ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

ALLOCATION SOCIALE UNIFIÉE

Un chantier des plus complexes

TARIFS DES OCAM

La colère monte

RÉSERVES DES RETRAITES



LE TRÉSOR OUBLIÉ



FORFAIT MÉDECIN TRAITANT

VÉRITABLE NOUVEAUTÉ OU RECYCLAGE ?

N° 1292 - BIMENSUEL DU 23 JANVIER AU 5 FÉVRIER 2026 15 €

l'Assurance Maladie

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

ameli.fr

ÉDITO

Alexandre Beau



La guerre à ne pas perdre



Dans une certaine invisibilité, la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, a annoncé la semaine dernière le lancement d'une stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé. Cette nouvelle feuille de route gouvernementale est présentée comme « une riposte » aux *fake news* pullulant sur les réseaux sociaux, mais aussi… dans les médias nationaux. Or, si l'objectif poursuivi est tout aussi louable qu'essentiel, la stratégie définie pour gagner cette guerre du fond et de la forme laisse circonspect. Il faut dire que la notion « d'ennemi invisible » semble très appropriée quand on cherche à savoir qui se cache derrière la cohorte d'opinions dénonçant ce qu'ils présentent comme des mensonges médicaux ou colportant de farfelues thèses flirtant très souvent avec le complotisme. Pour tenter de juguler l'expression de ces « sachants » d'un autre genre, l'arsenal dévoilé par l'Exécutif détonne par son classicisme : conférence citoyenne, création d'observatoires… Un air de déjà-vu, dironsnous. Comme si la problématique de la désinformation relevait des mêmes codes que ceux de l'accès aux soins ou du reste à charge des patients. À maux structurellement différents, il faudrait des recettes évidemment différentes. Le traitement, repoussé à un horizon plus long éloigné, de l'éducation à la santé des enfants est en cela assez navrant. Alors que c'est dès aujourd'hui que le « paquet » doit être mis dans les programmes scolaires. En la matière, des exemples européens réussis en la matière existent.

Pour aller plus au fond des choses, on devrait lier des messages d'information et d'éducation à la santé à l'énoncé d'une vision dynamique et responsable des enjeux de santé. L'un ne va pas sans l'autre. On ne peut durablement pas demander à la population de s'éloigner des *fake news* sur la science, la médecine et plus largement la santé, sans, de manière corollaire, agir sur l'organisation du système et les responsabilités de chacun, que l'on soit acteur professionnel ou usager. Tout cela croise une dernière question, celle sur la fracture culturelle sur le soin. Nous ne sommes pas tous égaux s'agissant de l'état de santé, l'accès aux soins et la compréhension des choses. C'est aussi cela une priorité absolue pour donner du sens à l'action publique. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
Retraites : des déficits...
... mais 234 Mds € de réserves !

8 - SÉQUENCES
8 • Famille
Allocation sociale unifiée : un chantier (titanesque) jonché d'obstacles.
10 • Prévoyance
Ocam : haro sur le gel des tarifs !
11 • Europe
Olivér Várhelyi précise sa feuille de route santé.
12 • Santé
Forfait médecin traitant : faire du neuf avec du vieux ?
15 • Formation
IA : accompagner l'accélération.

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN
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 : Freepik / Montage
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

PANORAMA

LFSS, BUDGET ÉTAT ET RÉFORME CONSTITUTIONNELLE





Le contexte politique et l'imbroglio constitutionnel en cours sur le budget de l'État pour 2026 incitent **Clément Beaune**, le haut-commissaire au Plan, et **Benjamin Morel**, professeur de droit constitutionnel, à évoquer une profonde réforme sur le format et le contenu des lois de Finances (État et sécurité sociale) dans une tribune. Pas moins de huit modifications sont proposées. Toutes ayant pour vocation d'améliorer le débat parlementaire et de rationaliser le pilotage des dépenses publiques et sociales :

- L'instauration de lois cadres pluriannuelles dites d'équilibre *(sic)* d'une durée de trois ans.
- Le principe du monopole de la fiscalité imparti aux lois de finances (en clair, la loi ordinaire devient incompétente pour toute mesure d'ordre financier).
- La fusion des deux lois de financement (idée formulée par François Hollande en 2011, alors candidat à l'élection présidentielle de 2012).
- Une séparation entre les volets de dépenses de fonctionnement (obligation d'atteindre l'équilibre sur trois ans) et les dépenses d'investissement (une règle en vigueur pour les collectivités locales).
- La suppression de l'article 40 de la Constitution, freinant l'initiative parlementaire. Cet article contraint tout amendement aux lois de Finances à prévoir une recette nouvelle (voire une baisse de dépense) à due concurrence du surcoût potentiel découlant de l'objet de l'amendement.
- La création d'une *task force* parlementaire pour évaluer l'impact des mesures au fur et à mesure de l'examen du projet de loi de financement.
- Un raccourcissement de la durée de la procédure parlementaire d'examen du projet de loi de Finances.
- L'automaticité de la loi spéciale en cas de blocage du débat parlementaire. ■

➤ Cellule anti-RN



Selon le magazine *Challenges*, la CFDT, sous l'impulsion de sa secrétaire générale, **Marylise Léon**, totalement rétive aux idées du Rassemblement national, pourtant premier parti en voix chez les ouvriers et employés, a créé une cellule de réflexion interne en vue de faire face au « risque social » d'un gouvernement RN. ■

➤ Rétropédalage!

Mais que reste-t-il des mesures contre lesquelles une partie des médecins libéraux ont décrété et plus ou moins réussi (13,5 % de télétransmission en moins selon la CNAM) une grève des consultations ? Stéphane Rist, ministre de la Santé, annonce un amendement au projet de loi de lutte contre les fraudes supprimant le dispositif de mise sous-objectif (MSO) du volume des arrêts de travail, la création d'une mission d'accompagnement, le retour à l'ancienne formule du cumul emploi-retraite, la





À NOTER



Le professeur **Jérôme Salomon**, ancien DGS lors de la pandémie de Covid-19, a quitté l'OMS et rejoint la start-up Zoï, spécialisée sur les check-up de prévention dédiés aux cadres dirigeants d'entreprise.

•

Protestation des fédérations hospitalières (FHF, FHP et Fehap) contre le 0 % de hausse des tarifs pour les séjours, excepté 1 % pour la HAD. L'enveloppe de 850 Ms € de la LFSS 2026 vise l'activité en volume des établissements.

•

Nouvelle version plus adaptée du modèle de l'algorithme de datamining pour les CAF lié à une nouvelle gouvernance plus éthique.

•

Une nouvelle feuille de route contre l'obésité (18 % de la population) pour la période 2026-2030 est lancée par le ministère de la Santé, articulée avec le PNNS (nutrition santé) et huit mesures. Ainsi que 22 actions opérationnelles de terrain.

•

L'Ircantec, la caisse de retraite des agentes contractuelles publiques, a obtenu le label ISR pour l'ensemble de ses fonds dédiés cotés et gérés par l'organisme.

ILS ONT DIT



« Refuser de soigner les malades pour s'opposer à des totems devenus sans objet, puisque les mesures contestées par les médecins ont en fait été abandonnées au détour du débat parlementaire *(NDLR : du PLFSS 2026)* et du contrôle de la constitutionnalité (…) Des syndicats ont donc engagé une mobilisation massive en pleine surcharge des services d'urgences pour lutter contre des mesures qui, pour la plupart, ne s'appliqueront pas. Irresponsable, bien dommage ! ».
Catherine Simonin, membre du bureau national de France-Assos santé sur *France Info TV*.



« Les politiques publiques contre la dénatalité, créent des effets d'aubaine, souvent coûteuses parce que mal ciblées et limitées… Au final, elles ont finalement peu d'impact. S'il y avait une recette, on la connaîtrait… la révolution technologique est une opportunité pour atténuer les effets de la transition démographique… C'est le nerf de la guerre avec l'éduction ».
Pauline Rossi, professeure d'économie à Polytechnique, dans *Les Échos*.



« Contrairement à une idée reçue, associant carrière longue et pénibilité, les personnes éligibles *(NDLR : la loi sur les retraites anticipées pour carrières longues)* ne présentent pas une espérance de vie inférieure ni une santé moins bonne que la moyenne, et sont surreprésentées dans les professions intermédiaires et qualifiées… Le départ anticipé n'est pas systématiquement dû à la santé ou à l'usure professionnelle ».
Franck Von Lennep, président du Comité de suivi des retraites (CSR), et ancien Directeur de la Sécurité sociale, dans *Les cahiers de la retraite complémentaire*.

suppression des baisses unilatérales des tarifs de la CCAM et actes cliniques jugés inflationnistes, la mise en place d'un observatoire de la médecine générale (un de plus…). Ces annonces complètent les annulations décidées récemment par le Conseil constitutionnel dans sa validation de la LFSS 2026 visant la surtaxation des honoraires de secteur 3, le non-remboursement des prescriptions pour les praticiens non-conventionnés et l'obligation de consultation du DMP. ■

➤ Médicament, la nouvelle « donne »

Si les patients français demeurent champions de la consommation pharmaceutique avec 2,54 milliards de boîtes de médicament remboursées en 2024 (41 boîtes par habitant) et 27,6 Mds € de coût « net-net », la CNAM, dans une photographie d'ensemble, annonce une nouvelle « donne » majeure. En gros, les produits « matures » dotés de SMR allant de



modérés à inexistants, cèdent la place aux innovations thérapeutiques de « rupture » (oncologie, anticoagulant, immunologie, diabète, dermatologie) et coûteuses (*ESE* reviendra ultérieurement sur ce dossier). Ainsi, les antinéoplasiques, médicaments anti-cancéreux, bloquant la prolifération des cellules cancéreuses, occupent la 1ère place du classement. En termes de prestations, sur les 20 premières molécules remboursées, seul le paracétamol, produit « mature » avec 430 millions de boîtes, est présent ! On notera encore que le taux de socialisation (effet du 100 % lié aux ALD) atteint 87,8 % (en hausse de 7 % sur dix ans). ■

LES CHIFFRES

651 000
décès et 645 000 naissances, premier solde naturel démographique négatif depuis 1942, un taux de fécondité de 1,56. Le plus bas depuis 1917.

176 000
personnes d'apport migratoire (données Insee pour 2025).

69,1 millions
d'habitants en France au 1er janvier 2026.

80,3 ans
d'espérance de vie à la naissance pour les hommes (+13 mois depuis 2020) et 85,9 ans pour les femmes (dix mois sur cinq ans).

31,2 ans
C'est l'âge moyen des femmes à leur premier enfant, 34,1 ans pour les hommes.

445
maternités en 2024, 721 en 2000.

11,5 Mds €
de remboursement de médicaments ASMR IV et V (amélioration mineure ou inexistante).

400 000
professionnels de santé (50 % des hospitaliers) abonnés à Doctolib.

RETRAITES : DES DÉFICITS… … MAIS 234 MDS € DE RÉSERVES!



Passé totalement inaperçu, le dossier du Conseil d'orientation des retraites du 18 décembre dernier traitant des « enjeux pour la retraite que sont la répartition, les réserves et la capitalisation » mérite un détour d'information. Car, les experts du COR pointent un montant de 234 Mds € pour les réserves accumulées fin 2024. Une santé réjouissante qui conduit toutefois à poser quelques questions.

Vu le contexte particulièrement sensible du dossier des retraites dans le pays, la conférence sociale en débattra d'ici l'été, les contributions du COR sont toujours très attendues. Notamment celle sur les particularités de gestion et de pilotage entre la répartition (mode quasi exclusif du système français de retraite) et la capitalisation.
Au centre du débat, l'existence, l'exigence, devrait-on dire, d'un matelas suffisant de réserves. Et c'est là que l'affaire prend une tournure quelque peu étonnante. Fin 2024, celles-ci atteignaient les 234 Mds €, tous régimes et fonds confondus. Les compteurs ont-ils explosé en quelque sorte.

Un bond de 80 Mds € depuis 2018

Les données présentées par le COR sont issues des régimes. Le solde total des réserves des régimes de retraite frôle bien les 234 Mds € (213,8 Mds € + le fonds de réserve des retraites [FRR] créé en 1999 d'environ 20 Mds €). Soit, 8 % du PIB tout de même ! Les détails par régime figurent dans le tableau page suivante.
Trois remarques majeures en premier lieu.

- La bonne santé globale des régimes complémentaires contraste incroyablement avec la crise structurelle des régimes de base, notamment la CNAV et dans un registre de nature différente (les pensions d'État civiles et militaires et la CNRACL).
- La situation d'ensemble des réserves s'est nettement améliorée. Tant mieux ! En l'espace de sept ans, soit depuis 2017, leur montant a bondi de 80 Mds € ! Depuis 2020, post-Covid, la croissance est de 60 Mds €. Lors des débats menés fin 2018 sur le premier volet de la réforme des retraites projetant un régime universel en points, conduite par Jean-Paul Delevoye, le montant total des réserves s'élevait à 135 Mds € hors FRR. Celui-ci, bien qu'inclus dans le total en raison de ses règles de liquidation précoce, est à part. Son extinction est fixée en 2030. 135 Mds € donc fin 2017, 214 Mds € fin 2024, *stricto sensu*. Bref, la dynamique est là. De l'ordre de 7 % de hausse en moyenne annuelle. Un rythme double de celui de la croissance du PIB en valeur. Illustration de la compétence évidente des gestionnaires des régimes et d'un contexte financier favorable.
- Les écarts de situation stupéfient lorsque l'on se penche sur le nombre de mois de garantie de prestations de certains régimes complémentaires. Les données confinent à l'ubuesque : 61 mois pour le régime de base et 97 pour la complémentaire au titre de la CNBF (caisse des avocats), 99 mois pour le RCI (indépendants). Le « pompon » est atteint par la caisse complémentaire de la Banque de France avec 289 mois (24 années de réserves, soit l'équivalent d'une génération). Sept ans plus tôt, la même caisse était déjà à 138 mois de prestations garanties… un doublement en quelques années !

Montants des réserves financières (en valeur de marché) au sein du système de retraite par répartition au 31 décembre 2024

Réserves des régimes en répartition	En milliards d'euros	En mois de prestations
CNAVPL	*3,4*	*17*
CNBF	*1,2*	*61*
Sous total régimes de base	**4,7**	*0*
CNRACL	*0,0*	*0*
CRPCEN	*2,2*	*27*
Banque de France	*13,7*	*289*
Sous total régimes spéciaux	**15,9**	*0*
AGIRC-ARRCO	*108,3*	*13*
IRCANTEC	*17,7*	*49*
RCI	*21,2*	*99*
CNAVPL complémentaire	*38,2*	*73*
CNBF complémentaire	*2,4*	*97*
CRPNPAC	*5,1*	*77*
*MSA complémentaire**	*0,4*	*4*
Sous total régimes complémentaires	**193,2**	0
Total des réserves	**213,8**	0

Source : COR, décembre 2025

Besoin de réserves évidemment

Interroger la dynamique et le niveau des réserves des régimes complémentaires ne dissuade aucunement le besoin d'en constituer, de les garantir sur le très long terme et de les piloter avec perspicacité. Ce que font tous les gestionnaires des régimes. La chute du ratio démographique, les risques temporaires de trésorerie découlant de chocs économiques possibles (durant la Covid, par exemple), le risque de volatilité des marchés financiers, la pérennité des droits acquis justifie une telle exigence. Bref, tout concourt au besoin impératif de constituer de solides réserves.
Deux questions viennent cependant à l'esprit : quel est le niveau optimal de réserves à constituer ? Peut-on projeter une contribution des régimes complémentaires à une meilleure stabilité financière des régimes de base, et de quelle manière ? Cette dernière question perturbe tous les états-majors. Jugée « sacrilège » aux yeux des partenaires sociaux et des gestionnaires.
Concernant le niveau optimal de réserves, le COR déclare que « *leur constitution doit obéir à un principe de juste mesure (sic). Les réserves doivent être suffisantes pour donner la capacité d'amortir les chocs et de garantir la pérennité financière des régimes. Mais ces réserves doivent être limitées pour ne pas faire peser un effort excessif sur les générations actuelles. C'est pourquoi la réflexion est indissociable d'une analyse en termes d'équité intergénérationnelle* ».
Un simple coup d'œil au tableau des données adoube la perplexité des experts. Le plus grand régime complémentaire de retraite est évidemment le GIE Agirc-Arrco, porteur des droits de 14 millions de salariés actifs. Or, ce régime, fort bien géré au demeurant, détient le plus bas ratio de mois de prestations. Que comprendre ? Statutairement, la règle de six mois de réserves prévaut pour ce régime. Partenaires sociaux et gestionnaires veillent d'ailleurs scrupuleusement à sa sécurité financière. Quel besoin éprouveraient-ils à se lancer dans une sorte de fuite en avant pour accumuler des montagnes de provisions pour risques futurs, à l'instar d'autres situations ?

Morceaux « sénatoriaux »

Quelques considérations « succulentes » de qualification par les sénateurs sur la situation des finances des régimes complémentaires en 2021 :
« *La situation de la CNAV est "préoccupante" (…). Le "régime" de la Fonction publique ne lui permet pas de constituer des réserves (…). Le régime Agirc-Arrco détient les réserves les plus considérables (…). Les réserves des régimes complémentaires des travailleurs indépendants sont confortables (…). Les réserves des régimes des professions libérales sont particulièrement importantes (…). La situation du régime des agents contractuels de droit public paraît sûre…* ». ■

Laisser faire ou penser une solidarité entre régimes?

À ce stade de la réflexion, nul ne répond ouvertement à la question d'une limitation dans les montants des réserves, leur régulation, voire leur partage avec les régimes de retraite de base, structurellement en difficulté.
Le Sénat, dans un rapport datant de fin 2021, posait la question d'un encadrement. Sans trancher sur le fond. Tout au plus, les élus du palais de Luxembourg, rejetaient la tentative du gouvernement d'Edouard Philippe de 2019 de capter toute ou partie de ces réserves pour abonder la création d'un Fonds de réserve universel (FRU) dans le cadre de la première tentative de réforme des retraites. Au motif qu'il s'agissait d'une violation du droit de propriété.
Le projet de loi de l'époque évoquait « *un FRU pouvant récupérer la part des réserves antérieurement constituées par les caisses en vue d'assurer la couverture des dépenses* ». Seule serait visée « *une part de ces réserves qui seraient transférées au FRU dont les actifs seraient affectés à l'Acoss* ». Tollé des élus, des gestionnaires dans un conteste général d'opposition à la réforme voulue par le président de la République. Las, la crise sanitaire mit fin au projet de réforme systémique. Toutefois, dans ce débat tendu, le Conseil d'État rendit un avis plus nuancé que celui des sénateurs. En soi, le transfert de gestion d'un régime complémentaire de droit privé vers un régime public obligatoire est possible. Mais il convient de l'associer à une logique d'intérêt général (pas d'atteinte en soi au droit de propriété) et de prévoir également une indemnisation du préjudice éventuellement subi par les organismes complémentaires… En 2027 et au-delà, verra-t-on cette question resurgir ?
Surtout si la dynamique ascendante des réserves venait à croître encore ! Quitte à concevoir un équilibre plus raisonnable entre l'exigence de réserves solides et une forme de retour du trop-plein versé de cotisations à chaque financeur, actif et employeur compris. Sous des formes plus appropriées que la tentative de captation de 2019.

■ **Pascal Beau**

ALLOCATION SOCIALE UNIFIÉE

Un chantier (titanesque) jonché d'obstacles

La création d'une allocation sociale unifiée est annoncée comme le grand chantier social du gouvernement Lecornu de cette année. En attendant la prochaine présentation d'un projet de loi, le cahier des charges relatif à la mise en place de cette réforme devrait être aussi chargé que complexe. Un défi tant technique que politique.



À l'occasion du 94ème congrès des départements de France le 14 novembre dernier, à Albi, le Premier ministre a défini un cap en matière de pilotage des politiques sociales : il faut simplifier les démarches des bénéficiaires et améliorer la gestion des prestations sociales. Si le mécanisme de la solidarité à la source constitue une première étape, l'ouverture des travaux en vue de créer une allocation sociale unifiée (ASU) en sera le fer de lance. Il faut dire que, sous l'impulsion des députés LR, le sujet est revenu à de multiples reprises lors des travaux sur le PLFSS 2026 en commission des Affaires sociales. Toutefois, Sébastien Lecornu a tenu à dissocier les sujets, notamment pour ne pas froisser le PS, en vue d'obtenir un fragile compromis. Une fois le texte budgétaire voté, et en attendant de conclure le chapitre PLF, le dossier de l'ASU peut désormais être ouvert. Un chantier massif, couvrant un périmètre de près de 37 Mds €, qui ne part toutefois pas d'une feuille blanche.

Un air de déjà-vu

L'initiative de Sébastien Lecornu n'est pas inédite. Le projet de mise en place d'une prestation centralisant l'ensemble des allocations sociales auxquelles un usager aurait droit est pour ainsi dire une « marotte » du président Macron depuis son élection en 2017. Plusieurs fois évoqué, ce chantier avait connu un premier tournant avec l'annonce de la création du revenu universel d'activité (RUA) en décembre 2018. Le périmètre de ce dispositif reposait sur la fusion de trois aides (RSA + APL + prime d'activité). Si des travaux préliminaires avaient été lancés, le dossier est resté à l'arrêt, car un autre dossier social s'apprêtait à accaparer le gouvernement Philippe (la réforme Delevoye sur les retraites). Malgré tout, huit ans plus tard, le crédo porté demeure : la simplification des mécanismes d'accès aux prestations sociales est le meilleur outil pour lutter contre le non-recours aux droits. Les passerelles avec l'ASU version 2026 sont donc réelles… comme le sont les obstacles à la réforme.



Fabrice Lenglart, rapporteur général du RUA

Nommé rapporteur général du RUA en 2019, l'ancien directeur de la Drees, Fabrice Lenglart a de nouveau grandement contribué au rapport parlementaire de juillet dernier issu de la mission flash commanditée par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Bien que plusieurs années aient passé, les tenants et aboutissants derrière ce chantier perdurent. Premier écueil, la fusion des prestations ne peut s'opérer sans *« une harmonisation des barèmes du RSA, de la prime d'activité et des aides au logement »*. Les différents travaux menés jusqu'alors se rejoignent en ce sens. Le premier impératif est de simplifier des mécanismes de prestations, créées pour des situations différentes, et dont les règles d'attribution sous conditions de ressources n'ont jamais été harmonisées. Plus largement, et à de multiples reprises, Fabrice Lenglart a pointé que l'enjeu central derrière la mise en place de l'ASU revient davantage à fluidifier le traitement de ces dispositifs plutôt qu'à les fusionner. Pour ce faire, la première pierre consisterait à faire converger la base de ressources des APL vers celle du RSA et de la prime d'activité, créant ainsi le revenu social de référence (RSR). Le pendant « social » du revenu fiscal de référence. La poursuite de ces objectifs est d'ailleurs présentée comme un préambule indispensable pour *« faciliter les démarches des ménages et développer l'"aller vers" des CAF vers les ménages dont le RSR indique leur droit à une allocation »*.



Plus de perdants que de gagnants?

Outre l'enjeu de simplification, l'un des objectifs majeurs poursuivis avec la création de l'ASU est la réduction de la *« pauvreté sans diminuer les ressources des ménages sans activité et des travailleurs pauvres »*. Sur cet aspect, les travaux de la mission flash dépeignent une situation plutôt contrastée.
Si la réforme venait se faire à budget constant, elle permettrait de réduire d'environ 250 000 le nombre de personnes sous le seuil de pauvreté. Toutefois, selon les modèles projetés par les travaux menés conjointement par la Drees, l'Insee et la CNAF, 3,9 millions de personnes percevraient davantage et 4 millions toucheraient moins.
Dans le détail, la proportion de ménages dont les aides progresseraient le plus fortement serait ceux présentant le plus fort taux de précarité (56 %) et chez les locataires du parc social (57 %). A contrario, les « perdants » seraient les primo-propriétaires (74 %) et les bénéficiaires de la seule prime d'activité (41 %) ou des seules APL (43 %).
Pour rééquilibrer la situation, les projections réalisées tablent sur un effort supplémentaire de 2 Mds €, *via* le relèvement des barèmes. On arriverait alors à une situation où les allocations augmenteraient pour 4,6 millions de personnes et baisseraient pour 3,5 millions. Compte tenu du contexte budgétaire des comptes de la Sécurité sociale, l'effort consenti serait des plus importants. On comprend donc d'autant mieux la prudence dont a fait preuve, le ministre du Travail et des Solidarités, Jean-Pierre Farandou, lorsque le sujet fut abordé en marge de la présentation du PLFSS 2026 en commission des Affaires sociales. *« Si un consensus peut se faire sur la dimension technique du chantier, la question pourrait être toute autre en ce qui concerne la définition des conditions d'accès et des montants de prestations à servir »*, a-t-il ainsi précisé.
La question calendaire se pose également. Plusieurs échos gouvernementaux laissent entrevoir une fin de chantier pour 2030. Or, deux incertitudes planent autour de cette échéance. La première porte sur la capacité de mener à bien les chantiers informatiques et réglementaires. L'horizon de trois ans peut sembler au premier abord suffisant toutefois, les travaux s'annoncent complexes. En sus, avec quatre éditions de PLFSS attendues d'ici 2030, d'autres projets pourraient remplir les pipelines des équipes (notamment SI) d'ici là. La prochaine COG Famille renforcera-t-elle suffisamment leur capacité pour y faire face ? Dans le contexte budgétaire que nous connaissons, les arbitrages s'annoncent serrés.



Jean-Pierre Farandou, ministre du Travail et des Solidarités

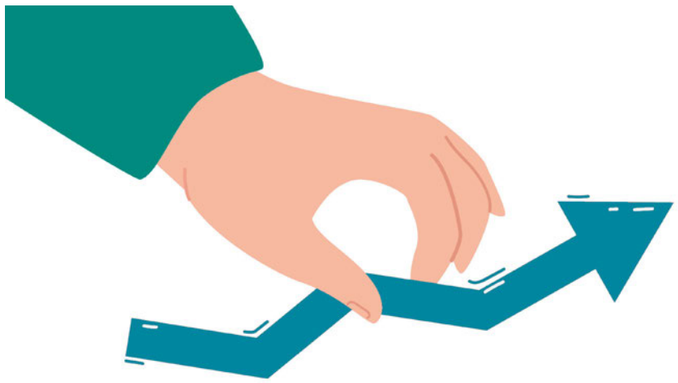
La seconde incertitude, encore plus aléatoire, est forcément politique. Selon les résultats des élections présidentielles et législatives de mi-2027, et compte tenu de l'impact que pourrait avoir l'application de cette réforme sur le pouvoir d'achat des ménages, il est possible que les décideurs politiques qui seront aux manettes demain décident de réorienter le projet en cours de route, voire tout simplement, d'y mettre fin.
Le pilotage de ce dossier se présente donc comme un challenge des plus complexes à mener pour les équipes gouvernementales. Et ce, sans compter que le Premier ministre a également annoncé le lancement d'un projet de centralisation des services sociaux en ligne corrélé avec la mise en place d'un « compte social unifié » permettant aux Français d'avoir une vue d'ensemble de leurs ressources, prestations comprises, et de leurs droits. Le tout est prévu pour… 2027. Le sprint est donc déjà lancé !

Alexandre Beau

OCAM

Haro sur le gel des tarifs!

Les complémentaires santé sont vent debout contre le blocage des tarifs prévus par la LFSS. Elles dénoncent une mesure inopérante et inconstitutionnelle.



L'année commence mal pour les complémentaires santé. Contre toute attente, le Conseil constitutionnel n'a pas écarté le blocage des tarifs prévu par l'article 13 de la LFSS. Pour mémoire, la mesure avait été intégrée par la voie d'un amendement porté par le député socialiste Jérôme Guedj, lors du deuxième passage du texte à l'Assemblée nationale. Objectif? Empêcher les Ocam de répercuter la surtaxe de 2,05 % (représentant 1 Md €) sur les cotisations. Mais la plupart des organismes avaient déjà arrêté les révisons pour l'année en cours, bien avant la promulgation de la loi. La Mutualité Française a ainsi annoncé des hausses moyennes de 4,7 % pour les contrats collectifs et 4,3 % pour les offres individuelles. Pour Jérôme Guedj, ces augmentations sont « *illégales* ». L'élu de l'Essonne a d'ailleurs indiqué, sur les réseaux sociaux, avoir écrit aux trois fédérations d'Ocam (Mutualité Française, CTIP et France Assureurs) « *pour leur demander comment elles informaient leurs adhérents de l'application de ce gel des tarifs* ».

Les complémentaires tempêtent à l'unisson contre une mesure inapplicable. « *L'article 13 en l'état est inopérant. Il y a des conflits de normes à tous les niveaux* », a observé Séverine Salgado, directrice générale de la Mutualité Française, lors des vœux à la presse de la fédération. Elle a également dénoncé « *un conflit interne* » dans l'article incriminé. Ce dernier prévoit en effet l'enclenchement d'une négociation, d'ici fin mars prochain, entre le gouvernement, l'Uncam et l'Unocam sur les « *conditions tendant à ce que le montant de la contribution (…) ne soit pas répercuté* ». La FNMF a annoncé un courrier au Premier ministre pour l'alerter sur ces différents points.

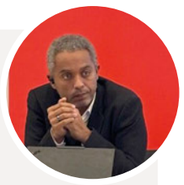
Recours possibles

Deux voies de recours sont également évoquées : d'une part, une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), le Conseil constitutionnel ne s'étant pas prononcé sur la conformité de la mesure ; et d'autre part, une question préjudicielle devant la Cour de Justice de l'Union européenne. Les complémentaires vont pouvoir affûter leurs arguments. Les trois fédérations ont déjà adressé une contribution commune au gardien de la Constitution, le 18 décembre dernier. Dans leur argumentaire, elles estiment que le gel tarifaire porte une « *atteinte disproportionnée aux droits et libertés constitutionnellement garantis* ». Parmi ces derniers, la liberté d'entreprendre, qui « *implique nécessairement la liberté de fixer ses tarifs* ». En outre, « *le blocage empêchera* (les Ocam) *de répercuter, outre la nouvelle contribution exceptionnelle, la hausse de leurs charges réelles, étant donné que les dépenses qu'ils doivent assumer (…) augmentent d'environ 4 % en moyenne chaque année* ». Autre grief avancé, l'entrave à la liberté contractuelle. Plus globalement, l'atteinte aux droits des Ocam est jugée disproportionnée par rapport au but poursuivi.

Les ministres de la Santé et des Comptes publics, Stéphanie Rist et Amélie de Montchalin, ont convié les trois fédérations ainsi que l'Unocam à une réunion le 30 janvier prochain. Une rencontre qui permettra aux représentants des complémentaires de préciser leurs doléances. Seront-ils entendus ?

Émilie Guédé

« Pas question de s'engager dans un risque systémique »



« Cette mesure inopérante est totalement orthogonale avec différents principes et différentes normes législatives. (…) Un milliard de prestations nouvelles à payer du fait de transferts, de dépenses nouvelles, 1 milliard de taxes, c'est-à-dire plus de 2 milliards à absorber sans impact sur les cotisations, c'est un déni de réalité qui n'est pas du tout à la hauteur des enjeux. Je ne vois pas comment, sans mettre en difficulté, voire en dérive pour un certain nombre d'entreprises mutualistes, cette mesure pourrait trouver un caractère opérant. C'est pourquoi nous accompagnerons nos membres, nos entreprises mutualistes, dans toutes les voies de recours, question prioritaire de constitutionnalité, recours européen, parce qu'il n'est pas question de s'engager dans un risque systémique à l'heure où l'assurance maladie est fragilisée faute de recettes et de réformes structurelles, je ne crois pas que nous gagnerions collectivement à affaiblir le champ de la complémentaire, indispensable pour garantir un juste accès aux soins à l'ensemble de la population ».

Eric Chenut, président de la Mutualité Française, lors des vœux à la presse de la fédération.

COMMISSION EUROPÉENNE

Olivér Várhelyi précise sa feuille de route santé

Les prises de parole du très controversé Olivér Várhelyi se font plutôt rares au sein de l'écosystème bruxellois. Et pourtant, en abordant récemment les questions de médicaments et de prévention, le commissaire à la Santé hongrois entend fixer un cap quant aux chantiers européens à prioriser.



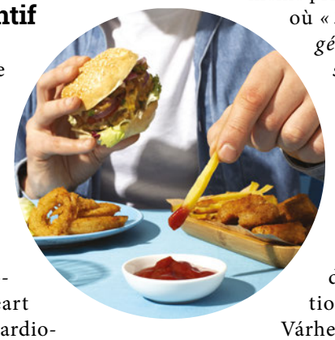
Dire que la nomination du hongrois Olivér Várhelyi au poste de commissaire à la Santé a fait couler beaucoup d'encre est un doux euphémisme. Et pourtant, dès sa prise de fonction, le nouveau monsieur Santé *made in UE* a tenu à rappeler que son unique objectif était de favoriser un accès sécurisé à des soins de qualité pour l'ensemble des citoyens européens. Un an après, dans un long entretien accordé durant les fêtes de fin d'année à nos confrères d'*Euractiv*, il entend définir une ligne directrice en ce qui concerne le réarmement industriel du secteur du médicament tout ainsi qu'en matière d'actions de prévention.

Contrer Trump?

Les avancées de fin d'année autour du nouveau paquet pharmaceutique ont été accueillies avec un certain soulagement du côté des décideurs de l'UE, conscients que l'industrie du médicament européenne est « *en train de perdre du terrain dans la concurrence internationale* ». Même si la plupart des mesures intégrées ne seront pas pleinement effectives avant 2028, ce texte doit éviter qu'une forme de décrochage s'opère. Et ce, au détriment des patients européens. Ainsi, sur le possible relèvement des tarifs des médicaments, induit par la pression exercée par les États-Unis sur les prix, Olivér Várhelyi se veut rassurant en précisant que si la fixation de leur niveau « *relève de la compétence nationale, l'Europe peut créer des incitations susceptibles d'atténuer cette pression* ». *In fine*, « *notre objectif n'est pas de finir second derrière les Américains* ».

De même, le commissaire se veut optimiste quant à l'impact qu'aura la révision du règlement sur les dispositifs médicaux, qui devrait « *alléger la charge administrative* » des acteurs. Il en va de même en ce qui concerne l'usage de l'IA et les procédures d'autorisation de mise sur le marché. Sur ce point, les Européens devraient copier leurs homologues américains de la FDA. « *Actuellement, il existe une procédure pour l'algorithme d'IA, une pour le dispositif médical, et une autre pour les substances actives. Demain, nous aurons une procédure unique* ».

Virage préventif



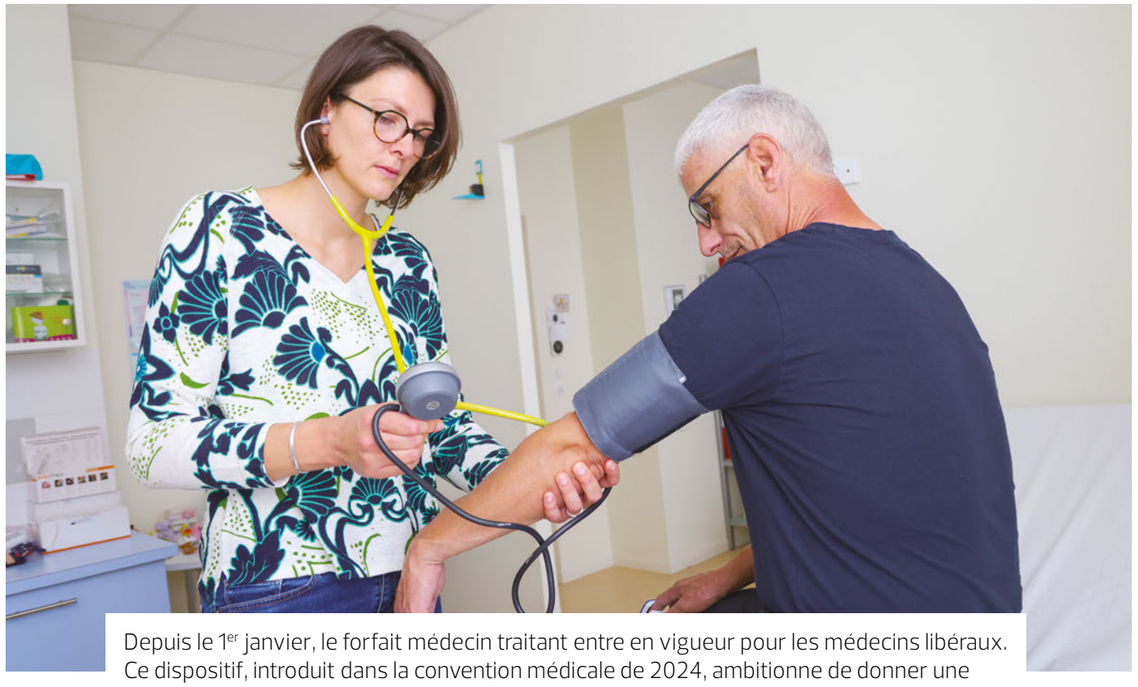
En ce qui concerne les enjeux de prévention, la Commission peut agir sur quelques leviers. C'est ainsi qu'à la mi-décembre, elle a lancé le programme Safe Heart dédié à la santé cardio-vasculaire. Cette démarche a pour objectif de soutenir financièrement « *le développement de plans nationaux fondés sur une approche du parcours de vie et combinant interventions populationnelles et actions ciblées vers les groupes les plus exposés* ». En parallèle, le commissaire à la Santé ambitionne de soutenir les démarches d'aller vers en matière de dépistage : « *elles sont essentielles. De nombreux décès pourraient être évités, mais les gens considèrent qu'il s'agit d'un risque abstrait et général, et non d'un risque personnel* ». Celles-ci pourraient être portées directement par les administrations sanitaires locales.

L'autre combat porté par Olivér Várhelyi se concentre sur la lutte contre les comportements à risque. En premier lieu, sur le tabac avec la probable présentation cette année d'un rapport visant à réviser son périmètre législatif à l'échelle de l'Union. « *Pour moi, augmenter les taxes est une nécessité absolue qui aurait dû être mise en œuvre beaucoup plus tôt* », indique-t-il. En outre, le projet d'instauration d'une taxe sur les produits alimentaires ultra-transformés est toujours sur la table. Le sujet est même prioritaire à l'heure où « *30 % de la jeune génération est en surpoids ou obèse. Et 20 % d'entre eux sont atteints ou risquent d'être atteints de diabète de type 2 à cause de cela* ». Au-delà de la sensible question fiscale, Olivér Várhelyi indique vouloir compléter le dispositif de Nutri-Score par le déploiement d'un dispositif permettant aux consommateurs de connaître le niveau de transformation des produits alimentaires mis à la vente. Concrètement, « *nous avons besoin d'un outil pour faire prendre conscience aux gens que ce qu'ils choisissent n'est pas bon pour eux. Par rebond, cela doit inciter les producteurs à modifier la composition de leurs produits* ». 2026 s'annonce donc chargée du côté de Bruxelles.

Alexandre Beau

FORFAIT MÉDECIN TRAITANT

Faire du neuf avec du vieux?



Depuis le 1er janvier, le forfait médecin traitant entre en vigueur pour les médecins libéraux. Ce dispositif, introduit dans la convention médicale de 2024, ambitionne de donner une plus grande importance au paiement forfaitaire tout en relançant des mécanismes de financement incitatifs dont les résultats ont jusqu'à présent produit des résultats quelque peu mitigés.

En ce début d'année, nous entrons dans la troisième année de la convention médicale 2024-2029. Une étape charnière dans le déroulé de cette feuille de route, car elle introduit de multiples nouveaux mécanismes issus de la négociation entre Assurance Maladie et syndicats médicaux. Table rase est notamment faite du forfait patientèle médecin traitant (FMPT) et de la rémunération sur objectifs de santé publique (la fameuse Rosp). Ces modes de financement, souvent présentés comme le « 13ème mois » officieux des médecins libéraux, laissent désormais la place au forfait médecin traitant (FMT). Désormais mis sur les rails, ce dispositif se présente-t-il comme une refonte totale du périmètre des financements forfaitaires ou plutôt comme un simple toilettage de ce qui était déployé jusqu'alors ? Un tour du propriétaire s'impose.

Du fixe…

Le FMT est pensé comme un forfait unique dédié au suivi des patients les ayant déclarés comme médecins traitants. Applicable aux professionnels de secteur 1 et 2 (Optam / Optam-ACO), son architecture se structure autour de deux axes : une part fixe calibrée sur la complexité de la situation du patient et une part variable intégrant des indicateurs de performance orientés autour de plusieurs thématiques.

La partie fixe recouvre deux volets *(cf. tableau page ci-contre)* : un forfait socle comprenant des rémunérations forfaitaires liées à l'âge et à la situation médicale du patient enregistré dans la patientèle médecin traitant du médecin. On remarquera que celles-ci connaissent une réelle inflation sur les patients jeunes et au-delà de 75 ans par rapport aux montants prévus dans le cadre du FMPT.

De plus, il faut leur ajouter potentiellement des majorations spécifiques, et cumulables, en fonction de la situation du médecin. Si celui-ci est installé en zone « sous-dense », il bénéficie d'une majoration annuelle de 10 % de la partie socle de leur FMT. Pour les primo-installés dans ces territoires, une majoration dégressive allant de 50 à 10 % sur ces trois premières années d'exercice. En sus, il est à noter que les médecins âgés de 67 ans et plus bénéficient également d'une hausse de 10 % appliquée de ce forfait socle. Et ce, quelle que soit leur zone d'exercice.

« Plus simple, plus lisible »

« La rémunération forfaitaire se transforme en profondeur avec un forfait médecin traitant (FMT), plus simple et plus lisible (…). La logique change et devient individuelle, patient par patient : les médecins traitants disposeront à l'avenir d'un tableau de bord, resserré sur une quinzaine d'indicateurs de santé publique, leur permettant de savoir, pour chacun de leurs patients, s'il est éligible à des dépistages, à des vaccinations, s'il les a réalisés, etc. Le niveau d'information des médecins sera beaucoup plus fin et visuel qu'à l'heure actuelle ».
Thomas Fatôme, DG de l'Assurance Maladie. ■

… et du variable

Bien que ce FMT se substitue à des forfaits instaurés par la convention médicale de 2016, il ne s'en affranchit pas complètement. Car si le forfait socle se rapproche très fortement du FMPT, la partie variable vient marcher de son côté sur les platebandes de l'ex-Rosp. Toutefois, la focalise se fait désormais sur les activités de prévention. C'est le fruit des (âpres) négociations du printemps 2024 ayant débouché sur une approche *« valorisant le rôle du médecin traitant dans la promotion de la santé et la coordination des actions de prévention et de dépistage auprès de ses patients avec une vision individuelle de l'atteinte ou non des indicateurs »*.

Cette part variable couvre désormais trois missions chapeautant 15 indicateurs :

- Vaccination : grippe, Covid, pneumocoque, méningocoque, papillomavirus…
- Dépistage : cancer du sein, colorectal, col d'utérus…
- Suivi de patients : diabète, examens de santé, prévention bucco-dentaire

Pour mieux « piloter » sa patientèle, les médecins devraient se voir restituer des données spécifiques à la consommation de soins de chacun de leurs patients, sauf opposition de leur part. Ces data, qui

Forfait socle : rénumérations annuelles du médecin traitant individualisées par patient*

Typologie de patients		Montant prévu jusqu'à fin 2025	Montant au 1er janvier 2026	Montant au 1er janvier 2026 pour patient CSS
Patients sans affection de longue durée (ALD)	Patient âgé de moins de 7 ans	6 €	15 €	25 €
	Patient âgé de 7 à 74 ans	5 €	5 €	15 €
	Patient âgé de 75 à 79 ans	5 €	15 €	25 €
	Patient âgé de 80 ans et plus	46 €	55 €	65 €
Patients atteints d'une ou plusieurs ALD	Patient âgé de moins de 80 ans	46 €	55 €	65 €
	Patient âgé de 80 ans et plus	70 €	100 €	110 €
Patients non vus depuis 2 ans		N/A	5 €	5 €

** Les valeurs sont applicables pour les patients ayant fait l'objet d'actes facturés par le médecin traitant ou par son collaborateur dans les 2 années précédant la date du constat de la patientèle du médecin traitant*



Le chant du cygne de la Rosp

Le chapitre de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) s'est clôturé le 31 décembre dernier. En attendant la publication des données 2025 du mode de financement privilégié des médecins en ce qui concerne les enjeux de prévention, celles de l'exercice précédent soulignent la nécessité de relancer un dispositif qui, pour beaucoup, n'aura pas été à la hauteur de ses ambitions originelles.

Sur le plan du suivi des pathologies chroniques, le tendanciel était légèrement positif en ce qui concerne le diabète (72,2 % des personnes concernées et + 1,6 pt pour l'examen du fond œil / +1,5 pt, mais seulement 47,3 % des personnes concernées pour le dépistage de la maladie rénale chronique). En revanche, la surveillance d'un traitement par antivitamine K du risque cardio-vasculaire était en recul de 1,5 pt.

La tendance est encore autre en ce qui concerne le volet prévention. Le poste vaccination contre la grippe était (déjà) en fort recul : – 1,8 pts sur le segment des 65 ans et plus (54,3 % des patients concernés) et — 3 7 pts pour les sujets à risque (25,2 %). Le constat n'était guère plus enjolivé sur le dépistage du cancer du col (–2,7 %) ou sur ceux portant sur le cancer du sein (+0,2 %) et colorectal (+0,8 %).

Enfin, l'axe portant sur l'efficience des prescriptions demeurait le plus prometteur avec une hausse significative de la prescription de statines dans le répertoire génériques (+ 7,4 pts pour 95,1 % des personnes concernées) et de 1,2 pt pour les antihypertenseurs. Du progrès était également à souligner sur la prescription de biosimilaires de l'insuline glargine (+ 4,3 pts).

En tout et pour tout, la CNAM aura versé près de 265 Ms € au travers de cette Rosp. Cumulé avec le forfait structure (cf. encadré ci-contre), les 51 202 médecins généralistes concernés ont ainsi perçu en moyenne 9 563 € pour cet exercice 2024. ■ **AB**

La Donum, un forfait structure « light »

En ce début d'année, l'autre nouveauté en matière de mode de financement des médecins est la dotation numérique dite Donum. La remplaçante du forfait structure, désormais disparu, se veut être l'extension opérationnelle et simplifiée de la feuille de route du numérique en santé (incluant les mesures issues du Ségur).
Elle se structure autour d'objectifs socle et d'options. Le tout est structuré par un système à points dont la valeur à l'unité est fixée à sept euros.
Pour la partie socle, les médecins seront financés en fonction de leur équipement en logiciel métier référencé Ségur intégrant des fonctionnalités d'aide à la prescription ainsi que sur leur moyenne de taux de recours aux principaux téléservices sécurisés (objectif 60 % en 2026 et 80 % en 2028). Les indicateurs optionnels portent notamment sur la moyenne de taux d'usage de l'espace numérique en santé (30 % en 2026 et 60 % en 2028, *via* l'alimentation du DMP et le recours l'ordonnance numérique, et l'utilisation de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de MES.
À noter que ce nouveau dispositif intègre une baisse drastique de son plafond, si tous les objectifs d'indicateurs sont atteints, qui passe de 7 805 € à 2 940 €. Une baisse pouvant s'expliquer en grande partie par la fin de la politique de rattrapage en équipement informatique et logiciel, ainsi que par une forme de compensation induite par l'extension du périmètre financier couvert par le FMT.
Quoi qu'il en soit, cette nouvelle Donum a pour finalité qu'une majorité des médecins atteigne assez facilement son plafond. ■ **AB**

seront présentées sous forme de tableau de bord dans le compte Ameli Pro du professionnel de santé, proviennent du Système national des données de santé (SNDS).
Au final, le dispositif se veut plus clair. La CNAM répondant ainsi à une demande insistante des syndicats médicaux. À noter que chaque indicateur qui aura été validé engendrera automatiquement une rémunération de 5 €, y compris si l'acte a été réalisé par un autre professionnel de santé. Concrètement, si un pharmacien vaccine un patient contre la grippe, le médecin traitant de ce dernier bénéficiera de cette rémunération additionnelle… y compris, s'il n'a pas adressé le patient vers l'officine.



Ambitions multiples

Derrière cette construction, l'Assurance Maladie poursuit plusieurs objectifs qui vont bien au-delà de la seule démarche de simplification qu'elle met systématiquement en avant *(cf. encadré ci-dessus)*. Le premier d'entre eux est de pousser les médecins à davantage penser et prendre en charge leur patientèle dans une logique de capitation. C'est un vieux sujet de débat au sein de la médecine libérale française. Or, c'est ce mode de financement qui est privilégié chez certains de nos voisins européens à l'image de l'Allemagne. Et ce, avec une certaine réussite en termes de pilotage de la maîtrise des dépenses de médecine en ville. La connexion avec l'expérimentation PEPS, largement soutenue par la CNAM et actuellement menée dans sa deuxième phase, est aussi assez évidente. Autre objectif, en lien avec la montée en charge des assistants médicaux, le FMT encourage les médecins à assurer un meilleur suivi, et en continu, de leur patientèle. De même, ils sont incités à élargir cette dernière, car ce nouveau forfait n'est pas plafonné. Enfin, les mécanismes boostés de valorisation des indicateurs indiquent clairement que l'Assurance Maladie attend des médecins traitants qu'ils adoptent une démarche plus proactive vis-à-vis de leurs patients les plus fragiles et précaires.
Pris dans son ensemble, le FMT introduit donc un certain nombre d'éléments nouveaux. Toutefois, il n'inscrit toutefois pas en rupture totale avec ses prédécesseurs. Un choix logique pour la CNAM qui, lors du premier round des négociations conventionnelles s'étant terminées sur un échec, avait poussé le principe du contrat d'engagement territorial. Un concept plus innovant, plus radical par bien des aspects, mais surtout, plus engageant pour les médecins. Car à l'image de la ROSP, ce nouveau mode de paiement forfaitaire demeure encore inscrit dans une logique incitative. Une dernière tentative dans cette voie pour relancer les chantiers de la prévention et de la pertinence des soins ? Dans un contexte où les enjeux de maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie s'annoncent plus scrutés et tendus que jamais, possiblement.

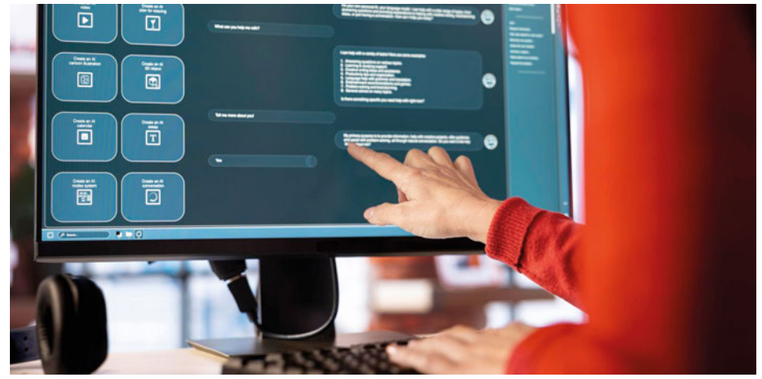
■ **Alexandre Beau**

COUR DES COMPTES

IA : accompagner l'accélération

Fin novembre, la Cour des comptes a publié son rapport de contrôle sur la stratégie nationale pour l'intelligence artificielle (IA). Si la France semble avoir accéléré sa montée en charge sur le sujet, des chantiers importants sont à mener à court terme. À commencer par la montée en compétence des salariés.

Si le contexte économique demeure des plus incertains pour les mois et années à venir, cela ne doit pas pour autant freiner les acteurs publics et privés dans leurs ambitions de prendre le virage de l'intelligence artificielle (IA). Tel est, de façon synthétisée, le constat qu'a porté la Cour des comptes en fin d'année dernière à l'occasion de la publication de son rapport de contrôle sur la stratégie nationale pour l'IA.



2,4 Mds € d'investissements

Si parfois la France a subi quelques retards dans l'adoption de certaines innovations de rupture technologique, il semble qu'elle ait réussi juste à temps à sauter dans le train de celui de l'IA. L'application de la stratégie nationale, faisant suite au rapport Villani de mars 2018, en est d'ailleurs à sa deuxième étape. La première, déployée entre 2018 et 2022, aura permis d'amorcer et de structurer l'écosystème *via* le financement d'infrastructures et de travaux de recherche. Près de 1,3 Mds € avaient d'ailleurs été investis par l'État à cette occasion. Le 31 décembre aura vu se refermer le deuxième chapitre de cette feuille de route. Il se sera principalement focalisé sur *« la massification et l'accompagnement de la diffusion de l'IA dans tous les domaines »*. Avec en point d'orgue, la généralisation de l'IA générative. Administrations publiques en tête de proue. Encore une fois, l'effort aura été soutenu à hauteur de 1,1 Md € par les pouvoirs publics (contre plus de 3 Mds € initialement annoncés) avec, à la clé, plusieurs éléments de réussite reconnus par les Sages de la rue Cambon.
L'enjeu de la montée en charge massive des organismes en matière d'acculturation, d'usage et de développement des technologies d'IA est crucial. À l'international, les leaders chinois et américains ont déjà fait « tapis » en orientant prioritairement leurs efforts et investissements dans cette optique. Or, si la France n'est pas décrochée dans cette compétition, il n'en reste pas moins que plusieurs curseurs vont devoir être davantage poussés pour l'éviter.

Du pain sur la planche

Sur ce point, la Cour des comptes cible plusieurs pans de progression. Point commun à ceux-ci, ils recouvrent tous le triptyque *« accompagnement/massification/formation »* des usages par un plus grand nombre. Dans ce cadre, l'insuffisance de formation des salariés est particulièrement mise en avant. Le rapport rappelle ici que *« l'IA fait appel à de nouvelles compétences et modifie profondément la plupart des métiers, y compris les plus qualifiés et à plus forte valeur ajoutée »*. Conséquence directe, on constate déjà des décalages au sein des organismes entre les profils de collaborateurs spécialistes et les autres. Et ce, bien que ces derniers puissent dans leur environnement privé, déjà interagir avec des outils grand public (ex. : Chat GPT). Cette démarche personnelle, transposée dans l'entreprise, se réalise d'ailleurs, dans une majorité des cas, de façon non contrôlée de la part des employeurs. Avec à terme, des impacts potentiellement négatifs sur l'organisation et l'environnement de travail collectif.
Cet écart doit donc être comblé… et vite, car, comme le pointait Pierre Moscovici, Premier président de la Cour, lors de la présentation de ce rapport : *« rien de structuré ni à la hauteur des enjeux n'a encore été pensé, ni mis en place pour répondre au défi du "mur de formation" que ces bouleversements impliquent »*. Il est donc temps d'agir.

■ **Alexandre Beau**

FORMER AUX NOUVEAUX USAGES DE MANIÈRE CIBLÉE

Pour répondre aux enjeux de formation des collaborateurs sur les questions d'IA, l'Institut 4.10 déploie plusieurs offres opérationnelles pour accompagnement à la pratique de l'IA dans les métiers :

- IA — Stratégie et usages : une offre à destination des dirigeants et managers pour clarifier une stratégie d'utilisation de l'IA générative et identifier les usages potentiels.
- IA et efficacité professionnelle : des formations courtes et centrées sur l'utilisation concrète d'IA génératives au quotidien selon le métier exercé
- Mais aussi, des accompagnements adaptés et sur-mesure sous format de Masterclass ou de conférences. ■

Pour plus d'informations sur ces offres :

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

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

GROUPE vyv

POUR UNE SANTÉ ACCESSIBLE À TOUS

Harmonie mutuelle · mgen · mmg · MNT · vyv 3 · groupe Arcade vyv

SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE – SOINS & ACCOMPAGNEMENT – LOGEMENT

MUTUALITÉ FRANÇAISE

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