à l'éducation des patients. Ils sont sensibles
à la question de la pertinence et à celle d'un exercice sobre
avec autant le souci de l'iatrogénie que de la préservation de
l'environnement. Il faut du temps. Ce débat doit être lancé
au plus vite...

■ Pascal Beau

Tout le monde doit prendre sa part

Au travers de ce rapport, l'Académie appelle
à un sursaut collectif de toutes les compo-
santes de l'écosystème sanitaire :

■ À destination des citoyens et usagers :

promouvoir un civisme de comportement dès le plus jeune
âge par le biais des enseignements scolaires et de campagnes
d'informations mieux ciblées

■ À destination des professionnels de santé : une formation
centrée sur la sobriété par la pertinence des actes, sur des
solutions de bonnes pratiques, sur l'imprégnation d'une culture
moins orientée sur le réflexe de prescriptions, sur la dimension
pédagogique que doit endosser le médecin

■ À destination des institutions : la prise en compte de l'envi-
ronnement et du climat, la responsabilisation, la simplification
administrative, le recours à l'IA, l'information des patients sur le
coût réel des soins, la carte Vitale biométrique.

■ À destination des industries de santé : la révision des prix des
innovations onéreuses afin de garantir la soutenabilité du sys-
tème, les solutions sur la valeur thérapeutique des nouveaux
médicaments.

■ PB



Pathologies chroniques : une adhésion thérapeutique qui pose question

Le sujet de la prise en charge des pathologies chroniques s'inscrit au cœur des enjeux actuels et futurs de notre
paysage sanitaire. Or, plusieurs études pointent que l'observance médicamenteuse des patients concernés serait
fluctuante. Des approches comportementales qui, sur la durée, ont de réels impacts sanitaires et économiques.



Tout le monde connaît la recette du cock-
tail explosif nous attendant dans les pro-
chaines décennies en ce qui concerne les
dépenses de santé : un zeste de vieillisse-
ment de la population du pays couplé à
une bonne dose de montée en régime du
nombre de patients chroniques. D'ailleurs,
selon des projections présentées par l'Assu-
rance Maladie en juin dernier, 43 % de la
population pourraient d'ailleurs en souffrir
en 2035 si les tendances récentes se pro-
longent. Une donnée qui interpelle autant
qu'elle inquiète.

Or, dès lors que l'on aborde les enjeux de
pertinence des prises en charge de ces
populations, les thèmes du respect et de
l'observance des traitements prescrits
reviennent inévitablement sur le devant
des préoccupations. Et ce, d'autant plus
que plusieurs études pointent une forme de
dérive dans la concordance entre le com-
portement d'un patient et les recomman-
dations médicales qui lui ont été faites.

9 Mds € et 12 000 décès par an

Sur la dernière décennie, l'entreprise IMS
Health publie une étude en partenariat
avec le Cercle de réflexion de l'industrie
pharmaceutique (CRIP) se focalisant de la
non-observance thérapeutique en France.
La dernière édition, réalisée en 2022, à éva-
luer l'observance en vie réelle de six patho-
logies chroniques sur douze mois auprès
des données de 170 000 patients suivis par
6 400 pharmacies de ville. Un échantillon
plutôt solide, donc.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé
(OMS), un patient est considéré comme
observant si son MPR (le ratio moyen dis-
pensation/prescription) est supérieur ou
égal à 80 %. En somme, un patient chro-
nique qui respecte son traitement plus de
24 jours par mois. Or, cette étude issue des
pratiques de terrain, pointe que le suivi
des traitements de ces pathologies se veut
particulièrement irrégulier, avec un taux

...

... moyen de patients observants d'environ
40 % (contre 50 % au niveau mondial selon
l'OMS), et particulièrement hétérogène :

- Hypertension artérielle : 40 %
- Ostéoporose : 52 %
- Diabète de type 2 : 37 %
- Insuffisance cardiaque : 36 %
- Asthme : 13 %
- Hypercholestérolémie : 44 %

Des disparités qui illustrent la complexité et
les différences entre les prises en charge de
ces pathologies. En cela, cette étude rappelle
que, contrairement à ce qui pourrait être
imaginé, les patients souffrant de polypa-
thologies et/ou polymédiqués sont plus
observants que les autres de six à dix points.
Ce qui laisse toutefois de réelles marges de
progression.

Au global, les projections faites estimerait
que le coût global de cette non-observance
se situerait aux alentours des 9 Mds €
par an. Avec le tendanciel inflationniste
de l'Ondam, notamment sur son volet
médicament, ferait qu'à date, la barre des
10 Mds € serait aisément passée. Le péri-
mètre retenu pour réaliser cette estima-
tion couvre les dépenses supplémentaires
générées par des hospitalisations évitables
dues à la mauvaise prise des traitements
(iatrogénie), les examens médicaux répé-
tés, ainsi que les consultations supplémen-
taires chez les professionnels de santé.

Sur le plan sanitaire, la non-observance
serait responsable d'environ 12 000 décès
et de 100 000 hospitalisations évitables par
an en France : 3 400 décès et 10 000 hospi-
talisations en ce qui concerne la seule
BPCO ; 3 100 décès et 30 000 hospita-
lisations pour le diabète ; 1 200 décès et
12 000 hospitalisations pour l'insuffisance
cardiaque... Bref, le tribut est lourd et pèse
fortement sur un système sanitaire lui-même
en quête d'efficience.

Décrochage chez les jeunes

En parallèle, un sondage réalisé en janvier
dernier par l'institut OpinionWay s'est pen-
ché sur les motivations derrière le non-suivi
strict de traitements chroniques. Les résul-
tats ici présentés confortent partiellement
l'étude précédemment citée quand 42 %
des personnes interrogées indiquent avoir
interrompu au moins une fois leur traite-
ment médical au cours des 12 derniers mois.
Ce qui peut paraître comme un léger mieux
reste malgré tout à nuancer dès lors que l'on
se penche sur les résultats par tranche d'âge :
81 % pour les moins de 35 ans et 57 % pour

les 35-49 ans ! Le respect des protocoles thé-
rapeutiques se révèle donc problématique
chez les patients de moins de 50 ans. En cela,
une autre donnée interpelle : celle portant
sur la raison de cet oubli. Si majoritairement
le « simple oubli » est remonté par les sondés
non-observants (64 %), l'argument du « ce
n'est pas grave » arrive en troisième position
avec 19 %. Pis, toujours sur le segment des
moins de 35 ans, il atteint les 36 %.

Un autre enseignement à tirer de ce sondage
porte sur l'attitude face au traitement médi-
camenteux parmi les patients en suivant
un depuis plus de six mois. Si la question de
la fatigue générée arrive en tête avec 51 %
de personnes, elle est talonnée à 42 % par le
sentiment de « doute quant à l'utilité réelle du
traitement suivi, même si le médecin indique
qu'il est indispensable » (70 % chez les moins
de 35 ans et 51 % pour les 35-49 ans) et celui
que si « le traitement était plus simple, on



l'oublierait moins » (mêmes pourcentages).
De son côté, l'OMS évoque également
d'autres facteurs expliquant ce manque
d'adhésion thérapeutique. À commencer
par le statut socio-économique du patient,
la représentation ethnique ou culturelle de
la maladie, ou encore, l'impact que peut
générer la nature du traitement en matière
de santé mentale. Et ce, sans compter les
contradictions entre priorités personnelles
et traitement. De même, ne peuvent être
minimisés les facteurs liés au système de
soins, comme les relations entre patient et
soignant, l'accessibilité et la pertinence de
l'offre de soins et, enfin, la prise en charge
financière des traitements. Même si, sur ce
dernier point, le patient français fait partie
des mieux lotis à l'échelle internationale
avec un reste à charge des plus faibles.

L'innovation à la rescousse ?

Derrière cette multitude de chiffres se cache
une part d'inconnu avec la difficile distinction
entre la non-observance intentionnelle et
l'inobservance non intentionnelle. Toutefois,
la non-adhésion thérapeutique reflète à la
fois les échecs de la pédagogie médicale et
l'insuffisance de l'éducation thérapeutique
des patients. Le besoin d'informations et d'ac-
compagnement étant d'ailleurs très largement
mis en avant par les personnes en situation de
décrochage.

Certes, certaines mesures pratico-pratiques
demeurent pertinentes, à l'image de la recom-
mandation d'usage au quotidien de l'incon-
tournable pilulier pour les personnes les
plus fragiles. Mais, au global, l'offre de soins
peine à trouver des solutions systémiques à
même de juguler le phénomène de non-ob-
servance. Le caractère profondément com-
portementaliste de celui-ci expliquant cette
limite. L'Assurance Maladie, avec sa plate-
forme Sophia, travaille sur cette approche
en proposant un accompagnement à envi-
ron 800 000 personnes dans leur parcours
de soins. Une initiative à relever, mais qui
reste encore isolée alors que la France
dénombre actuellement plus de 15 millions
de malades chroniques.

Toutefois, l'horizon pourrait s'éclaircir à
terme au travers de plusieurs innovations.
À commencer par la généralisation pro-
gressive du télé suivi au travers des disposi-
tifs médicaux connectés et des applications
d'aide au suivi de traitement accessibles
depuis un smartphone ou une montre
intelligente. Sur le plan médicamenteux, la
prochaine décennie devrait être marquée
par l'arrivée de traitements thérapeutiques
de rupture qui permettront, par exemple,
de remplacer les traitements au quotidien
par la prise d'un comprimé mensuel. Du
côté des professionnels de santé, de multiples
exemples en Europe ont démontré l'efficacité
d'un déploiement massif de modules d'édu-
cation thérapeutique du patient (ETP). Si en
Belgique, ils sont intégrés dès les premières
années d'études de médecine, en Allemagne,
ils font partie des modules obligatoires de for-
mation continue et sont également accessibles
aux patients volontaires. Les Pays-Bas mixant
quant à eux ces deux approches. *A contrario*, le
sujet n'a toujours pas décollé en France, et ce,
bien qu'il soit régulièrement mis en avant par
l'ensemble de la chaîne des acteurs du soin.
Les nombreux ministres de la Santé s'étant
succédés ces dernières années, en tête.

■ Alexandre Beau

INFIRMIERS

La recherche mobilisée pour prendre soin des soignants

À l'occasion du Salon Infirmier, qui se tenait les 25 et 26 mars derniers à Paris, la Fondation MNH présentait plusieurs projets de recherche, lauréats de l'Appel à Manifestation d'Intérêt commun, lancé avec la DREES, portant sur la santé de ces professionnels.

Seules 4,4 % des recherches conduites sur la santé des soignants concernent les infirmiers. Pourtant, avec près de 600 000 inscrits à l'Ordre, ils sont les plus représentés parmi les professionnels de santé. « *La recherche nous permet de mettre le doigt sur beaucoup de problématiques* », a souligné Alexis Bataille, infirmier de formation et co-auteur (avec Philippe Denormandie, délégué général de la Fondation MNH, et la Docteure Marine Crest-Guilluy) du rapport national sur la santé des professionnels de santé rendu en 2023. Outre les questions relatives à la santé des femmes, à l'accès aux soins, au dépistage, « *il y a également un sujet d'économie de la santé* », a-t-il ajouté. Par exemple, des travaux soutenus par la Fondation ont permis de pointer le coût du « *présentisme* », notamment pour les infirmières, soit le fait de continuer à venir travailler tout en n'étant pas en bonne santé. Ce phénomène se répercute en effet sur l'activité de l'équipe et la qualité, mais aussi des arrêts de travail au final plus longs, car intervenant plus tardivement.

Libéral vs hôpital

Au bout de cinq ans d'exercice, 9 % des infirmières quittent l'hôpital pour le secteur libéral. Et après dix ans, cette proportion grimpe à 12 %. Le projet Trails (pour « *trajectoires des infirmières entre le libéral et le Salarial, Santé mentale et addiction* ») se penche sur la bascule entre ces deux statuts et ses effets. « *Nous analysons l'impact des trajectoires professionnelles du salariat à l'hôpital vers le travail indépendant en libéral et les suites que cela peut avoir sur*



la santé des infirmiers », a expliqué Estelle Augé docteure en sciences économiques et chercheuse à l'Irdes. Les conditions de travail plus rudes en établissement impactent les personnels de santé et en particulier leur santé mentale, avec des troubles d'anxiété généralisés et des épisodes dépressifs majeurs. Les infirmières en soins généraux (avec les aides-soignantes) apparaissent comme les plus percutées par les « *effets délétères* » de l'intensité du travail. Toutefois, ils peuvent être compensés par « *certaines ressources professionnelles, telles que l'autonomie pour mener à bien son activité, le soutien social et la récompense, qu'elle soit économique ou symbolique* », a poursuivi la chercheuse. En quittant l'hôpital, les infirmières ont une

santé plus souvent dégradée, comme le montre la consommation plus importante de soins hospitaliers, notamment avec nuitée, et d'indemnités journalières. Or, au regard de ces indicateurs, elles apparaissent en meilleure santé après avoir basculé en exercice libéral.

Comparer et prévenir

De son côté, le projet Soignances s'appuie sur la cohorte Constances, qui permet d'identifier en son sein les professionnels de santé. Son objet est d'étudier la santé de ces derniers et d'établir les possibles liens avec les expositions auxquelles ils sont confrontés dans leur activité. « *Nous avons pu montrer que le fait de travailler de nuit, c'est-à-dire de passer plus de 50 nuits hors de son domicile par an, avait un impact sur la santé, la santé mentale, les addictions* », a indiqué Laurent Poiroux, chercheur et maître de conférences en sciences infirmières à l'Université d'Angers. La matrice emplois-expositions JEM Soignances permet d'évaluer les risques pour les différentes catégories de professionnels de santé et leur impact sur leur état de santé. Par exemple, une infirmière à l'hôpital est principalement exposée à des risques biomécaniques (81,6 %), liés à la posture ou au port de charges lourdes, biologiques (70,2 %) et organisationnels (62,8 %), compte tenu des horaires atypiques et de l'amplitude horaire. Cet outil apparaît précieux pour comparer, mais surtout améliorer les conditions de travail et de santé, et mieux prévenir les aléas inhérents aux métiers.

Émilie Guédé

SOLIDARITÉ À LA SOURCE

Des débuts plus que solides?

Fin mars, la branche Famille fêtait le premier anniversaire de la généralisation du dispositif de solidarité à la source. Les premiers retours laissent entrevoir de réels progrès en ce qui concerne les objectifs de simplification de démarches et de lutte contre le non-recours aux droits visés par cette réforme.

Le mois de mars 2025 aura été marqué par une mini-révolution dans le champ des prestations sociales : la généralisation du dispositif de solidarité à la source.

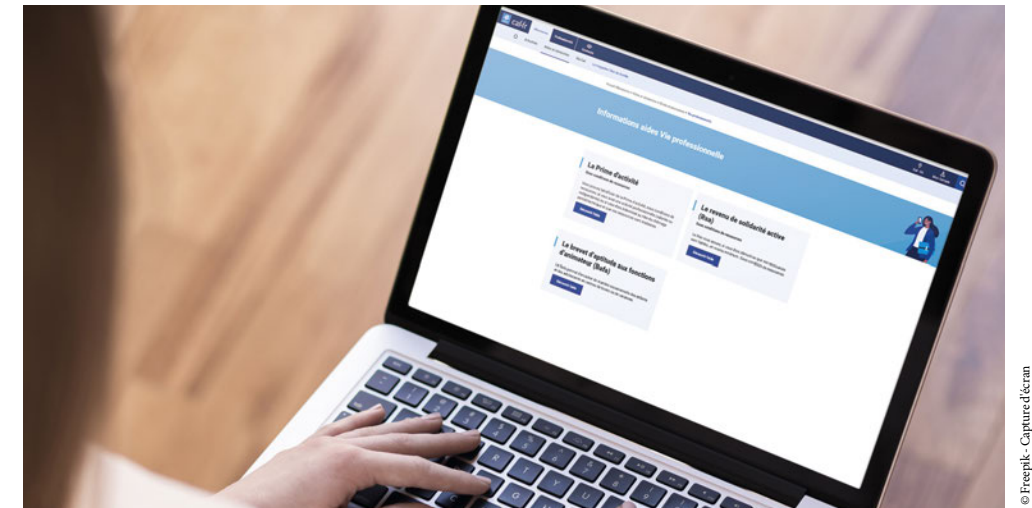
Ce mécanisme automatise le pré-remplissage des déclarations trimestrielles de ressources des allocataires de la prime d'activité et du RSA, en s'appuyant sur la montée en charge du Dispositif de Ressources Mensuelles (DRM), piloté par la CNAV. Ce dernier est lui-même alimenté par les déclarations des employeurs et des organismes de protection sociale (Assurance Maladie, Urssaf, France Travail...).

Plus qu'une simple mise à jour technique, cette réforme constitue un changement de paradigme pour les Caf qui, au travers de cette généralisation, pousse un cran plus loin le curseur de l'accès aux droits. Désormais, l'usager endosse un rôle nouveau : celui de « *vérificateur* » de sa déclaration de revenus en vue de bénéficier de prestations auxquelles il a droit.

Actuellement, ce sont près de 6,4 millions de personnes qui bénéficient de ce nouveau mécanisme. Et, selon une enquête réalisée par la CNAF, 84 % d'entre eux en sont globalement très satisfaits.

Satisfecit général

Parmi les différents points forts mis en avant par les usagers, on notera que ceux de la rapidité (89 %) et de la simplification (84 %) du processus de déclaration sont particulièrement soulignés. En cela, la montée en charge continue du chantier de fiabilisation des données transmises aura su accompagner les premiers mois de cette phase de généralisation. Selon les données de la branche, si 5,4 % des déclarations préremplies avaient fait l'objet d'un signalement en mars 2025, ce chiffre est retombé à 4 % en janvier dernier. Parmi les raisons remontées :



© Freepik - Capture d'écran

les erreurs ou retards imputables aux employeurs ou encore, celles relevant des allocataires dues à une mauvaise compréhension de la démarche de déclaration. Des évolutions techniques, allant de pair avec le déploiement de programmes d'accompagnement, sont attendues dans les prochains mois en vue de réduire davantage encore ce taux de 4 %.

Un autre objectif est poursuivi à travers le déploiement de ce dispositif : la lutte contre le non-recours. Une campagne d'information ciblée a été menée ces derniers mois auprès des bénéficiaires d'APL. Sur le contingent de 100 000 personnes sollicitées dans le cadre de cette opération, près d'un quart d'entre elles ont engagé des démarches pour pouvoir bénéficier de la prime d'activité et 10,5 % la perçoivent dorénavant. Ce type de démarches d'« *aller vers* » sont appelées à être démultipliées au sein des Caf.

Réforme socle

Ces premiers résultats confortent tout autant la CNAF que l'Exécutif dans la préparation de futures évolutions du dispositif dans les prochains mois. À commencer par l'extension du

préremplissage aux demandes de RSA et de prime d'activité pour des personnes allocataires d'une prestation ainsi qu'aux bénéficiaires de pensions alimentaires. En outre, en lien avec les Urssaf, un chantier devrait s'ouvrir en ce qui concerne la simplification des déclarations pour les travailleurs indépendants.

À plus long terme, le gouvernement compte s'appuyer sur la solidarité à la source, en tant que « *première pierre* » de sa stratégie de la lutte contre la pauvreté, pour y greffer sa réforme de l'allocation sociale unifiée (ASU) issue de la fusion du RSA, des APL et de la prime d'activité. Le projet de loi, qui sera présenté en Conseil des ministres au cours de ce mois, prévoit une montée en charge en plusieurs étapes d'ici 2030. Ce chantier intégrera également la création d'un revenu social de référence qui servira de socle aux futures politiques sociales. Les pouvoirs publics entendent donc rapidement capitaliser sur le lancement réussi auprès des opérateurs, mais aussi, et surtout, des usagers.

Alexandre Beau

SÉQUENCE FAMILLE

ALLOCATIONS FAMILIALES

Un coup de rabot pour financer le congé supplémentaire de naissance

Depuis le mois dernier, la majoration des allocations familiales est décalée de 14 à 18 ans. Les économies engendrées doivent notamment permettre de financer le nouveau congé supplémentaire de naissance.



Le gouvernement a porté cette disposition dans le cadre du PLFSS pour 2026, évoquant une étude de la Drees pour justifier ce coup de rabot. Dans ces travaux, datés de 2023, le service statistique des ministères sociaux estime ainsi : « *S'il faut choisir un seuil, celui de 18 ans paraît aujourd'hui également pertinent (...) d'autant plus qu'il correspond à la majorité et à l'entrée éventuelle dans l'enseignement supérieur* ».

1,3 Md € d'économies

La mesure fait pourtant grincer des dents, en particulier chez les associations du secteur. L'Union nationale des associations familiales (Unaf) évalue la perte engendrée à « 900 € par an et par enfant ». L'organisation vient d'annoncer un recours contre le décret du 27 février 2026, concrétisant le report, devant le Conseil d'État. « *Cette mesure ne va pas seulement réduire le nombre d'années pour bénéficier de la majoration (de 18 ans à 20 ans), mais son mode de calcul va exclure en totalité un nombre important de bénéficiaires* », dénonce-t-elle. Compte tenu des âges d'écart moyen au sein des fratries (3 ans entre le premier enfant et le second, et 4 ans entre le deuxième et le troisième), « *les cas dans lesquels les familles pourront en bénéficier deviendront résiduels* », ajoute l'organisation. Dans son avis sur le dernier PLFSS, le Conseil de la famille (membre du Haut Conseil de la famille et de l'âge, HCFEA) s'est également opposé à ce décalage « *qui réduirait de plusieurs milliers d'euros par an, les revenus des familles les plus affectées* ». Il a également déploré une perte concentrée « *sur les familles*

nombreuses, à revenu modeste ou moyen ». Estimées à près de 1,3 Md €, les économies attendues sont loin d'être négligeables. Or, les détracteurs du report de la majoration, notamment certains parlementaires, ont rappelé que la branche Famille était dans le vert en 2025 (avec un solde de 1,2 Md €).

« Mesure très attendue »

Cette mesure « *a été proposée pour permettre, dans le cadre de notre politique liée aux familles, la mise en place du congé de naissance supplémentaire, mesure très attendue* », a rappelé la ministre de la Santé et des Familles, Stéphanie Rist, le 22 janvier dernier devant les députés. Le décalage de la majoration doit dégager 210 Ms € dès cette année, qui seront affectés au financement de ce nouveau congé parental. En rythme de croisière, le coût de ce dernier devrait atteindre 600 Ms € par an.

S'appliquant pour les enfants nés depuis le début 2026, ce nouveau dispositif entrera en vigueur à partir du 1^{er} juillet prochain, après la publication des décrets d'application. Dans un contexte de baisse de la natalité, il s'ajoute aux congés déjà existants (maternité, paternité, accueil de l'enfant ou adoption) chacun des parents pourra passer un ou deux mois supplémentaires auprès de son bébé. Le congé, accessible à tous les actifs, sera indemnisé à hauteur de 70 % du salaire net le premier mois, puis 60 % le deuxième. Il doit permettre une meilleure conciliation entre les vies professionnelle et familiale et favoriser le partage des tâches parentales dès l'arrivée d'un nourrisson.

■ **Émilie Guédé**

SÉQUENCE NUMÉRIQUE

SANTÉ NUMÉRIQUE

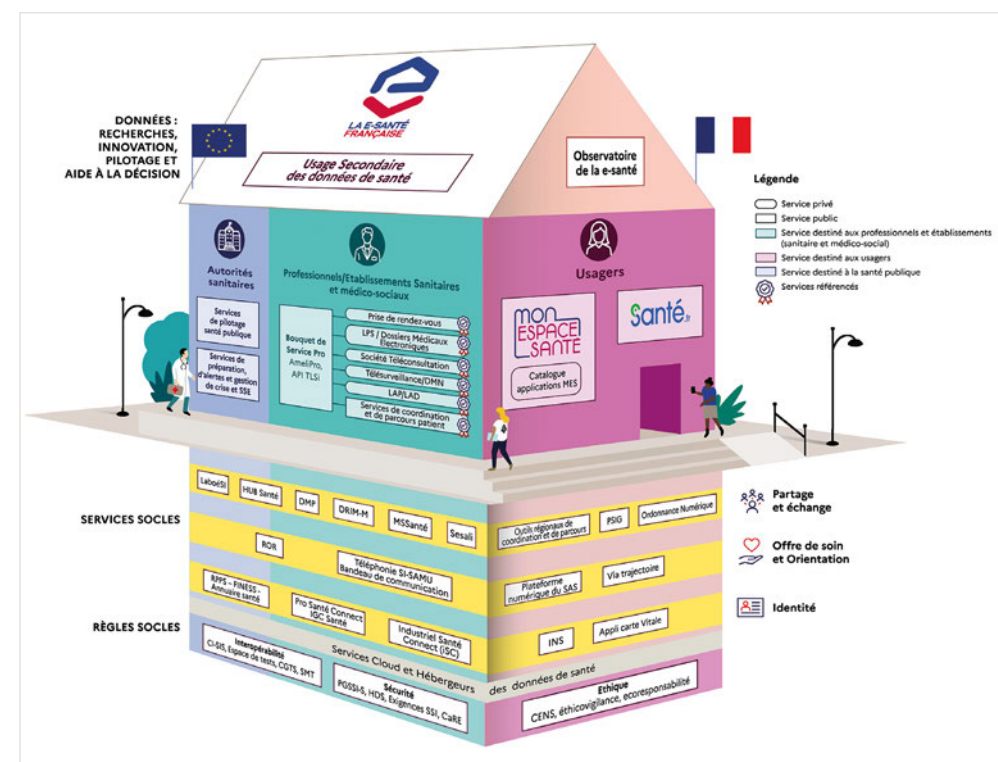
Quelles avancées attendues en 2026?

Comme chaque année, la doctrine du numérique en santé a été mise à jour en ce début d'exercice 2026. Si son contenu s'inscrit globalement dans la continuité de ce qui a été mis en place depuis plusieurs années, quelques évolutions structurantes sont tout de même attendues sur le volet des services. Revue d'inventaire.

La doctrine du numérique en santé est le fruit d'une vision stratégique partagée entre la délégation au numérique en santé (DNS), l'Agence du Numérique en Santé (ANS), l'Assurance Maladie et le GIE SESAM-Vitale. Plus qu'une idéologie, ce document se présente avant tout comme « le cadre de référence national » de développement des services en ligne. Son double particularisme étant d'ailleurs qu'elle est à la fois redéfinie chaque année et qu'elle concerne, tant dans sa conception que dans son déploiement, l'entière de l'écosystème sanitaire et sociale (établissements de santé, structures médico-sociales, professionnels de santé, entreprises du numérique en santé et institutions publiques). La maison de la e-santé définit dès 2019 en est l'illustration (cf. ci-contre).

Europe, sécurité et éthique

Cette dimension d'écosystème s'avère centrale pour une version 2026 marquée par la diversité des chantiers. Le premier d'entre eux dépasse le cadre national avec l'intégration de tous les aspects d'interopérabilité et de sécurité induits par la mise en place opérationnelle progressive de l'Espace Européen de Données de Santé (EEDS). Ce gigantesque chantier s'échelonne par étape jusqu'en 2035. En première phase, des travaux de concertation sont menés avec les acteurs depuis l'an dernier. Ils visent à préparer les adaptations législatives et réglementaires nécessaires à l'application du règlement EEDS en France. Toujours en lien avec l'UE, la doctrine 2026 met l'accent sur la mise en application des directives NIS2 et REC portant sur le renforcement des coopérations des États membres en ce qui concerne les cybermenaces pesant sur les systèmes d'information critiques. En parallèle, l'intégration croissante de l'IA dans l'écosystème numérique de santé pousse au développement d'une approche éthique en ce qui concerne ses usages. Dès ce début d'année, plusieurs travaux sont lancés en ce sens à l'image de ceux portant sur la définition d'un référentiel de l'éthique



des dispositifs médicaux numériques ou le lancement d'un groupe de réflexion sur la question de l'impact que l'IA peut avoir sur la démocratie sanitaire.

Toujours plus de services

Outre l'évolution du cadre et des règles socles, le « gros » de la doctrine porte sur les services numériques et les fonctionnalités leur étant rattachés. En vue de renforcer la sécurisation de l'accès à des services socles comme le DMP, le télé-service INSi (Identifiant National de Santé intégré), à l'Ordonnance Numérique, ainsi qu'à terme à l'ensemble des téléservices de l'Assurance Maladie, la plateforme Pro Santé Connect va être renforcée via l'intégration de nouveaux moyens d'identification électronique. Il en sera de même pour l'appli carte Vitale, lancée avec un certain succès l'an dernier, qui, dans une prochaine version, pourra être utilisée pour accéder aux services

numériques en santé, à l'instar de France Connect. Enfin, la doctrine 2026 introduit l'actualisation de plusieurs dispositifs nationaux. Par exemple, pour Mon Espace Santé, le catalogue de services sera renforcé par plus de 50 nouvelles applications interconnectables. En sus, un mécanisme de désinvisibilisation automatique des documents alimentés va être mis en production. Parallèlement, un autre chantier majeur sera cette année mis sur les rails, celui de la généralisation de l'ordonnance numérique chez les prescripteurs (médecins, chirurgiens-dentistes, et sages-femmes) et les officines. Enfin, le Hub Santé, la plateforme permettant l'échange sécurisé de données avec l'écosystème des SAMU-SAS, devra être rendu interopérable avec les SI utilisés par le SMUR dans le cadre d'un projet pilote. Les choses avancent donc à rythme soutenu en ce qui concerne la santé numérique.

■ **Alexandre Beau**

RETRAITES

La forte dépendance à la démographie



Des changements démographiques en vue

La démographie d'un pays n'est donc pas figée. Celle de la France comme celles des autres nations. Notamment en Europe, où la chute structurelle de la fécondité s'accompagne d'un vieillissement démographique accéléré et d'une quête délicate et conflictuelle de la maîtrise des flux migratoires. Sur ce dernier point, l'agrégat fourni par l'Insee d'un solde migratoire de 70 000 personnes par an n'est pas jugé pertinent. Une revoyure à la hausse est donc utile.

Dans le détail, quels sont les changements prévisibles à long terme ?

- Le taux de fécondité pourrait perdurer à 1,6 et non plus à 1,8 enfant par femme. Conséquence évidente, un non-renouvellement naturel des générations et une population active en régression potentielle sur le long terme. D'où un taux de dépendance retraités/actifs plus défavorable...

- Les gains d'espérance de vie, bien que ralentis croissent toujours. Tant mieux dira-t-on sur un plan général. Cela confirme le record français sur la longévité de vie de nos anciens. Mais cela accroît le coût social général du poids des pensions.

- Le nouveau solde migratoire projeté est de 120 000 personnes. Plus crédible, en effet. Maintenant, les choix politiques du gouvernement peuvent influencer, plus ou moins, significativement sur cette question.

- Le taux de chômage retenu dans le scénario de référence est de 7 %. Crédible sur le long terme ? À voir, le COR émet un intervalle de statistique oscillant de 5 à 10 %.

- Dernier agrégat, le taux de productivité. 0,7 % par an en moyenne. La réalité est très inférieure depuis une bonne dizaine d'années. En clair, spontanément, l'économie française porte une croissance fondée sur un surcroît de dépenses publiques et

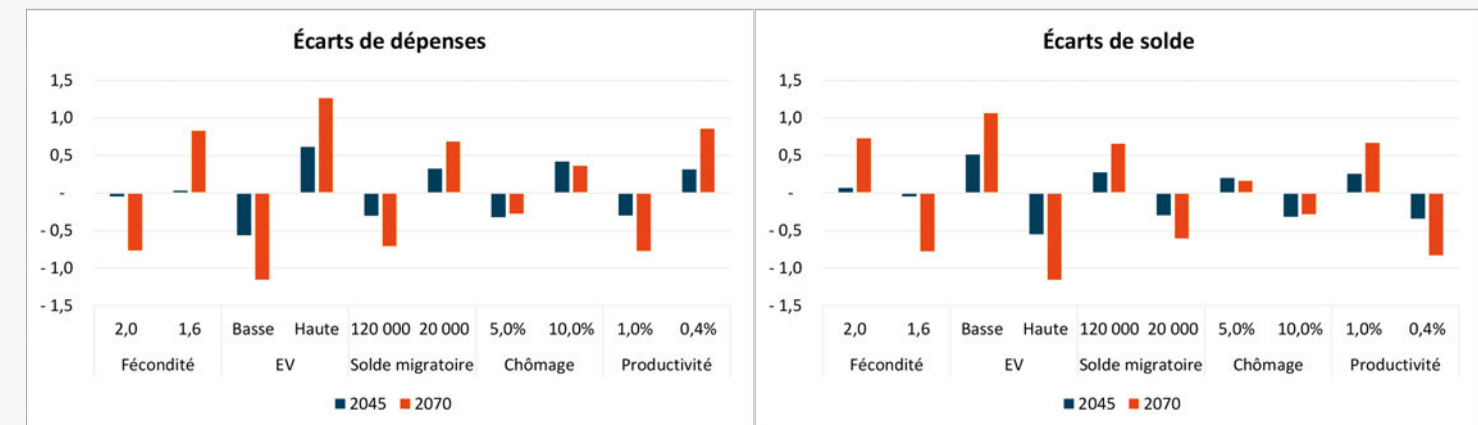
figée une fois pour toutes. Les ingrédients démographiques y exercent une influence considérable. Quels sont-ils ? La fécondité, l'espérance de vie (en clair, la durée potentielle de versement des pensions), le solde migratoire, le taux de chômage sur le long terme. S'y ajoute la question de la productivité, concrètement, le bonus de richesse permet par le dynamisme réel de l'économie. Juin 2025, le COR publiait, comme chaque année, ses projections économiques pour 2040, puis 2070. Donc d'ici quelque 15 ans et 45 ans, au terme d'une durée de carrière. Le tableau 2 ci-contre retrace les hypothèses de sensibilité de 2025 avec, colonne de gauche, le scénario central est retenu.

Février dernier, la lettre du COR évoquait la question des changements démographiques du pays potentiellement impactant plus ou moins fortement les projections du système de retraite. La question n'est donc pas seulement de savoir quelle pourrait être une réforme utile et acceptable, mais, en amont des solutions, d'abord de connaître, de comprendre et d'impacter les changements démographiques. Donnant lieu forcément à des conséquences économiques...

Impérieuse pédagogie

Un travail pédagogique est absolument indispensable. Un système de retraite n'est pas une boîte noire

1 Écarts de dépenses et de solde du système de retraite en point de PIB par rapport au scénario de référence (Sources : COR)



	Sc. Réf	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Taux de fécondité	1,8 enfant	1,6 enfant	2,0 enfants
EV à 65 ans en 2070 des femmes	26,7 ans	24,1 ans	29,7 ans
EV à 65 ans en 2070 des hommes	24,8 ans	22,2 ans	27,7 ans
Solde migratoire	+70 000	+20 000	+120 000
Taux de chômage	7,0%	5,0%	10,0%
Taux de productivité	0,7%	0,4%	1,0%

2 Récapitulatif des hypothèses de sensibilité du rapport annuel 2025

(Sources : COR)



sociales davantage que sur le dynamisme de l'économie classique. La France est moins une terre de production que de consommation alimentée par la dépense publique.

Quel impact potentiel des changements démographiques ?

- Voir graphique 1 ci-dessus. Concrètement, avec un taux de fécondité bas (1,6 enfant) en 2045, l'impact pour les dépenses du système de retraite est quasi nul. Par contre, d'ici 2070, à fécondité constante, mais basse, le « surcoût » pour le système (perte d'actifs) serait de 0,7 % du PIB. Soit en euros valeur 2025 un besoin de financement de l'ordre de 20 Mds € en année pleine. Comme quoi la démographie pèse considérablement sur les retraites.

Autre exemple, l'espérance de vie serait toujours en progrès. Les projections montrent une hausse des dépenses oscillant entre 0,6 % en 2045 et 1,2 % en 2070 pour le PIB. Là encore, l'impact est important.

Quelles conséquences sur les futures projections ?

Pour espérer des perspectives financières favorables, les facteurs démographiques de la France doivent repasser au vert durablement. Qu'il s'agisse de la natalité, du chômage ou de la productivité, gage d'un réel dynamisme économique. La démographie s'apparente en fait un énorme bateau dont on ne change pas aisément et rapidement la trajectoire... A *contrario* d'une telle évolution, les difficultés s'amoncelleront. Plus

encore, à défaut de réussite de politiques d'emplois adaptées en direction des seniors, la situation des régimes peut s'aggraver considérablement. On rappelle que le COR, dans son hypothèse de référence (voir tableau), fait état d'un solde structurel déficitaire équivalent à 1,2 % du PIB en valeur 2025, soit un montant de 35 Mds €. Reste à attendre les parutions de juin prochain.

Au risque de saturation du débat public, la France n'a pas fini d'entendre parler du dossier des retraites. Cette question devrait donc être au cœur du débat présidentiel de 2027. Et certainement au-delà, faute de consensus sur la nature du système et de son pilotage économique.

■ Pascal Beau

Dans toutes les régions, notre spécialité, c'est la santé.

Le Groupe VYV, 1^{er} groupe mutualiste de santé*, agit partout en France pour rendre la santé accessible à tous.



POUR UNE SANTÉ
ACCESSIBLE À TOUS



SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE – SOINS & ACCOMPAGNEMENT – LOGEMENT



Groupe VYV, union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, n° Siren 532 661 832, n° LEI 969500E0I6R1LLI4UF62.

*Selon « Classement santé 2025 » et « Classement 2025 des groupements » de l'Argus de l'assurance.



The Good Company