

VYV³

**L'expérience patient
repensée**

CNAV

**La stratégie numérique
s'étoffe**

INFIRMIERS



**DAVANTAGE
RECONNUS ?**

**PRÉSIDENTIELLE 2027
ÉQUIPES, PROGRAMMES... ON SE PRÉPARE**



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.



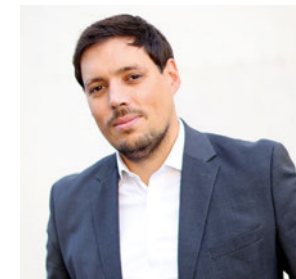
**Notre système de santé,
c'est aussi à chacun d'en prendre soin.**

Retrouvez tous les bons réflexes sur ameli.fr



ÉDITO

Alexandre Beau



Free Budapest, free Europe ? *

© Freepik



Dans ce monde anxiogène au possible, les bonnes nouvelles se font rares. La cuisante défaite de Victor Orban, dimanche dernier, aux élections législatives hongroises en est une. Malgré le soutien explicite de l'Oncle Sam et du « tsar » de Moscou, le champion poids lourd de l'anti-UE, y compris quand il bénéficiait

largement de ses subventions, est désormais à terre.

Trop longtemps, la gouvernance européenne, certes imparfaite à maints égards, s'est retrouvée empêchée face à un pays qui, sous l'injonction de ses « influenceurs », n'a eu de cesse au cours de ces dernières années de freiner, voire carrément de torpiller, toute initiative poussant à renforcer structurellement nos fondations communes. Et ce, sans mentionner, le dossier ukrainien. Du côté de Bruxelles, à défaut de sabrer le champagne, c'est peu dire qu'on accueille avec un certain soulagement la défaite de la tête de gondole de l'Europe des nations et du recul de droits fondamentaux, comme l'IVG ou l'indépendance de la justice. Certes, ne soyons pas naïfs, Péter Magyar, le nouveau Premier ministre, n'est pas à ranger dans la catégorie des réformistes ou des progressistes. Notamment, sur le plan social. Mais par les temps qui courent, toute victoire sur le repli sur soi est bonne à prendre.

Ce renversement de table ne peut, et ne doit pas, se suffire à lui-même. Nos dirigeants européens doivent désormais se ressaisir en prenant conscience que l'émergence d'une troisième voie (ou voix, c'est selon) mondiale, en dehors des USA et de la Chine, ne se décrète pas, elle se construit. Et ce, tout autant qu'elle devra s'imposer dans ce monde où les rapports de force régissent désormais les équilibres internationaux. Sans minimiser non plus, les défis démographiques et sanitaires s'annonçant à terme.

De notre côté, voir les scènes de liesse d'une majorité du peuple hongrois criant à tue-tête « vive la démocratie ! vive l'Europe ! » doit nous rappeler que cette vision imaginée en son temps par Schuman et Monnet, et que nous avons contribué à bâtir depuis près d'un demi-siècle, est un bien aussi précieux que fragile. À coup sûr, la prochaine campagne électorale s'emploiera à l'abîmer. Parfois même, à la violenter. Impuissants devant cela, nous ne formulerons qu'un souhait : qu'on ne nous la casse pas au bout du bout. ■

* Budapest libérée, Europe libérée ?

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT

Accord conventionnel des infirmiers libéraux : plus qu'une étape ?

8 • « On a posé les premiers jalons. »

Entretien avec **Daniel Guillermin**, président de la FNI.

9 • En Europe, des infirmiers davantage responsabilisés.

10 - SÉQUENCES

10 • Santé

Une boîte à outils pour décarboner le système de santé.

11 • Retraites

Référentiels, IA... la CNAV densifie sa stratégie numérique.

12 • Prévoyance

« Le résident devient acteur de son propre séjour ». Entretien avec **Sophie Bigay**, responsable expérience client/patient de VYV³.

13 • Formation

Relation usager : repenser l'omnicanal.

14 • Analyse

Santé, Sécu, ils se préparent pour 2027 !

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
secreariat@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 : Eric Durand / Cocktail Santé
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tisson-
villiers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15 €



Tous droits de reproduc-
tion 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, le gouvernement persiste

S'il fallait obtenir une preuve de la détermination de Sébastien Lecornu à déboucher sur une initiative « retraite » au sortir de la conférence dite TER (Travail, emploi, retraite), on en trouve une potentielle avec l'arrivée pressentie de **Renaud Villard** au poste de directeur de cabinet de Jean-Pierre Farandou, ministre du Travail. Ce dernier superviserait les travaux de la conférence dont les résultats sont attendus début juillet. L'arrivée de l'ancien DG de la CNAV à ce poste ne serait pas anodine. Perçu comme un des meilleurs spécialistes actuellement du dossier des retraites, Renaud Villard, en lien avec Jean-Dominique Combrexelle, ancien directeur de cabinet d'Elisabeth Borne et coordonnateur de la conférence, pourrait veiller à ce que le TER débouche sur du concret. À défaut de dessiner les contours d'un projet consensuel de réforme, et ce, bien que des points d'accord sur certaines thématiques puissent émerger parmi les participants à cette conférence, l'objectif final des travaux serait de poser un constat partagé sur l'état et les perspectives des déficits du régime de base. En d'autres mots, pointer la nécessité de reprendre le chemin d'une réforme sitôt la suspension de la loi Borne levée. En outre, l'Exécutif attend de ce consensus avec la majorité des partenaires sociaux qu'il enrayer les probables dérapages démagogiques attendus lors de la campagne électorale de 2027. Affaire à suivre. ■



> Santé mentale des jeunes



Les autrices (Rachel Bocher, Marie-Odile Krebs et Angèle Malâtre-Lansac) du rapport formulent dix recommandations pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale. Les recommandations visent notamment à repenser l'articulation entre repérage, orientation et soins. Ce qui nécessitera en particulier de développer des programmes de sensibilisation des acteurs de première ligne. Les trois expertes plaident aussi pour une formation de l'ensemble des soignants aux nouvelles pratiques de soins adaptées à l'intervention précoce et défendent un maillage du territoire avec des dispositifs d'intervention précoce. Elles insistent, enfin, sur la nécessité de garantir un financement pluriannuel et

de renforcer la co-construction avec les usagers et leurs proches. ■

> Fraudes sociales

Les résultats financiers de la lutte contre la fraude sociale montent d'année en année. Comme quoi les croisements de fichiers, la performance des outils, l'implication et la professionnalisation des équipes de terrain, ainsi que la pression politique générale influent. 3,1 Mds € de montant de prestations sociales redressées en 2025, dont 723 Ms € pour la CNAM (+15 % sur un an), 509 Ms € pour la CNAF (+13 %), 223 Ms € pour la CNAV (+20 %) et, 1,5 Md € pour l'Urssaf caisse nationale. Reste à recouvrer tout, ou partie, de ces montants... ■

> Coût décalage

Le nombre de familles affectées par le décalage à 18 ans de l'âge ouvrant droit à la majoration des allocations familiales est estimé à environ 700 000 cette année, puis 1,2 million en 2029. « Cette mesure conduira, à terme, à réduire de 80 % l'enveloppe dédiée à ces majorations, qui passera de 1,6 Md € en 2025 à 320 Ms € en 2030 », observe le Conseil de la famille.

À NOTER



Parution du rapport d'activité 2025 de la HAS : 361 avis de la commission de transparence sur les médicaments, 330 sur les dispositifs médicaux et 47 publications scientifiques sur les pratiques des professionnels de santé.

Signature d'un avenant CNAM-USPO/FSPF en faveur des officines en difficultés avec une aide étalée sur trois ans. 150 officines furent bénéficiaires en 2025 sur 1 000 potentielles.



Première journée Santé-Jeunes lancée par la CNAM avec l'Union nationale des missions locales sur l'accès aux soins (90 Cpm mobilisées).

Après l'Ordre national des médecins (le Conseil de l'Ordre de Paris vient d'être dissout), le temps des reproches sévères de l'Inspection Générale des Finances envers les ordres des Chirurgiens-dentistes et de la Pharmacie est venu !

ILS ONT DIT



« Ma mission est d'animer et de coordonner les travaux relatifs à la politique de la petite enfance. Cela vise tous les domaines que sont la santé, la protection, l'éducation, la parentalité, l'adoption et l'accueil. Le Haut-commissariat que je préside a marqué sa première année d'existence par un travail sur les violences, le renforcement de la lutte contre la pédocriminalité, ou encore, la mise en place de l'attestation d'honorabilité pour les professionnels agréés pour l'adoption ».

Sarah El Haïry, Haute commissaire à l'Enfance.

« Le service public départemental de l'autonomie n'est pas une caisse locale de Sécurité sociale mais une politique coordonnée autour de la thématique de l'autonomie et des parcours de personnes sur le territoire. L'année en cours voit la préparation de la COG 2027-2031, la construction d'un système d'information national est une priorité absolue pour avoir la capacité d'analyser les différences territoriales et les diminuer ».

Maëlig le Bayon, directeur de la CNSA.



« Se priver d'une complémentaire santé, c'est renoncer à des soins. Les raisons avancées — manque de moyens, démarches complexes, défaut d'information — montrent que les dispositifs actuels ne suffisent pas à garantir l'égalité d'accès... Il faut repenser les critères d'éligibilité à la C2S... le plafond actuel ne reflète pas les réalités économiques et sociales et devrait être, a minima, aligné sur le seuil de pauvreté. Pour renforcer l'accès à la C2S, je plaide pour une meilleure information des publics éligibles et une simplification réelle des démarches administratives ».

Dominique Corona, secrétaire général adjoint de l'UNSA.



Selon ses projections, à terme, une famille de deux enfants âgés de 14 et 16 ans, éligible aux allocations familiales à taux plein, percevra 906 € de moins par an au titre des allocations familiales. Et une famille de trois enfants âgés de 14, 16 et 17 ans, éligible aux allocations familiales à taux plein, percevra, quant à elle, 2 719 € de moins par an. ■

> Scandale !

Hormis quelques situations spectaculaires, les accidents médicaux demeurent une cause peu connue. De temps à autre, une affaire défraie la chronique ou un professionnel « met

les pieds dans le plat ». C'est le cas du professeur Tadié, ancien neurochirurgien avec son livre-enquête « *Le scandale des accidents médicaux* » (ed. du Cherche Midi).

Pas moins de 160 000 événements médicaux indésirables chaque année en France et près de 30 000 décès à la clé, selon certaines associations. Dans cet ouvrage, l'auteur dénonce « une situation anormale, inacceptable. 50 % de cas d'accidents sont évitables. Je mets en évidence les carences de rigueur des professionnels, celle des précautions, le manque de matériel... le scandale, c'est de savoir, mais de ne pas agir suffisamment vite et fort ». CQFD ! ■



LES CHIFFRES

46 %

des cliniques privées déficitaires en 2025 pour un total de 236 Ms € (0,5 % des dépenses).

1,5 %

de baisse du nombre de naissances en rythme annuel sur les mois de janvier et février derniers...

10 Mds €

d'ici 2030 investis par Bpifrance dans la santé (2,5 Mds € en 2025 au profit de 3 200 acteurs).

18 %

des actifs partent en retraite avant l'âge légal (40% en 2015).

1,2 million

de soignants utilisent régulièrement l'application Hublo, dédiée à l'emploi santé.

71,3

jours de délai moyen de paiement des hôpitaux (50 maximum légal) et 7,5 Mds € d'impayés en 2025 (3,8 en 2017).

7 %

des Français non couverts par une complémentaire santé (11 % chez les demandeurs d'emploi), selon la Drees.

22 %

de baisse du fret mondial pharmaceutique dû au blocage du détroit d'Ormuz...

Accord conventionnel des infirmiers libéraux : plus qu'une étape?



Depuis plusieurs années, les démarches réglementaires visant à étendre le rôle et le périmètre d'action dévolus aux infirmiers libéraux ont le vent en poupe. La profession étant désormais reconnue comme un levier incontournable en vue de renforcer l'accès aux soins ainsi que d'assurer le suivi des patients chroniques. Dans ce contexte, la signature d'un avenant à la convention nationale était attendue de pied ferme par une profession en attente de davantage de reconnaissance et de sécurisation de leur activité.

Dans la foulée du vote de la loi infirmier, dite « loi Rist », du 27 juin 2025 (cf. encadré ci-contre), le lancement des premiers travaux conventionnels se faisait dans un état d'esprit constructif de l'aveu général. D'un côté, nous avions des organisations syndicales (FNI, SNIIL et Convergence infirmière) escomptant qu'un texte conventionnel vienne conjointement matérialiser financièrement l'évolution de leurs périmètres d'activité, mais aussi, « dépoussiérer » le niveau de cotation de certains actes clés non réévalués depuis plus d'une décennie. De l'autre, l'Assurance Maladie entendait renforcer la place de la profession au sein de l'offre de soins primaires. Aux premiers abords, les deux positions peuvent donc sembler assez proches. Toutefois, les négociations auront été le théâtre d'un certain nombre de rebondissements. Plus de peur que de mal finalement, bien qu'initialement attendu pour décembre 2025, un accord est finalement intervenu pour une signature de l'avenant 11 de la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux en date du 31 mars.

Bye-bye 2009

Bien que les avenants conventionnels englobent de multiples aspects liés aux conditions d'exercice des professionnels de santé, les questions de revalorisation de l'activité demeurent l'épicentre des négociations entre CNAM et syndicats. Cet accord n'échappe pas à la règle avec un volet financement conséquent. Si pour les médecins, tous les regards sont généralement fixés sur le niveau d'évaluation du tarif de la consultation de base, le « C ». Pour les infirmiers libéraux, une grande partie de l'attention porte sur la valorisation des actes médicaux infirmiers, l'AMI. Les travaux autour de cette lettre clé ont été d'autant plus sensibles qu'un peu moins des trois quarts des revenus des infirmiers en dépendent et qu'il faut remonter 17 ans en arrière pour retrouver trace de sa dernière réévaluation. Or, pour les organisations syndicales, la hausse du volume d'activité d'AMI constatée depuis 2009 (en moyenne 40 patients reçus ou visités par jour) n'a pas compensé le niveau d'inflation constaté sur cette période. D'ailleurs, les

données remontées par la Carpimko, la caisse de retraite des paramédicaux libéraux, mettent en exergue que le revenu net des infirmiers aurait reculé de 7,7 % en euros constants depuis 2009. L'avenant signé entend corriger le tir en prévoyant une hausse progressive de l'AMI de 3,15 € à 3,45 €, soit une hausse de 9,5 %. Selon des projections faites par les organisations syndicales, le gain annuel oscillerait en moyenne de 4 900 à 7 000 € pour un infirmier, dont 70 % de l'activité dépend de l'AMI. En outre, une majoration spécifique additionnelle est désormais prévue dans le cadre du suivi des patients et fragiles, ainsi que la création d'une rémunération dédiée dans le cadre de la participation des infirmiers aux soins non programmés avec une indemnité d'astreinte de 52 € pour quatre heures d'activités.

Consultations, infirmier référent, IPA...

Cet accord se veut l'extension conventionnelle de la loi Rist. En cela, il « concrétise de manière opérationnelle » les mesures prévues, comme le précise l'Assurance Maladie. À commencer par la mise en place des deux premières consultations infirmières centrées sur des objectifs de prévention. L'une porte sur le traitement initial par insuline des diabétiques de type II, tandis que l'autre sera centrée sur le suivi d'un patient à la suite de la réalisation d'un bilan prévention aux âges clés. Ces consultations sont valorisées à 20 € chacune dans la limite de 4 par patient. Au-delà, les partenaires conventionnelles ont d'ores et déjà prévu de travailler, à partir de l'an prochain, sur l'extension du champ couvert par ce nouveau type d'actes à d'autres enjeux sanitaires : santé mentale, post-hospitalisation, post-AVC, plaies... Autre nouveauté, la création du statut d'infirmier référent. Dans le cadre du suivi d'un patient en ALD, celui-ci pourra, au travers d'un téléservice développé à cet effet, désigner un infirmier référent qui devra assurer plusieurs missions de coordination en lien avec le médecin traitant. Celles-ci porteront essentiellement sur le

Les mesures phares de la Loi Infirmier

- La consultation infirmière est désormais fondée en droit.
- Le champ des missions de l'infirmier recouvre l'orientation du patient, la prévention, l'éducation à la santé et la participation aux soins de premier recours.
- L'infirmier peut prescrire de manière autonome certains produits de santé et examens, sans prescription médicale préalable.
- Lancement d'une expérimentation sur trois ans, sur cinq départements, autorisant l'accès direct du patient à un infirmier, sans passer par un médecin. Les soins prescrits pourront être pris en charge par l'AMO. Un compte rendu devra être adressé au médecin traitant et reporté dans le DMP du patient.
- Les IPA voient leur périmètre d'intervention étendu à de nouveaux secteurs : dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), de santé scolaire, d'aide sociale à l'enfance (ASE) ou d'accueil du jeune enfant. ■

respect du parcours de soin, l'alimentation du DMP et le suivi de la prise en charge en ville et à l'hôpital du patient. Enfin, l'avenant se penche également sur les infirmiers et infirmières en pratique avancée (IPA). Dans leur cadre de leur accès direct, le tarif de leur consultation passe de 16 € à 21 €. En sus, les forfaits et aides au démarrage d'activité qui leur sont dédiés sont également rehaussés. Pris dans son ensemble, ce package conventionnel devrait représenter un investissement de 500 Ms € pour l'Assurance Maladie et les Ocam sur la période 2026-2029. Sur le plan calendaire, l'entrée en vigueur de ces différentes mesures va être étalonnée sur plusieurs étapes. D'abord en novembre prochain, pour respecter les délais conventionnels, avec une première réévaluation de l'AMI (de 3,15 € à 3,35 €) et la mise en place de la consultation sur le traitement par insuline. Au 1^{er} juillet 2027, cela sera au tour de l'ouverture du statut d'infirmier référent et de la consultation bilan prévention. Le 1^{er} novembre 2027, la dernière hausse de l'AMI sera activée pour atteindre les 3,45 €. Il en sera de même pour les réévaluations dédiées aux IPA. À l'unisson, les trois organisations syndicales ont reconnu l'importance de la signature de cet avenant en vue de sécuriser l'activité des près de 100 000 infirmiers et infirmières libérales installés sur le territoire. Reste la question sous-jacente de l'attractivité. Comme le relève le président de la FNI (cf. p.8), Daniel Guillerme, celle-ci va au-delà du seul cadre conventionnel. Cet enjeu est loin d'être anecdotique si l'on se fie aux récents travaux menés par la Drees, pointant que 80 000 infirmières supplémentaires (tous statuts confondus) seront nécessaires à horizon 2050 « pour assurer le maintien d'une même couverture de soins ». Autant dire que dans cet exercice de projection du monde de demain, le renforcement des effectifs des infirmières libérales s'annonce donc comme une réelle priorité. D'autres avancées réglementaires et rendez-vous conventionnels sont donc à prévoir pour s'y préparer.

■ Alexandre Beau

Ils ont déclaré

« Cet accord traduit une conviction : les infirmières et infirmiers sont des acteurs essentiels du suivi des patients, en particulier les plus fragiles à domicile. Cet avenant ouvre également des perspectives pour accompagner les transformations du métier dans la durée, au service de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge ».

Thomas Fatôme, directeur général de l'Assurance Maladie

« Cette négociation infirmière constitue une nouvelle étape dans la réforme du métier infirmier, en concrétisant la revalorisation des soins réalisés par les infirmiers. Cet accord traduit de manière tangible l'évolution et la reconnaissance de leur rôle et de leurs compétences, partout sur le territoire. Il reste encore beaucoup à faire, mais c'est collectivement que nous relèverons ce défi ».

Stéphanie Rist, ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ■



“ On a posé les premiers jalons ”

Après de longues négociations, L'avenant 11 a été signé. Dans quel état d'esprit êtes-vous ?

C'est avant tout une satisfaction de voir aboutir un texte dans les délais que nous avons imposés à la CNAM. Notre objectif était que les mesures prévues dans cet avenant entrent en vigueur d'ici la fin de l'année en respectant les délais conventionnels de huit mois. Nous voulions aussi avancer avant l'ouverture des prochaines périodes électorales qui aurait pu empêtrer nos travaux. Au-delà de ces aspects calendaires, je vous dirais que nous avons là un accord nécessaire et utile, même si, il ne répond évidemment pas à toutes nos attentes.

Quels sont les points forts de cet accord ?

Nous avons posé deux postulats de base à l'ouverture des négociations. D'abord, il était indispensable de sortir du marché prix-volume dans lequel on était enfoncé avec l'Assurance Maladie depuis 2009. On nous disait qu'on ne pouvait pas réévaluer les lettres clés, puisque les volumes augmentent de manière exponentielle. Pour sortir de cela, il fallait réévaluer la lettre clé AMI qui représente à peu près 70 % de notre activité. Cela a été le cas au travers de cet accord et c'était nécessaire ! Car, selon des travaux que nous avons pu réaliser, la profession a perdu environ 7,7 % de pouvoir d'achat en euro constant depuis 2008. En parallèle, cette négociation avait ceci de particulier qu'elle était imbriquée dans une réforme des vecteurs législatifs de la profession. Avec en point d'orgue, le vote de loi infirmier en juin dernier et la promulgation des textes d'application en fin d'année. On a, au travers de cet avenant conventionnel, commencé à poser les premiers jalons de ces nouvelles prérogatives.

Qu'est-ce qui aurait pu être davantage poussé et qui ne l'a pas été ?

Si nous avons un regret sur cette négociation, c'est la non-mise en place de la consultation prévacinale. On a le sentiment d'être encore une fois face à une injonction paradoxale. C'est-à-dire qu'on nous pousse à mettre l'accent sur les démarches de prévention, notamment dans le cadre du déploiement des campagnes de vaccination, sauf qu'on ne nous donne pas les moyens de le faire correctement. Plutôt que de mettre en place deux nouveaux types d'actes, nous aurions préféré avoir

cette consultation prévacinale qui aurait été consacrée à la vérification du statut vaccinal de nos patients, mais aussi très concrètement, à les convaincre d'aller se faire vacciner et de s'assurer qu'ils l'ont fait !

Dans la pratique, qu'apporte la création du statut d'infirmier référent ?

On a travaillé sur ce statut depuis 2013. L'idée n'est pas ici de faire du mimétisme, par rapport aux médecins traitants ou aux pharmaciens correspondants, mais bien d'intégrer que notre profession fait partie intégrante de cette ligne de front faisant face aux défis sanitaires que sont le vieillissement de la population, le virage domiciliaire et ambulatoire, ainsi que l'explosion des pathologies chroniques. Ce statut est quelque chose de très pragmatique. On parle ici d'agir sur des sujets très concrets, comme l'observance thérapeutique ou la mise en place de parcours de suivi renforcé pour les patients en ALD. Au travers de cette création, l'objectif est de limiter l'asymétrie d'information entre les acteurs et de faire prévaloir une meilleure coordination entre eux. D'ailleurs, nous aspirons à ce que demain des travaux conventionnels thématiques entre nos trois professions soient menés.

Cet avenant répond-il aux enjeux d'attractivité de la profession ?

Je dirais avant toute chose qu'au travers de cet avenant, une sécurisation de l'activité va s'opérer, car notre cadre d'exercice sera désormais plus clair. Il faut dire les choses, les abandons de carrière dans le secteur libéral sont souvent liés à des tracasseries administratives qui ne sont pas le cœur de métier des infirmières. Il y avait donc un enjeu de sécurisation qui a été entendu. Un autre sujet porte sur le contenu des formations, car on constate que, si d'un côté les études d'infirmiers sont très plébiscitées de l'autre, le taux d'abandon en cours de route est élevé. Il y a donc matière à une réingénierie totale de notre façon de former. Enfin, on répond aussi partiellement à ce sentiment d'injustice lié au manque de reconnaissance de notre profession. Encore une fois, cet avenant n'est pas parfait, mais il est utile. C'est donc une première étape.

■ **Propos recueillis par Alexandre Beau**



En Europe, des infirmiers davantage responsabilisés

Si les avancées réglementaires et conventionnelles en France sont à souligner, nos voisins européens semblent garder un peu d'avance en ce qui concerne « l'empowerment » des infirmiers libéraux. Comparatif du rôle et des missions qui leur sont confiés en Scandinavie, en Allemagne et en Belgique.

Si comparaison n'est pas raison, il n'en demeure pas moins que la démarche peut être utile. En cela, voir le rôle qu'endosse la profession chez nos voisins peut s'avérer pertinent.

► Champ d'action

Sans surprise, plus les systèmes sanitaires ont renforcé les capacités de leur médecine de ville et plus, le périmètre de mission couvert par leurs infirmiers s'est élargi en vue d'en faire des piliers de l'offre de soins au même titre que les médecins généralistes. Sur ce point, les scandinaves (Suède, Norvège, Danemark) tirent leur épingle du jeu en alliant extension champ d'action et autonomie médicale. Leurs infirmiers libéraux peuvent poser des diagnostics, prescrire des traitements, gérer des parcours de soins complexes, notamment en soins primaires et à domicile, tout en étant en première ligne sur les sujets de prévention et d'éducation à la santé. En cela, leur infirmier « de base » correspond à un IPA français. Le modèle scandinave dénote également en matière de responsabilisation. Dans le cadre d'un protocole de soins, les infirmiers sont fréquemment amenés à coordonner une prise en charge pluriprofessionnelle du patient. Et ce, autant en matière de soins aigus que chroniques. En Belgique, le curseur est poussé un peu moins loin. Toutefois, il est à noter que leur modèle tend à se rapprocher du scandinave en poussant progressivement leurs infirmiers à davantage être autonomes et à s'inscrire dans une logique de coordination pluridisciplinaire. Et ce, après avoir encouragé durant la dernière décennie, leur plus grande intégration dans les équipes médicales et dans la participation active aux décisions thérapeutiques. De son côté, le modèle allemand semble plus proche du nôtre avec un rôle avec une dimension se démarquant avant tout par la polyvalence des missions recouvertes (soins de santé, pédiatriques et gériatriques) davantage que par l'autonomie des pratiques qui restent, pour le moment, limitées aux soins de base.

Sur ce point, nos voisins accordent davantage d'importance à la notion de binôme médecin/infirmier. Le dernier étant complémentaire du premier. Et non, un éventuel substitut.

► Formation

Sur cet aspect, on constate une certaine forme d'uniformité. *A minima*, en ce qui concerne leur durée, qui s'étale de trois à cinq ans. L'Allemagne la plafonne, pour le moment, à trois ans, mais en y intégrant une dernière année de spécialisation. Le modèle scandinave se distingue en poussant la durée de formation jusqu'à cinq ans en consacrant principalement les deux dernières années à des pratiques cliniques avancées.

► Conditions de travail

Un autre thème où l'on constate une différence. En résumé : les infirmiers de ces pays suivent en moyenne moins de patients au profit d'une meilleure prise en charge de ces derniers. En conséquence de quoi, le volume d'activité est moins élevé qu'en France. La question d'une meilleure optimisation de la prise en charge coordonnée du patient entre professionnels de santé étant également un facteur à prendre en compte. En ce qui concerne le sujet des revenus, les pays observés se trouvent tous au-dessus de la moyenne française, y compris en intégrant les dernières annonces conventionnelles. Un écart qui s'explique par la dimension d'expertise qui doivent assumer



leurs infirmiers dans les parcours de soins.

Pour synthétiser, quand les pays du Nord se focalisent davantage sur l'autonomie et l'extension du champ d'action médical des infirmiers, nos voisins allemands et belges se concentrent sur une dimension plus collaborative. Malgré tout, ces différents systèmes sanitaires se rejoignent en faisant de l'attractivité et du recrutement des infirmiers un enjeu de première importance (cf. encadré ci-dessous). De son côté, la France décide de davantage prioriser les médecins. Une question de choix.

■ **Alexandre Beau**

Combien d'infirmiers pour 1 000 habitants ?

(Source : OCDE)



France : 8,8



Danemark : 10,48



Allemagne : 12,25



Suède : 10,97



Belgique : 11,5



Norvège : 15,5

À noter qu'*a contrario*, l'Italie (6,86) et l'Espagne (5,88) se situent en deçà du niveau français. Le champion européen étant, et de loin, la Suisse avec 18,8 infirmiers pour 1 000 habitants.

TRANSITION ÉNERGÉTIQUE

Une boîte à outils pour décarboner le système de santé

Le Shift Project vient de publier une série de ressources — dans le cadre de son rapport intermédiaire « Pour un système de santé décarboné : mieux compter, mieux prévenir, mieux soigner » — destinées à éclairer les acteurs sur des enjeux et les actions à mener.

Comment évaluer efficacement le potentiel de décarbonation des activités de santé ? Face à ce défi colossal, le Shift Project, think tank œuvrant en faveur d'une économie post-carbone, diffuse plusieurs outils afin d'épauler les acteurs dans cette démarche. « Nous espérons que ces travaux apporteront aux décideurs, aux professionnels, un éclairage sur les bénéfices attendus de ces politiques et les actions prioritaires à mener pour la soutenabilité à la fois économique et environnementale de notre système », a indiqué Catherine Pollack secrétaire générale du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) lors d'une présentation, mi-mars dernier au cours d'un webinaire. Le think tank bénéficie du soutien en effet de l'instance de réflexion, ainsi que de la CNAM et de la MGEN pour cette démarche. Après cette version intermédiaire, rendue publique mi-mars, le résultat final est attendu à la fin de l'année.

Calculer les émissions

Le cercle de réflexion n'en est pas à son coup d'essai, avec déjà plusieurs études consacrées au secteur de la santé. Il a estimé que ce dernier était responsable de 8 % des gaz à effet de serre. « Nous avons identifié trois défis auxquels le système de santé fait face, qui font sens avec les enjeux carbone : la diminution du CO2 relativement à l'augmentation et à l'accélération du changement climatique ; le besoin de résilience des établissements de santé, tant face aux événements extrêmes que du côté de l'approvisionnement, notamment en énergie fossile ; et le besoin de maintenir, voire d'augmenter la qualité des soins », a souligné Laurie Marraud, cheffe de projet au Shift Project. Selon le laboratoire d'idées, évaluer le



potentiel de décarbonation des mesures de « juste soin » nécessite de réaliser des calculs d'empreinte carbone à l'échelle des parcours de soins. Il propose donc un guide méthodologique à cette fin. Cet outil doit, par exemple, permettre d'établir si un traitement comparé à un autre est moins émetteur de gaz à effet de serre, de même pour une hospitalisation à domicile ou en établissement. Une base de données, attendue pour la fin de l'année, simplifiera la manœuvre. « Nous allons chercher à travailler avec les acteurs pour essayer de voir comment arriver à calculer des facteurs d'émissions moyens pour les différents actes du système de soins », a précisé Baptiste Verneuil, co-auteur de ces travaux. Une annexe est déjà disponible pour la chirurgie.

« Juste soin »

Un rapport doit, par ailleurs, permettre de « donner une clef de lecture sur la notion de juste soin ». Ce concept intègre d'abord la dimension de gaspillage, alors qu'en ville entre 5 et 7 % des médicaments sont non consommés et détruits et de 4 à 5 % à l'hôpital. La notion s'appuie aussi sur la

pertinence des actes. Appliqué en matière de prescription pour quatre classes thérapeutiques (IPP, Antitussifs, antibiotiques, benzodiazépines, Tramadol), ce principe permettrait de réduire d'environ 3,5 % les émissions de gaz à effet de serre. Le « juste soin » intègre également les aspects d'« efficacité environnementale », deux stratégies avec le même bénéfice thérapeutique pouvant présenter un impact plus ou moins élevé sur ce plan. À l'hôpital, la prise de médicaments par forme orale au lieu du recours systématique à l'administration intraveineuse, aurait ainsi un potentiel de décarbonation important.

Enfin, le dernier outil, une note sur la prévention et la promotion de la santé, propose une méthodologie en vue d'évaluer les coûts et le bénéfice en termes d'emprunte carbone. « Notre objectif sera de partir de politiques publiques ou d'action de prévention ayant démontré un gain pour la santé, et donc pour le parcours de soins avec, par exemple, moins de journées d'hospitalisation ou de consultation chez le généraliste, pour essayer d'estimer les effets de gaz à effet de serre évités par ces actions de prévention », a expliqué Mathis Egnell, co-auteur du rapport. Les travaux reviendront notamment sur la promotion d'une alimentation saine et d'une vie active.

En parallèle, une grande consultation a été lancée auprès d'infirmiers, de médecins et de pharmaciens sur les liens entre enjeux climatiques, énergétiques et sanitaires par le Shift Project. Les résultats seront publiés au deuxième trimestre.

■ Émilie Guédé



SI

Référentiels, IA... la CNAV densifie sa stratégie numérique

Les systèmes d'information de l'Assurance Retraite continuent d'être particulièrement sollicités en ce printemps. Outre, les évolutions impulsées par la suspension de la réforme Borne, la branche poursuit la montée en charge de ses référentiels tout en se projetant sur une stratégie IA particulièrement ambitieuse.

Dans le paysage de la Sécurité sociale, l'Assurance Retraite présente bien des particularismes. Parmi ceux-ci, le rôle pivot qu'occupe sa fonction système d'information, « qui conçoit, gère, maintient et garantit la gestion de grands référentiels qui sont utiles à l'ensemble des branches », comme le précise sa directrice, Véronique Puche. Des chantiers considérables auxquels viennent désormais se greffer plusieurs initiatives autour du déploiement d'une IA ciblée selon les besoins des usagers et des métiers.

Référentiels fondateurs

L'Assurance Retraite occupe donc un rôle d'opérateur central dès lors que l'on aborde le pilotage de ces outils « indispensables, mais invisibles du grand public » que sont les référentiels. Si, on en dénombre près d'une dizaine, trois d'entre eux continuent de concentrer les efforts de sa direction SI.

À commencer par le chantier « cathédrale » du référentiel de gestion des carrières uniques (ou RGPU). Ce système, mis en production depuis 2019, permet aux régimes de retraite de disposer de l'ensemble des données interrégimes de carrière des assurés en vue d'améliorer les démarches opérationnelles de gestion et de liquidation. Selon le calendrier projeté par la DSI, le processus devra être achevé d'ici juin 2028. D'ici là, plusieurs régimes de fonction publique et de professions libérales devraient être intégrés dès les prochains mois. Un challenge « de volume plus que de technique », selon Véronique Puche.

De son côté, le dispositif de ressources mensuelles (DRM), regroupant

les données mensuelles de revenus d'activité et de remplacement, continue de monter en charge. Sur le seul exercice 2025, plus de 10 milliards de ressources auront ainsi été traitées. À terme, et selon le devenir du projet de loi portant sur la création de l'allocation sociale unifiée (ASU), le DRM sera appelé à devenir le socle du projet de revenu social de référence. Quelques adaptations techniques sont envisageables dans ce cadre.

Enfin, l'Assurance Retraite déploie progressivement le dernier-né de ses projets informatiques : le LIFA ou liens familiaux et de vie. Ce référentiel de filiation a vocation à informer l'ensemble des organismes de Sécurité sociale des liens de vie d'un assuré dans le cadre de ses relations légalement établies. Dans le cadre du « dites-le-nous une fois », ce dispositif doit permettre l'attribution de droit en lien avec des ayants droit et de conserver la chronologie des événements de la vie d'un assuré. Sur la période 2027-2028, un travail d'interfaçage sera mené avec l'INSEE pour l'alimenter à la source.

Une IA « maison »

La DSI entend également densifier son portefeuille de projets portant sur l'IA. Et ce, dans une démarche visant à la positionner comme « un compagnon au service du collaborateur le sollicitant ». Depuis plusieurs mois, elle est engagée dans de multiples chantiers. Notamment en matière d'IA générative spécialisée portant sur la gestion de la relation avec les assurés : assistants de réponse sur les courriels et chatbot (plus de 700 000 échanges avec des assurés générés avec de l'IA) ; aide à la génération de texte dans



des campagnes sortantes ; expérimentation d'un POC téléphonique, sur les Carsat de Lyon et de Limoges, faisant interagir l'utilisateur avec un callbot

identifiant sa demande et apportant une réponse sur la quinzaine de cas d'usage qu'il couvre, etc.

D'autres chantiers sont menés dans le cadre d'un usage interne. Parmi ceux-ci, on distinguera particulièrement le développement d'une IA maison portée par la start-up made in CNAV « IApasdequoi ». Celle-ci travaillant sur des premiers cas d'usage en lien avec les services RH des entreprises sur le champ réglementaire. Plus largement, l'Assurance Retraite entend à la fois orienter ses projets IA vers les services à plus forte valeur tout en développant un usage adapté de celle-ci à chaque contexte métier. À plus large échelle, des réflexions sur la mutualisation des enjeux d'IA avec les autres branches sont en cours. A priori, dans un premier temps, davantage dans une démarche d'optimisation d'achats de GPU.

■ Alexandre Beau

VYV³ (offre de soins et d'accompagnement du Groupe VYV) a adopté une démarche novatrice pour replacer le patient au cœur du système. Entretien avec **Sophie Bigay**, responsable expérience client/patient.

“ Le résident devient acteur de son propre séjour ”

Quelle est l'approche globale de VYV³ en matière d'expérience patient ?

En 2024, VYV³ a souhaité se rapprocher de ses patients pour transformer son approche et les inclure dans les parcours de soins. Dans le même temps, l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) nous a proposé son Appui terrain (*accompagnement opérationnel et personnalisé pour aider les établissements à mettre en œuvre leurs projets d'organisation, ndlr*). Nous avons saisi cette occasion de collaboration, et VYV³ va désormais plus loin en inscrivant l'expérience vécue par les patients dans sa stratégie.

Quels sont les premiers enseignements de l'expérimentation avec l'Anap ?

L'expérimentation a été lancée dans sept de nos établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Cet accompagnement de huit mois mêle expérience vécue par les patients, à travers des interviews, et *design care* (*adaptation du design thinking au domaine du soin, ndlr*). Chaque SMR souhaitait traiter une thématique propre. Par exemple, l'un des établissements, qui accueille notamment des patients après un AVC, a souhaité revoir l'ensemble de son flux de restauration, qui est un enjeu capital de la rééducation. Une autre structure, spécialisée dans la rééducation pour les adolescents, a accompagné ses patients sur un aspect plus psychologique. L'hypothèse de départ était qu'il fallait peut-être les questionner sur leurs attentes concernant les premières 48 heures.



Alors qu'une réunion de groupe était systématiquement organisée, nous nous sommes aperçus que c'était ce qu'il valait mieux éviter. Le SMR a mis en place un système de pair-aidance, avec un tuteur acceptant de prendre en main le nouvel arrivant. La réunion de groupe a lieu plus tard, quand l'adolescent est plus à l'aise. L'expérience patient vise à mettre en place des ajustements simples et nécessitant peu de ressources. Au quotidien, ces « petits rouages » peuvent parfois passer inaperçus auprès des professionnels, mais les patients les ressentent.

Comment cette approche se répercute-t-elle sur les professionnels ?

Chez les professionnels, cette approche a permis d'apporter une vision transverse du parcours du soignant. Le fait de travailler ensemble entre médecins, infirmiers, rééducateurs, casse les codes. La démarche a très bien fonctionné et entraîné une forme d'amélioration continue, d'autres sujets ont été relevés par les patients et les professionnels eux-mêmes se sont mis dans cette démarche d'écoute. D'après leurs retours cette approche redonne du sens à leur quotidien.

Une autre expérimentation a été lancée avec l'Institut français de l'expérience patient (Ifep), quel est son cadre ?

Ce partenariat, plus novateur, porte sur le champ médico-social et concerne nos Ehpad. L'approche

n'est pas la même, car dans un SMR les patients restent deux à trois semaines, tandis que l'Ehpad est le domicile des résidents. L'amélioration continue concerne tous les aspects de la vie dans l'établissement, le périmètre est donc plus large et les résidents raffolent de cette expérimentation. Le plus important est de retourner les voir une fois les changements mis en place, dans une logique de co-construction continue. Le résident devient alors acteur de son propre séjour. La libération de la parole a aussi permis de revenir sur le tabou de la fin de vie, beaucoup de résidents ayant rapporté leur besoin d'en parler. Des groupes de parole, ou des réunions avec la psychologue de l'établissement ont ainsi été mis en place.

L'expérimentation a commencé fin 2025 et se terminera en juin avec neuf Ehpad concernés. À la fin de l'année, nous allons monter notre propre méthodologie VYV³ intégrant les meilleurs enseignements des deux méthodes pour proposer une approche adaptée à nos établissements et nos enjeux.

Cette démarche a-t-elle vocation à être étendue ?

Nous allons tester cette approche dans les établissements spécialisés dans le handicap en fin d'année. Ces publics ont parfois du mal à s'exprimer, l'objectif sera donc d'essayer de les associer en les laissant parler. La démarche sera aussi lancée dans nos établissements de santé mentale. À moyen-long terme, l'enjeu est de déployer l'expérience patient sur l'ensemble de nos typologies d'établissements. Nous réfléchissons également à intégrer des patients dans nos instances de gouvernance.

■ **Propos recueillis par Émilie Guédé**



Repenser l'omnicanal

À l'image de l'ensemble des secteurs industriels et économiques, les organismes de Sécurité sociale sont percutés de plein fouet par le tsunami digital. Point d'orgue de celui-ci, la généralisation de mise en place de stratégies omnicanales en vue d'homogénéiser la prise de contact avec les usagers. Or, celles-ci constituent peut-être davantage un défi humain que technique.

Depuis une décennie, les organismes de Sécurité sociale ont fait un bond en avant incontestable en ce qui concerne la démarche de mise en contact avec les assurés. Portées par les différentes COG, les nombreuses évaluations qui ont été réalisées jusqu'à aujourd'hui démontrent que de conséquents progrès ont été réalisés. Soutenus en cela par la mise en place de stratégies omnicanales dans les différentes branches visant un double objectif : simplifier l'accès aux usagers et homogénéiser les réponses, quel que soit le canal de communication emprunté.

Trous dans la raquette

À l'heure où la demande d'accessibilité aux services publics se veut plus forte que jamais, la numérisation et la multiplication des points de contact auront permis de faire des pas en avant... tout en révélant quelques angles morts. Dans une enquête publiée en octobre 2025, le Défenseur des droits pointait que 61 % des personnes peinent à réaliser leurs démarches administratives. Sont principalement mis en cause la difficulté à contacter quelqu'un (72 %) ainsi que le manque et/ou la mauvaise qualité d'informations fournies (52 %). En conséquence, un quart des personnes renonçait à faire valoir des droits auxquels ils peuvent prétendre. Ces chiffres se veulent le reflet d'une démarche omnicanales péchant encore dans l'articulation et la cohérence de la réponse apportée à l'usager entre les différents canaux déployés.



A contrario, les maisons France Services, conçues comme des HUBS centralisés permettant d'orienter les personnes vers le bon interlocuteur au sein de la galaxie des services publics, rencontrent un réel succès. Malgré tout, les marges de progrès demeurent réelles.

Impérieuse cohérence

En cela, le rapport de l'IGAS d'avril 2025 se penchant sur les parcours des usagers de la Sécurité sociale avance quelques éléments de réflexion intéressants en préconisant la mise en place d'un socle de mesures en vue d'en « clarifier le concept » :

- Mettre l'usager au cœur de la conception et du déroulement du parcours en s'appuyant sur du « aller-vers ».



- Ces parcours doivent prioritairement être centrés sur des moments de vie (naissance, majorité, décès, retraite...) pour accompagner l'usager dans des moments pivots.

- Les parcours doivent être déployés dans une logique d'universalisme proportionné selon les moyens (degré d'autonomie) et les besoins (degré de complexité et d'urgence de la situation) de l'usager.



- De même, leurs conceptions et mises en œuvre doivent être réalisées en interbranche et en lien avec d'autres acteurs institutionnels.

Au travers de ces orientations, l'IGAS pointe la nécessité de repenser en profondeur l'approche de parcours usagers évalués comme « non stabilisés » et trop « hétéro-

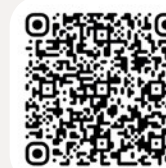
gènes » entre les branches. Outre l'évolution des stratégies nationales, ce chantier devra nécessairement être accompagné d'une montée en compétence des équipes dans les organismes locaux. Ce dernier point étant particulièrement sensible, car, là où la technique doit tendre vers la standardisation et l'automatisation des réponses, le facteur humain doit faire prévaloir d'autres valeurs ajoutées : personnalisation et approfondissement de l'accompagnement, qualité de la relation, gestion de cas complexes... Les deux dynamiques devant aller de pair en vue de garantir une cohérence intercanale. Par conséquent, cette évolution du cadre d'action omnicanal nécessite autant une professionnalisation accrue des collaborateurs, un pilotage ciblé des managers, qu'une harmonisation globale de la part de leurs organismes. L'enjeu se veut donc aussi bien mobilisateur que transverse pour ces derniers.

■ **Alexandre Beau**

UN PANEL COMPLET DE FORMATIONS

Pour répondre aux enjeux de formation de vos collaborateurs, l'Institut 4.10 déploie plusieurs offres opérationnelles permettant de fiabiliser les pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche omnicanales.

Pour plus d'informations sur ces offres :



► PRÉSIDENTIELLE

Santé, Sécu, ils se préparent pour 2027!



2027 approche à grands pas. Quelque 14 à 15 candidats, plus ou moins déclarés, sont sur la ligne de départ en vue de l'élection présidentielle. Où en sont-ils, qui nourrira les projets et occuperont les postes de porte-parole sur les sujets de santé et de Sécurité sociale ? Petit inventaire des équipes en présence.

Difficile de prédire déjà la liste des prétendants à la présidence de la République. Malgré tout, entre déclarations de candidatures et intentions à peine voilées, le paysage des acteurs potentiels commence à se dessiner. En parallèle, on peut aussi s'attendre à une dissolution de l'Assemblée nationale, étant donné qu'aucun chef d'État, nouvellement élu, ne saurait agir actuellement eu égard au désordre et à la division extrême du Parlement. D'où l'impératif de muscler les programmes pour préparer le coup d'après.

Poids des parlementaires

Autre constat, s'agissant des questions de santé et de protection sociale, 2027 pourrait être un cru plus solide que lors des scrutins précédents. Où l'esquive l'emporta. Car, on parle ici d'un domaine « casse-gueule » comme le qualifiait François Hol-

lande. Or, compte tenu de la situation désastreuse des finances publiques, mais également que les questions de santé et de retraite occuperont le devant de la scène, l'esquive sera un exercice plus délicat à réussir. En filigrane, les parlementaires au soutien des candidats seront donc appelés à être très présents durant les débats à venir.

Une campagne présidentielle dans un parcours politique est un moment intense, épuisant, mais palpitant. De l'aveu de tous ceux qui eurent la chance d'y concourir.

Sur la base d'un ordre alphabétique, voici quelques données :

► **Gabriel Attal**, ancien Premier ministre et ministre des Comptes publics et sociaux, connaît plutôt les grands dossiers. Il entend porter une réforme des retraites basée sur la seule durée de cotisation. Son

équipe santé/social pourrait s'articuler autour des ministres Renaissance en poste, comme **Stéphanie Rist** ou d'anciennes ministres, comme **Astrid Panosyan-Bouvet** ou encore, **Agnès Pannier-Runacher**.

► **Jordan Bardella** ou **Marine Le Pen**, on verra si cette dernière sera en position de se présenter fin juin prochain. Peu de têtes d'affiche ou d'experts connus côté RN, mais les députés **Thomas Ménagé**, **Joëlle Melin** et **Christophe Bentz** sont très actifs du côté de la Commission sociale à l'Assemblée. Les élus RN sont montés en puissance sur les questions sociales depuis deux ans.

► **Bernard Cazeneuve**, ancien Premier ministre, se tient déjà prêt. Au cas où... Sur les questions santé, on notera la présence du **Dr Jean-Martin Cohen-Solal**, ancien directeur général de la Mutualité Française.

► **Gérald Darmanin**, l'actuel Garde des Sceaux, fut ministre des Comptes publics et sociaux durant le premier quinquennat Macron. Donc, connaisseurs des dossiers macro-économiques du social. Proche néanmoins d'Edouard Philippe, il se tient toutefois en réserve. Lui aussi, au cas où... Son équipe s'appuierait également sur les ministres Renaissance.

Qui sera candidat pour la gauche « réformiste », un élu PS ou une autre formule politique ? Les sondages d'opinion départageront les ambitions ! Actuellement, côté PS, plusieurs noms circulent. **Olivier Faure**, Premier secrétaire du PS, qui en a très envie ? Il dispose d'un appareil national, de nombreux parlementaires pour étayer son équipe santé, social. À commencer par **Boris Vallaud**, après une éventuelle réconciliation avec son « chef », président du groupe socialiste à l'Assemblée, et négociateur du compromis sur le PLFSS 2026 avec Sébastien Lecornu. On peut aussi mentionner la présence active de **Jérôme Guedj**, député présumé candidat à l'élection, ancien IGAS, et meilleur connaisseur des dossiers protection sociale à l'Assemblée.

► **Raphaël Glucksmann** se prépare activement. Avec ou sans le soutien du PS... S'agissant de son entourage, on peut mentionner le fait qu'il s'agit presque d'une affaire de famille... **Marguerite Cazeneuve**, ancienne conseillère ministérielle et ancienne DGA de la CNAM, est la cheville ouvrière santé/sociale de l'équipe. **Aurélien Rousseau**, député Place publique, ancien ministre du gouvernement Borne, maîtrise évidemment lui aussi ces sujets.

► **François Hollande**, bien qu'il démente mollement toute ambition de retour. Mais en politique, le mot jamais est prohibé... L'ancien président de la République maîtrise les grandes questions sociales et de santé. En cas de candidature, il bénéficiera de nombreux conseillers sans difficulté tant au sein des élus PS qu'au sein de la haute fonction publique.

► **Sarah Knafo** ou **Eric Zemmour** pour Reconquête. Absent du Parlement, le parti entend mordre sur un électorat très conservateur socialement et socialement. Il y a fort à parier qu'une partie du programme de 2022 soit repris l'an prochain.

► **Jean-Luc Melenchon**, candidat déclaré depuis longtemps, déclinera le travail de ses députés, très actifs. Parmi les élus très actifs de LFI à l'Assemblée, notons **Hadrien Clouet**, très en vue. Et bien sûr, **Mathilde Pannot**, présidente du groupe à l'Assemblée, qui souhaite s'investir.

► **David Lisnard**, le maire de Cannes, ex-LR, entend aller jusqu'au bout de sa démarche. Son projet se veut radical-libéral. Il faudra s'attendre à des intentions hardies. Sur le redressement des comptes publics et sociaux. Pas de conseillers déclarés encore. À noter malgré tout la présence de **Josette Guéniau**, consultante, et ancienne dirigeante de Swiss Life, très au fait des questions de santé.

► **Edouard Philippe**, le maire du Havre, le mieux placé dans les sondages pour figurer au second tour (pour le moment). Là, c'est, pourrait-on dire, « le trop-plein ». Beaucoup de parlementaires en vue. Comme d'anciens ministres, **Frédéric Valletoux** pour la santé, **Paul Christophe** pour le champ des solidarités, **Thomas Mesnier**, ancien rapporteur du PLFSS, très apprécié pour son professionnalisme. Toutefois, son conseiller santé pourrait être **Arnaud Robinet**, maire de Reims et actuel président de la FHF. Dernière information. **Gilbert Cette**, actuel président du COR, prendra en mains le dossier des retraites auprès de l'ancien Premier ministre.

► **Bruno Retailleau**, ancien ministre et sénateur. Ses conseillers sont légions ! **Yannick Neuder**, ancien ministre, **Thibault Bazin**, actuel rapporteur du PLFSS à l'Assemblée. Le sénateur dispose aussi d'un vivier au Palais du Luxembourg, comme **Alain Million**, solide sur les dossiers. Le président de LR puisera dans les



travaux du Sénat de quoi nourrir son volet social, santé. De plus, le grand coordonnateur économique et social de la campagne est **François-Xavier Bellamy**, député européen.

► **Fabien Roussel**, maire de Saint Amand-Les Eaux, secrétaire national du PCF (Parti communiste français) pourrait être en piste. Ne serait-ce que pour préserver le tissu national du PCF dans la vie politique. Lui aussi, disposera d'une équipe solide pour l'assister durant la campagne. Parmi les députés mobilisés, citons **Jean-Paul Lecocq**, très actif.

► Et enfin, **Marine Tondelier**, pour les Verts. Désignée par son parti, la candidate écologiste entend consacrer le score de 4 à 5 % attribué par les sondages. À ses côtés, on trouvera **Sandrine Rousseau**, la députée de Paris, très en vue du côté de l'Assemblée sur les questions sociales.

Il faudra attendre l'été, et même au-delà, pour voir se décanter la situation. Combien sur la ligne de départ en avril 2027 ? Les dates n'étant pas encore connues (un décret présidentiel est attendu), si nombre de candidats sont d'ores et déjà connus, demeurent quelques incertitudes s'agissant du pôle réformiste de gauche, au sein de la droite classique et même au RN si d'aventure Marine Le Pen se voyait relaxée dans sa procédure judiciaire. Un souhait au final : moins de candidats et davantage de débats de fond. À suivre donc !

► **Pascal Beau**

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



MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

**UNE DÉMARCHE
MUTUELLES**

