ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

HCAAM

Limiter les dépassements d'honoraires

URGENCES

Le nouveau plan ministériel

RETRAITES

RAPPORT DU COR



UN DÉFICIT QUI S'AGGRAVE ET DES QUESTIONS



AVEC HOCOIA, LA MNT MISE SUR L'ACCÈS AUX SOINS

N° 1302 - BIMENSUEL DU 19 JUIN AU 9 JUILLET 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

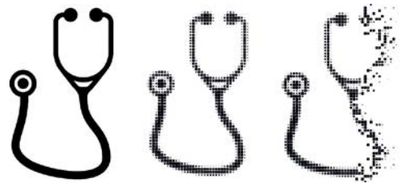
ameli.fr

ÉDITO

Alexandre Beau



Décomposition



Et si, d'ici quinze ans, un spécialiste installé en secteur 1, pratiquant donc des tarifs conventionnels, était une espèce en voie de disparition ? Cela fait un peu froid dans le dos, dira-t-on ! Et pourtant, loin des fantasmes ou des caricatures, cette hypothèse ne relève pas de la science-fiction au train où vont les choses selon le HCAAM. Une instance qui d'ailleurs, outre les constats sévères qu'elle pose, laisse transparaître une certaine exaspération face à la vitesse de dégradation de la situation.

Cette décomposition de l'organisation de la médecine spécialisée en ville s'opère sous nos yeux sans sembler provoquer de réaction des acteurs et des pouvoirs publics en général. Une sorte de torpeur collective, ou de passivité c'est selon, semble s'installer dans ce temps pré-électoral. Après tout, rien n'empêche le gouvernement ou nos élus de taper du poing sur la table en légiférant comme nos voisins européens l'ont déjà fait. Perdure l'illusion que les choses sont appelées à rentrer dans l'ordre au prétexte qu'une convention médicale est signée. Ou alors, que l'esprit de responsabilité collective du corps médical prévaudrait enfin. Une antienne qui perdure depuis 1971, date du premier accord CNAM-médecins libéraux. Pour les résultats, on repassera.

Le retour de la PPL Garot est d'ailleurs une autre illustration de ce décalage permanent entre bonne volonté de l'Assurance Maladie, craintes des élus de secouer le cocotier et, attentes (voire exaspérations) des patients. On détricote un texte, car considéré comme liberticide et potentiellement contre-productif, et ce, sans pour autant apporter d'alternatives crédibles à nos concitoyens. Une forme de « *circulez, y a rien à voir* » dont la seule réponse aura été la création du concept des journées de solidarité. Avec derrière, et les premiers retours, l'annonce d'un flop magistral. Logique, car à trop vouloir ménager la chèvre et le chou, on finit par mettre sur pied des mécanismes d'une complexité sans nom pour combler un vide organisationnel. Une situation intenable et une perte de temps considérable à l'heure où l'on devrait reformer une médecine de ville en vue de la préparer aux défis de demain. Qui plus est car, comme l'a rappelé vigoureusement le Haut conseil, dorénavant la situation urge. ■

© Vectorstock

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
• **Déficit des retraites : le COR remet une couche !**
• 15 questions pour y voir plus clair.

10 - SÉQUENCES
10 • Prévoyance
« *Ce partenariat contribue à rendre la prévention plus accessible* », entretien avec **Benoît Bourre, DG et co-fondateur de Hocoia, et Laure Virzi, responsable département marketing collectif à la MNT.**
12 • Santé
Une stratégie pour désengorger les urgences.
13 • Sécu
« *Une tendance au recentrage de nos activités* », entretien avec **Christian Collard, directeur de la Cpam des Hauts-de-Seine**.
14 • Analyse
Dépassements d'honoraires : trois scénarios pour maîtriser l'immaîtrisable ?

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 : Frank Gaertner/Shutterstock
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

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

Tous droits de reproduction réservés.
Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél. : 01 44 07 47 70

PANORAMA

Panorama syndical féminin confirmé!



Avec l'arrivée de **Christelle Thieffinne** succédant à François Hommeril à la présidence de la CFE-CGC, la présence à la tête des principales centrales du pays de femmes est un événement à remarquer. Sur la base des huit principales organisations connues médiatiquement, on ne recense ainsi pas moins de cinq leaders femmes : outre la nouvelle donne au sein de la CFE-CGC, citons évidemment **Marylise Léon** pour la CFDT (certainement reconduite à son poste à la fin du congrès confédéral à venir), **Sophie Binet** pour la CGT, **Caroline Chevé** pour la FSU, et le duo de déléguées générales **Mireille Guilbert** et **Julie Ferrua** pour Solidaires. Sur le fond des orientations, peu de changements notables en réalité, mais un climat humain et politique différent. Les seuls leaders masculins encore en poste sont Cyril Cabanier pour la CFTC, Frédéric Souillot pour FO et Laurent Escure pour l'UNSA. ■

➤ Démographie en berne?



L'Insee fait peur avec son scénario central de projection de la démographie du pays d'ici 2070. Sur la base des données de 2025, un solde naturel négatif, le pays compterait moins d'habitants dès 2037. La baisse de 118 000 habitants projetée à l'horizon de 2070 ferait baisser la population totale de 2,5 millions. Selon les hypothèses retenues en matière de natalité, de migration et d'espérance de vie, d'ici 45 ans, le nombre d'habitants oscillerait entre 61 et 71 millions. Le véritable sujet demeurant la chute de 8,9 millions des moins de 45 ans, et inversement, la montée inexorable du vieillissement du pays (49 personnes de 65 ans et plus rapportées à 100 de 20 à 64 ans). ■

➤ Vives remontrances

C'est peu dire que **Sébastien Lecornu**, goûte modérément l'attitude « budgétaire » de ses ministres. Les premiers retours de copies en vue de bâtir les projets de loi de Finance (État et Sécu) pour 2027 prennent la forme d'une demande générale de hausse des dépenses de quelque 30 Mds €. Et ce, bien que l'exigence de Matignon tourne autour d'une baisse *a minima* de 20 Mds €. Du coup, colère du Premier ministre qui admoneste ses ministres, les priant de tout revoir. Illustration du « mal » français que la politique se confond avec le « toujours plus » ? ■



➤ Casse-tête juridique

Mais que va dire le Conseil d'État sur



la question de la clarification juridique de l'article de la LFSS 2026 gelant les tarifs des Ocam. Au Palais Royal, on juge peu correcte cette façon de botter en touche de la part du gouvernement. Sans négliger la « faute » du Conseil constitutionnel, qui a laissé passer sans broncher une disposition juridiquement intenable. D'autant que 98 % des tarifs 2026 des Ocam sont en hausse selon une enquête de Que choisir santé. Bref, le casse-tête parfait ou le syndrome de la « patate chaude » ! ■

➤ Regroupement

L'Inspection générale des Finances (IGF) appelle de ses vœux la fusion des sept ordres professionnels du secteur de la santé (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes et pédicures-podologues avec une harmonisation des règles déontologiques. Motif général, faible utilité, défaut d'efficience disciplinaire et dispersion des moyens. Une idée vivement rejetée par le CNOM (médecins) suivi en cela finalement par la totalité de ses colisiters. ■



À NOTER



CNAF et INRIA s'engagent pour développer une solution « souveraine » pour le calcul des prestations sociales *via* la solution moteur de calcul Catala.

•

En vue de responsabiliser les patients sur le coût réel des soins, David Amiel, ministre des Comptes publics, souhaite qu'au sortir de chaque séquence de soin, tout patient soit destinataire d'un texte de l'Assurance Maladie sur le coût de sa prise en charge. Dans le PLFSS 2027 ?

•

Décidément en verve, l'IGF et l'IGAS appellent à une politique plus vigoureuse d'efficience en matière de prescriptions via une revue des dépenses liant la ville et l'hôpital. Vingt pistes d'actions sont énoncées, dont la suppression du droit des médecins de s'opposer à la mise sous objectifs (MSO) pour certaines prescriptions.

•

La France ne comble pas suffisamment son retard en matière de taux de **pénétration du générique**, selon le président d'Alliance des médicaments abordables (Alma) succédant au Gemme. 44 % de taux contre 80 % en moyenne au Canada, Allemagne, Grande-Bretagne.

•

À peine 40 % des médecins généralistes conventionnés participent à la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), soit un ratio inférieur à ceux constatés chez nos voisins ! CQFD...

ILS ONT DIT



« Nous appelons l'État à être plus volontariste en matière de politique démographique des médecins. Le système actuel n'est plus tenable. Seules les communes les plus volontaristes disposant des moyens et des logistiques peuvent faire venir des médecins avec un cadre de travail adéquat. C'est pour cela que nous soutenons la proposition de loi transpartisane examinée au Sénat depuis le 11 juin ».
Gérard Raymond, président de France Assos Santé.



« Au moment où certains cherchent à instrumentaliser les questions migratoires pour opposer les populations entre elles, le rapport du COR rappelle qu'aucune politique de retraite ne peut être pensée indépendamment des réalités économiques, sociales et démographiques du pays… face au processus du vieillissement, nous défendons un débat public fondé sur les faits, la solidarité et la cohésion sociale plutôt que sur les peurs, les stigmatisations et les faux procès en irresponsabilité budgétaire ».
Dominique Corona, secrétaire général adjoint de l'UNSA.



« Face au mur budgétaire, le contraste est saisissant entre le cri d'alarme lancé par les experts et la quasi-paralysie des politiques… la somme des réformes à engager pour éviter d'être asphyxié par la charge de la dette est telle qu'un sérieux doute pèse sur la capacité des candidats à l'élection présidentielle à affronter le problème ».
Françoise Fressoz, éditorialiste au *Monde*.



« La fécondité baisse, la natalité flanche, le solde naturel démographique devient négatif. Faut-il paniquer pour autant ? Mesurer l'importance et les conséquences des tendances démographiques impose de revenir aux indicateurs. Or, au regard des données et des inerties à l'œuvre, il n'y a pas lieu de s'alarmer. Car la descendance finale (nombre d'enfants par femme au terme du cycle de fécondité) assure, jusqu'à demain, le renouvellement des générations. Après-demain, tandis que le nombre de décès va progresser, celui-ci est plus incertain ».
Julien Damon, revue *Telos*, 31 mars 2026.

LES CHIFFRES

30 Mds €
montant total des primes des fonctionnaires toujours non prises en compte dans le système de retraite (le COR le demande).

4 à 6 %
de hausse des coûts de production des médicaments due à la guerre au Moyen-Orient selon le Leem.

760
décès liés au travail en 2024 selon l'INRS dont 60 % qualifiables de « malaise mortel »

891
médecins généralistes (300 en plus sur un an) se sont installés en zones prioritaires en 2024. Bonne nouvelle !

8 300
visiteurs médicaux en 2025 (contre 23 000 en 2005), un bouleversement !

138 Ms €
au profit de 21745 entreprises, soit le montant d'aides de la branche AT-MP en 2024 versées au titre de la prévention des risques ergonomiques.

155 000
personnes en 2021 (les données 2023 et 2024 sont en attente), dernier solde migratoire « fiable » selon l'Insee

82 %
des Français seraient devenus « plus exigeants » avec leur médecin, selon Opinion Way.

© CFE-CGC - Wikipedia - FSU- SOLIDAIRES- Freepik -Cocktail Santé - DR

Déficit des retraites : le COR remet une couche!



© Freepik

Le rapport annuel du COR publié il y a quelques jours se situe dans la droite lignée des précédentes éditions. En faisant état d'une probable aggravation du déficit structurel du système de retraite au delà des années 2040. Une contribution évidemment incontournable en vue du débat électoral de 2027.

Le cru 2026 du Conseil d'orientation des retraites (COR) confirme l'accroissement du déficit du système de retraite (régimes de base et complémentaires) devrait s'approcher des 6,8 Mds € en 2030, représentant 0,2 point du PIB. Il atteindrait ensuite 0,9 point en 2045, mais se creuserait pour atteindre les 2,4 points en 2070 (contre 1,4 prévu dans la précédente estimation).

Situation bancale

Ces projections, plus alarmantes, à long terme s'appuient sur un scénario de référence. Celui-ci est construit toujours sur la base d'un taux annuel de productivité à 0,7 % et d'un taux de chômage à 7 % stabilisé en 2040. Là où les changements s'opèrent, c'est sur le volet démographique du scénario. Il intègre les nouvelles estimations de population établies par l'Insee. L'indicateur conjoncturel de fécondité poursuivrait sa baisse pour se stabiliser à 1,45 enfant par femme à partir de 2028 (contre 1,8 auparavant), avec des répercussions sur le nombre de travailleurs. Les perspectives concernant le solde migratoire sont, quant à elles, revues à la hausse avec désormais 150 000 personnes supplémentaires attendues par an (après une hypothèse précédente de 70 000). À la clé, une augmentation du nombre d'actifs et donc, plus de cotisations à percevoir. Par ailleurs, l'augmentation de l'espérance de vie pourrait finalement être moins rapide qu'anticipé. Les effets attendus de ces deux derniers points pourront, en partie, amortir l'impact de la crise au Moyen-Orient, et celle de la suspension de la réforme de 2023. Le coût de cette dernière est ainsi estimé à 1,8 Md € en moyenne en année pleine jusqu'en 2032. Le rapport intègre aussi dans ses projections l'ensemble des mesures de la LFSS 2026, outre la suspension de la réforme d'avril 2023, visant en particulier la hausse de la cotisation employeur pour la CNRACL, le maintien des améliorations de droits (mère de famille, cumul emploi-retraite, congés parentaux).

Des leviers connus

Le COR examine par ailleurs, comme dans les éditions précédentes, plusieurs leviers pour redresser les comptes : diminution des dépenses, hausse des cotisations, recul de l'âge de départ. Il rappelle toutefois que seule cette dernière voie est « expansionniste ». Dans le scénario de référence (*cf. tableau ci-dessous)*, en misant sur le seul « levier de l'âge », la piste d'un relèvement progressif est évoquée : 64,2 ans en 2030, 65,6 ans en 2045 et enfin 67,6 ans en 2070. Dans son précédent rapport, l'instance tablait alors sur 64,3 ans en 2030, 65,9 ans en 2045 et 66,5 ans en 2070.

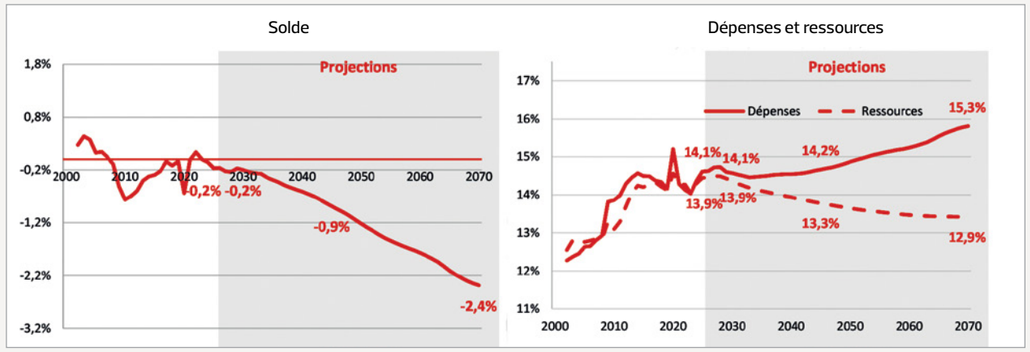
Dans le détail des situations par grands régimes, on notera sur les projections à horizon 2045 (les seules vraiment crédibles en réalité), que les facteurs impactant le plus le système dans son ensemble sont le taux de productivité et évidemment la démographie. Pour la productivité, un taux de 0,4 % sur le long terme, donc inférieur à celui retenu dans le scénario de référence, augmenterait le déficit de 30 % à horizon de 35 ans… dans la même veine, la hausse du taux d'emploi assurerait un surplus net de recettes de l'ordre de 0,3 %. Toutefois, une constante s'impose : le déficit monte en puissance à partir de 2030 et irréversiblement.

Le Conseil ne cache guère ses préférences concernant la recette à appliquer en vue de redresser la barre. Et ce, quand bien même les organisations syndicales pourraient se dissocier de nombre de préconisations formulées. À tout le moins, l'instance demande aux acteurs du système un engagement de pilotage de ce dernier sur le long terme avec à la clé des mesures de redressement financier. Seul vrai point de consensus ?

Des suggestions qui ne manqueront pas de relancer le débat, à moins d'un an de la présidentielle de 2027…

Émilie Guédé et Pascal Beau

Solde, dépenses et ressources du système de retraite en part de PIB (scénario de référence)



En écart au compte central

Modération des pensions de 6 milliards d'euros	Court terme 2 ans	Moyen terme 10 ans	Long terme 20 ans
PIB (en %)	− 0,1 à − 0,2	− 0,1 à − 0,2	− 0,1
Emploi (en milliers)	− 10 à − 20	− 10 à − 25	− 5 à − 10
Solde primaire des APU (en pts de PIB)	+0,1	+0,1	+0,1
Hausse des cotisations sociales retraite employeurs de 6 milliards d'euros	**Court terme 2 ans**	**Moyen terme 10 ans**	**Long terme 20 ans**
PIB (en %)	− 0,1	− 0,1 à − 0,3	− 0,1 à − 0,3
Emploi (en milliers)	− 25 à − 50	− 20 à − 75	− 15 à − 80
Solde primaire des APU (en pts de PIB)	+0,1	0 à +0,1	0 à +0,1
Hausse des cotisations sociales retraite salariés de 6 milliards d'euros	**Court terme 2 ans**	**Moyen terme 10 ans**	**Long terme 20 ans**
PIB (en %)	− 0,1 à − 0,2	− 0,1 à − 0,2	− 0,1 à − 0,3
Emploi (en milliers)	− 15 à − 30	− 20 à − 70	− 15 à − 80
Solde primaire des APU (en pts de PIB)	+0,1	+0,1	+0,1
Augmentation d'1 an de l'AOD	**Court terme 2 ans**	**Moyen terme 10 ans**	**Long terme 20 ans**
PIB (en %)	+0,1 à +0,5	+0,5 à +0,7	+0,1 à +0,8
Emploi (en milliers)	+50 à +140	+160 à +250	+200 à +240
Solde primaire des APU (en pts de PIB)	+0,05 à +0,4	+0,3 à +0,6	+0,3 à +0,65

Effets sur le PIB, l'emploi et les finances publiques de différentes mesures de consolidation



Source : SG COR d'après les simulations de la DG Trésor (Mésange et modèle comptable), I-MIP (modèle CepreHANK) et OFCE (modèle EmeRaude).

15 questions pour y voir plus clair

Bien que confirmant dans l'ensemble les données de son rapport de juin 2025, une série d'interrogations persiste. Sans exclusive, une quinzaine de questions mérite un rapide éclairage.

1 Où se niche principalement le déficit du système?

Le système dit de Liquidation Unique des Régimes Alignés (dit LURA), en vigueur depuis 2017 concentre les données des régimes de base autour de la CNAV. C'est dans cette construction éco-statistique que se niche l'essentiel des déficits projetés par le COR. Pour une raison simple : la plupart des régimes spéciaux et le Service des retraites d'État (SRE) bénéficient de règles de subventionnement automatique d'équilibre.

2 Le gouvernement peut-il changer les règles comptables de présentation des comptes du SRE au motif de la transparence?

C'est l'intention du ministre des Comptes publics, David Amiel, s'inspirant des travaux de Jean-Pascal Beaufret, ancien DG des Finances publiques, qui veut faire apparaître le taux de cotisation « employeur » réel de l'État (géré par le SRE), soit 82 %, au lieu des quelque 17-18 % du secteur privé. Le but de la manœuvre ? Montrer que les pensions de la Fonction publique d'État sont largement subventionnées.

3 Quel est le montant des réserves de tous les régimes?

Elles se nichent dans les caisses complémentaires et s'élevaient à 244,6 Mds € fin 2025. Soit 7,5 % du PIB. En hausse de 28 % depuis 2018. Une interrogation demeure : bien qu'indispensable en soi, ce montant considérable ne pourrait-il pas, pour une part minoritaire certes, contribuer au renflouement de la CNAV et du SRE, chargés « comme des mules » de dépenses de solidarité nationale ?

4 Quelle situation pour le Fonds de réserve des retraites?

Créé sous Lionel Jospin en 1999, le F2R était doté en fin d'année dernière de quelque 20,7 Mds €. En réalité, il a été décapité dès ses premiers pas. Une spécialité nationale… il devait constituer une sorte de fonds souverain sur 25-30 ans avec une perspective de 200 Mds € à long terme. Et ce, en vue de lisser les besoins de financement. Une idée pertinente sur le papier, mais qui n'a pas résisté aux pratiques sociales et budgétaires.

5 Quelle part du déficit de la CNAV dans la dette sociale?

Encore 29,3 Mds € à fin 2025. Mais, compte tenu des déficits à venir tant pour la CNAM que la CNAV, la question du rebond de la Cades est posée au-delà de 2033. En fait, sauf à rehausser le taux de CRDS, le parlement va devoir allonger la durée de vie de la Cades *a minima*.



6 Quelle part de capitalisation dans le système de retraite obligatoire?

En gros, la « Capit » pèse 1,4 % du PIB, soit 45 Mds €. Cela concerne deux régimes : la caisse complémentaire des pharmaciens et le RAFP (régime additionnel de la Fonction publique). Deux régimes largement provisionnés, au-delà des 100 % exigibles. Si on élargit la « focale » de la question de la place de la capitalisation, on pourrait adjoindre à ces 45 Mds €, les 240 Mds € de réserves des régimes complémentaires placés sur le marché financier, les quelques 250 Mds € d'actifs d'épargne retraite. Sans oublier le poids considérable de l'assurance vie comme moteur de l'épargne des ménages.

7 Quel facteur pèse le plus sur le déficit structurel à venir selon le COR?

Le rapport met particulièrement en avant l'importance du tandem démographie générale/productivité. Clairement, au-delà des années 2040, le système entre en crise profonde. En apparence, à moyen terme (d'ici 10-15 ans), le déficit n'explose pas. À condition d'être traité !

8 Quels levers sont les plus efficaces pour amortir le choc économique à venir?

Le COR met nettement en évidence l'importance, selon lui, d'une hausse indispensable à venir de l'AOD (Âge d'Ouverture des droits) et de son impact sur le taux d'emploi pour les 55-64 ans et surtout sur les 60-64 ans notamment. En gros, la France a un taux d'activité inférieur de 6 à 7 % sur les 60-64 ans à la moyenne de l'OCDE. Rattraper cet écart s'annonce donc fondamental.

9 Le taux de remplacement du ratio pension/revenu d'activité baissera-t-il?

Oui, répond le COR. Pour trois raisons majeures : l'effet désindexation pensions/prix depuis plusieurs années, l'effet faible inflation sur les salaires portés au compte de chaque cotisant (impact réforme Seguin de 1986) et, bien entendu, l'impact des réformes des retraites depuis 1993.

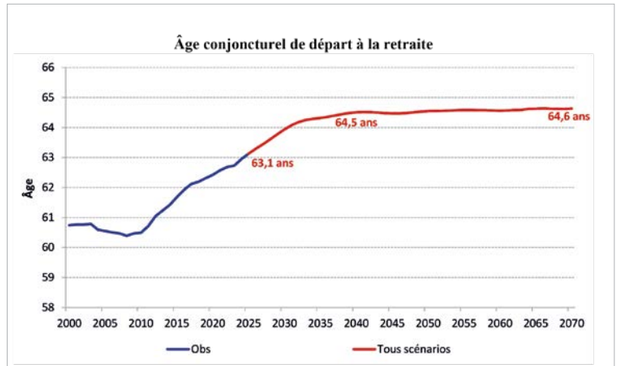
10 Quelle durée moyenne d'espérance de vie des pensionnés?

En moyenne, les retraités français ont une espérance de vie (E-Vie) de l'ordre de 24-25 ans après la date de liquidation des droits. Une des plus élevées dans l'OCDE et en UE. Bien que ralentissant, le gain d'E-Vie croîtra encore.

11 Quelles inégalités sociales devant la retraite?

Au-delà des différences de droits entre ressortissants des régimes qui s'éteignent progressivement, c'est dans les écarts socio-économiques d'espérance de vie que se niche l'essentiel des inégalités liées aux conditions de vie, de travail, etc., la France détient, sur ce plan, d'un système plutôt important de compensations (longues carrières, droits anticipés, le C2P, etc…). Le rapport Prestations/Cotisations pour chaque catégorie socioprofessionnelle fait ressortir une forme de transfert économique à rebours des actifs défavorisés vers les plus favorisés, lié aux différences d'E-vie après 65 ans. La Suède a mis sur pied un régime en « comptes notionnels » destinés à égaliser les droits au sein d'une même génération de pensionnés. Une démarche complexe aux résultats mitigés toutefois.

12 Quel âge moyen de liquidation des droits?



Champ : retraités de droit direct résidant en France et à l'étranger de l'ensemble des régimes de retraite français légalement obligatoires.
Source : Drees, modèles Ancêtre et Trajectoire, hypothèses COR 2026.

La courbe ci-dessus est « parlante ». Fin 2024, l'âge moyen du régime LURA était de 63,1 ans. Grosso modo, l'âge moyen progresse de quelques mois par année. Cela tient aux effets des réformes passées (durée de cotisations), à la montée des carrières des femmes, à l'évolution des métiers et de la tertiarisation de la population active.

IL N'Y A PAS QUE LA FRANCE !



Les positions des partenaires sociaux sur le rapport du COR sont connues. Bien que ce ne soit pas la fonction propre du texte que d'émettre des choix, l'option du relèvement de l'AOD (Âge d'ouverture des droits) est privilégiée. Une hypothèse, plus ou moins implicite, clairement rejetée par la totalité des organisations syndicales. La France n'est pas le seul pays de l'UE à se contorsionner sur le dossier des retraites. L'Allemagne, *via* une commission de 13 experts, la *Rentenkommission* (équivalent du COR français), va devoir trancher sur la question du relèvement de l'âge de l'ouverture des droits. Mais outre-Rhin, le débat porte sur un possible basculement de 67 ans à 70 ans. On est (très) loin du débat franco-français… Casse-tête politique en vue pour le chancelier allemand, **Friedrich Merz**, avec un risque d'éclatement de la coalition CDU-SPD.

13 Quelle pauvreté monétaire chez les retraités?

Évidemment, le système n'est pas parfait. Il reflète les niveaux de revenus et les aléas des carrières. Mais des mécanismes puissants de solidarité nationale fonctionnent, comme les minima des régimes, le minimum contributif, les remises à niveau des pensions agricoles, etc. Si le taux de pauvreté global (60 % du revenu médian) de la France oscille autour de 15 %, celui des retraités est de 10,5 %. L'amélioration continue du niveau des pensions versées depuis 30 ans, bien que ralentie ces dernières années, change la donne générale populationnelle du pays. Mettant en évidence, un appauvrissement relatif des classes d'âge jeunes et une bonne tenue du pouvoir d'achat, du niveau patrimonial des séniors. De ce point de vue, les études du COR sur les comparaisons internationales placent la France dans le pool de tête des réussites et des acquis.

14 Quelles perspectives pour les futures cohortes de retraités?

Les courbes de déficit, de poids des pensions sur le PIB démontrent, selon le COR, l'impératif de stabiliser le ratio autour de 14 à 14,5 %. Cela doit passer par une forme de déconnexion sur la dynamique pension/revenu d'activité sur le long terme.

15 Quelle réforme à venir?

La nouvelle concertation initiée par le gouvernement Lecornu d'ici la fin 2026 (conclave appelé TER) débouchera-t-elle sur quoi ? Le statu quo des droits d'avant avril 2023 ? Le basculement à une réforme systémique en points, en durée de cotisations, le tout sans âge d'ouverture des droits ? Le retour à une réforme classique paramétrique ?

■ **Pascal Beau**

© Freepik / COR / Wikipédia

ACCÈS AUX SOINS

Spécialiste de la santé mobile et connectée, Hocoia développe des solutions innovantes pour rapprocher les soins et la prévention des populations, notamment dans les territoires confrontés à la désertification médicale. À l'image des Médicobus, véritables cabinets médicaux itinérants, qu'elle déploie auprès des collectivités dans le cadre du partenariat qu'elle a mis en place avec la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT). Présentation de la démarche avec **Benoît Bourre, médecin, directeur général et co-fondateur de Hocoia, et Laure Virzi, responsable département marketing collectif à la MNT.**



« Ce partenariat contribue à rendre la prévention plus accessible »

Quelle est la genèse d'Hocoia ?
Benoît Bourre : Hocoia est née d'un double constat de terrain : d'une part, les difficultés croissantes d'accès à la santé dans de nombreux territoires et, d'autre part, le manque d'actions de prévention accessibles au plus près des populations. En tant que médecin, j'y étais confronté quotidiennement. C'est pourquoi, avec deux ingénieurs, nous avons créé Hocoia afin d'apporter une solution concrète de santé mobile et coordonnée, capable de rapprocher les soins et la prévention des patients grâce à des dispositifs itinérants et des outils technologiques de pointe.

Dans quels territoires votre offre est-elle actuellement déployée ?
B.B. : Nos dispositifs sont déployés sur l'ensemble du territoire français, avec une priorité donnée aux zones sous-dotées en offre de soins, rurales, périurbaines ou en tension médicale. Nous intervenons en lien avec les collectivités et les acteurs locaux afin de répondre aux besoins prioritaires en accès à la santé et en prévention.



Quels professionnels et quels équipements mobilisez-vous au sein d'un MédicoBus ?
B.B. : Un MédicoBus Hocoia est un cabinet médical mobile connecté. Selon les missions, il accueille des professionnels de santé (médecins, infirmiers, manipulateurs…) ainsi que le matériel nécessaire aux consultations, aux dépistages et aux actions de prévention. Il intègre également des outils de télémédecine et de coordination numérique. Notre objectif est d'apporter une solution complète adaptée aux besoins de soins primaires des patients dans les territoires où nous opérons.

Le MédicoBus intervient-il uniquement pour des besoins ponctuels ou peut-il s'inscrire dans un suivi de long terme ?
B.B. : Notre approche associe les deux. Le MédicoBus répond à des besoins de soins ponctuels, tout en s'inscrivant dans un parcours coordonné. Lorsque cela est nécessaire, un suivi est organisé avec les professionnels de santé du territoire afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Notamment, avec les médecins traitants.

© Hocoia / MNT / DR





Pour la MNT, en quoi ce partenariat vient-il compléter votre rôle de mutuelle ?
Laure Virzi : Effectivement, Hocoia constitue une solution complémentaire qui nous permet de faciliter l'accès aux soins dans les territoires, au plus près des citoyens. Ce partenariat contribue également à rendre la prévention plus accessible, notamment à travers des campagnes de dépistage. C'est un enjeu majeur lorsque l'on sait qu'en 2022, seules 3 % des dépenses de santé en France étaient consacrées à la prévention.



Benoît Bourre, directeur général et co-fondateur de Hocoia.

Concrètement, comment faites-vous le lien entre les collectivités en demande de services de santé et Hocoia ?
L.V. : Le maillage territorial de notre mutuelle favorise des échanges réguliers avec les décideurs locaux et nous permet de bien connaître les enjeux propres à chaque territoire. Les interlocuteurs MNT au sein des territoires ont été formés aux dispositifs proposés par Hocoia et peuvent les présenter lorsque ces derniers répondent à un besoin identifié. Quand une collectivité se montre intéressée, ses coordonnées et ses attentes sont transmises aux équipes d'Hocoia. Celles-ci prennent alors le relais pour analyser plus précisément les besoins du territoire et organiser l'intervention du MédicoBus.



Laure Virzi, responsable département marketing collectif à la MNT.

Quels retours vous font les collectivités ayant bénéficié du dispositif ?
L.V. : Ils sont très positifs ! Hocoia aide notamment les collectivités à faire le lien, lorsque cela est nécessaire, avec les structures de santé locales. L'entreprise prend également en charge l'organisation de l'intervention et la communication sur le territoire : prise de rendez-vous pour les patients, information des agents et des administrés, coordination des différentes étapes du dispositif. L'expertise des professionnels de santé mobilisés sur place, la fiabilité des équipements médicaux et le suivi assuré lorsque la situation le nécessite sont également particulièrement appréciés.

Quels types d'actions de prévention les MédicoBus déploient-ils ?
B.B. : Les actions de prévention sont définies en fonction des besoins des territoires, des attentes des collectivités et des enjeux de santé publique, en particulier dans les zones en tension médicale et les déserts médicaux. Elles peuvent prendre la forme de campagnes de dépistage (cancers, risques cardiovasculaires), d'actions dédiées à la santé des femmes, ainsi que de dispositifs de check-up et de bilans de prévention. L'objectif est de favoriser le repérage précoce des pathologies et de renforcer l'accès à la prévention au plus près des populations.

Peut-on imaginer demain des MédicoBus porter des actions de prévention co-construites avec la MNT ?
B.B. : Le modèle des MédicoBus est conçu pour s'inscrire dans une logique de partenariat avec les acteurs de terrain, comme la MNT, afin de construire des actions de prévention ciblées et adaptées aux besoins des populations. Cette approche permet de co-définir des dispositifs entièrement adaptés aux enjeux des territoires, avec une forte capacité d'adaptation, afin de renforcer l'impact des actions de prévention et d'aller à la rencontre de publics parfois éloignés du système de soins.
L.V. : Notre partenariat est encore récent, puisque nous fêterons sa première année en septembre prochain. Plusieurs pistes de réflexion sont déjà à l'étude autour de dispositifs ou d'actions communes, en fonction des besoins identifiés dans les territoires. La prévention constitue un enjeu majeur, tout comme la médecine préventive. L'accès aux soins dans les territoires confrontés à la désertification médicale fait également partie des sujets sur lesquels nous souhaitons poursuivre notre réflexion.

Propos recueillis par Alexandre Beau et Emilie Guédé

HÔPITAL

Une stratégie pour désengorger les urgences

À l'aune de la période estivale, le ministère de la Santé a présenté une nouvelle stratégie visant à réduire durablement les passages évitables dans les services d'urgences. Celle-ci repose en grande partie sur une montée en charge conséquente de dispositifs peinant jusqu'alors à attendre leur niveau d'activité escompté.

Sept ans après la mise en place du Pacte de refondation des urgences, le ministère de la Santé a dévoilé le 5 juin dernier une nouvelle stratégie en vue de réduire les passages évitables et de redonner durablement des capacités à ces services d'urgence. « *Le Pacte de 2019 aura permis d'endiguer une hausse continue du nombre de passages, mais il nous reste des progrès à faire alors que nos services d'urgence connaissent chaque été et hiver de fortes tensions, que 30 à 40 % des patients accueillis pourraient et devraient être pris en charge ailleurs, et que la durée moyenne de passage continue de s'allonger* » a précisé Stéphanie Rist à l'occasion du congrès Urgences 2026. La nouvelle feuille de route gouvernementale vise en cela à « *mieux réguler en amont et fluidifier les parcours des patients en aval* ».



Un objectif (très) ambitieux

Selon la Drees, plus de 21 millions de passages dans des services d'urgences ont été recensés en 2024. Un chiffre en croissance de 2 à 3 % sur les dernières années qui maintient les établissements sous pression. Le principal objectif gouvernemental est de « *remédier à une situation qui n'est plus soutenable* » en réduisant le nombre de passages évitables par deux. En l'occurrence, 4 millions de moins. Un défi d'ampleur qui passera à la fois par l'émergence de solutions alternatives de prise en charge et par une meilleure régulation des patients à l'entrée des services. Sur le premier, on mise sur les services d'accès aux soins (SAS) et sur un encadrement resserré des centres de soins non programmés. Sur le second, cela sera la réorientation du patient vers la médecine de ville dès l'entrée du service et la régulation de l'accès aux urgences par le 15.

En outre, cette nouvelle stratégie devra renforcer l'aval au travers l'utilisation de leviers, comme la systématisation du recours à des *bed managers**, la généralisation des salons d'attente pour les entrées et les sorties ainsi que l'installation d'un système d'admission directe pour les patients les plus fragiles. En outre, un rapport a été commandité à six personnalités qualifiées pour nourrir cette feuille de route sur l'aval. Ses conclusions devraient être remises durant le courant de l'été.

Des SAS sous-exploités?

Plutôt que lancer de nouveaux mécanismes, le ministère de la Santé ambitionne donc de mobiliser ceux déjà installés, ou expérimentés, depuis plusieurs années. Au premier rang duquel, on trouve les SAS en vue de passer « *d'une régulation subie à une régulation anticipée et programmée* ». Bien que couvrant désormais 100 % du territoire, ils sont encore loin d'avoir atteint leur vitesse de croisière faute de mobilisation des médecins libéraux. Par exemple, l'ARS Île-de-France faisait remonter qu'au 1er janvier dernier, seuls 5 % des médecins de ville installés dans la région participaient au SAS. Ces derniers ont assuré 70 162 rendez-vous sur 2025… soit 5 % des 1,32 million de passages aux urgences franciliennes « évitables » en croisant les données de la Drees et du CNOM. Lors de sa phase initiale de déploiement, les travaux d'évaluation pointaient que l'intervention d'un opérateur du SAS débouchait dans 61 % des cas sur la délivrance de simples conseils médicaux et 24 % sur une orientation vers une consultation en ville. Démontrant en cela une réelle plus-value du dispositif… dès lors qu'il était sollicité.

Concernant la réorientation vers l'offre de ville, une expérimentation de mise en place d'un forfait, valorisé à 60 €, pour inciter les services à rediriger le patient vers un professionnel de santé en ville est en place depuis 2021. Si aucune évaluation officielle n'a été récemment publiée, un premier galop d'essai, entre mai 2021 et décembre 2022, avait débouché sur des résultats décevants. Sur 36 services expérimentateurs, 33 % n'avaient enregistré aucune réorientation, 28 % dans des proportions très faibles, 17 % modérément, et 22 % ont activement utilisé le dispositif. Des chiffres à mettre en perspective de l'objectif ministériel visant à donner deux ans pour que 100 % des services d'urgence pratiquent cette réorientation. En attendant, une grande campagne d'information nationale a été lancée. Son slogan est « *les urgences, ce n'est pas une évidence !* ». Suffisamment accrocheur pour les publics visés ?

Alexandre Beau

** gestionnaires de lits hospitaliers*

© Cocktail Santé

ASSURANCE MALADIE

Dans quelques jours, Christian Collard, directeur de la Cpam des Hauts-de-Seine, va quitter ses fonctions pour partir en retraite. Retour sur plus de trente ans de carrière passés au sein de la branche Maladie et sur les défis auxquels font face les caisses primaires.

« Une tendance au recentrage de nos activités »



Quel aura été votre parcours au sein de la Sécurité sociale ?

Ma carrière Sécu est en fait une carrière Assurance Maladie. Après diverses occupations, le hasard m'a conduit à la Cpam de Reims pour un CDD d'employé au classement. Une belle et longue formation bien complète de technicien comme on faisait à l'époque, puis les cours de cadre et quelques années comme responsable d'un centre de paiement m'ont donné une base Assurance Maladie bien utile pour la suite. Un petit tour à Versailles dans la formation professionnelle et le CNESSS dans la foulée. J'ai opté pour un stage au sein de la direction déléguée de la Cnam contre l'avis de la direction de l'école qui me voyait plutôt dans une caisse locale, mais le choix était bon, puisqu'il m'aura permis de travailler au côté de François Poisneuf que j'ai eu le plaisir d'accompagner pendant plusieurs années ensuite à la direction de la Cpam des Yvelines, jusqu'à en assurer la direction par intérim avant de prendre celle de l'Essonne. Dix ans plus tard, direction Nanterre pour une aventure qui prendra fin le 30 juin après un peu plus de neuf ans.

Pas de regret de n'avoir pas tenté l'aventure dans d'autres branches ?

Non aucun, car je n'ai jamais eu de plan de carrière. D'ailleurs, lorsque j'interviens à l'EN3S, je dis souvent aux élèves que les plans de carrière, cela fonctionne bien en théorie, mais dans la pratique, la réalité de l'institution fait que les opportunités se présentent au fil des vacances de postes. On postule ou pas, on est pris ou pas et le reste de la carrière en dépend.

Les relations avec les professionnels de santé sont-elles aussi compliquées qu'on le laisse paraître ?

Tout dépend à quel niveau. Dans les commissions paritaires qui concentrent l'essentiel de nos relations avec les professionnels de santé, l'exercice est, largement convenu avec des représentants syndicaux portant leurs propres revendications souvent collectives, mais parfois individuelles, alors que de notre côté, dans le cadre conventionnel, nous abordons des problématiques souvent très globales. La confrontation de ces deux réalités est parfois complexe et souvent un peu théâtrale. La relation sur le terrain est plus délicate entre un monde médical qui reste fondamentalement individualiste et indépendant, et l'Assurance Maladie qui met en avant tout un ensemble de règles, de conseils, de bonnes pratiques et d'objectifs d'une cohérence indiscutable, mais souvent reçues comme autant de contraintes insupportables. Il faut quand même admettre que le poids de l'administratif dans leur activité est conséquent. Malgré le renouvellement générationnel de nos interlocuteurs, cette forme d'incompréhension perdure malgré de réels efforts de notre côté pour simplifier ce qui peut l'être. Nous devons aussi améliorer notre communication, car, si nos messages ne passent pas, c'est aussi que parfois, ils sont juste incompréhensibles pour des étrangers à notre univers.

Comment voyez-vous évoluer l'activité d'une Cpam d'ici dix ans ?

Question intéressante… qui se posait déjà lorsque j'ai commencé ma carrière à Reims ! On imaginait alors que tout allait changer sous l'impulsion de l'informatique qui se généralisait ou de politiques qui allaient brader la Sécu. Aujourd'hui, on rajoute l'IA pour se faire peur. C'est certain que les nouvelles technologies nous feront aller plus vite et plus loin dans l'usage de nos logiciels, mais ma conviction est que le cœur de métier du technicien ne changera pas fondamentalement. Aujourd'hui plus de 95 % de notre production est automatisée, ça ne laisse plus beaucoup de marges et beaucoup de choses pourraient être mieux faites. D'ailleurs, regardez les dernières évolutions organisationnelles de la branche, comme celles concernant la réinternalisation du service médical dans les Cpam, on se rend compte que nous nous inscrivons davantage dans une tendance au recentrage de nos activités, vers le contrôle, l'amélioration de la qualité du service, ou la lutte contre la fraude. Des problématiques qui étaient déjà au cœur des activités des caisses il y a trente ans. On a gagné en efficience depuis, mais la finalité de nos missions reste identique.

Alexandre Beau

© Cocktail Santé

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Trois scénarios pour maîtriser l'immaîtrisable?



En sus des déficits de la branche Maladie, de la gestion des pathologies chroniques, et des déserts médicaux, la non-maîtrise des dépassements honoraires s'annonce comme une autre bombe à retardement pour le système sanitaire. Pour éviter d'éventuelles conséquences financières et organisationnelles dramatiques d'ici quinze ans, le HCAAM présente trois pistes de réformes structurelles.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) tire une nouvelle fois la sonnette d'alarme en ce qui concerne l'évolution des dépassements d'honoraires (DH) pratiqués par les médecins libéraux en secteur 2. Depuis 2019, leur niveau augmente de 5,3 % par an en euros constants. Le coût global de cette tendance était chiffré à 4,7 Mds € l'an dernier (hors médecine générale). En tendanciel, la barre des 10 Mds serait potentiellement dépassée en 2040. Cette conséquente progression s'appuie sur une médecine spécialisée installée à 56 % en secteur 2 (contre 37 % en 2000). Un chiffre qui pourrait atteindre les 89 % d'ici quinze ans.

Selon le Haut Conseil, ces chiffres s'expliquent par plusieurs éléments structurels. Le premier étant l'échec de la généralisation du dispositif Optam/Optam-Co, conçu par l'Assurance Maladie, auquel seuls 44 % des médecins éligibles adhèrent. Le second levier est l'attractivité du secteur 2 auprès des jeunes professionnels de santé avec la promesse de revenus plus importants (20 à 30 % qu'en secteur 1) et de la liberté de pratique tarifaire. Et enfin, sont également mis en avant les multiples déséquilibres systématiques (concentrations territoriales, disparités entre spécialités…) propres à l'organisation de la médecine de ville.

Pour mettre un coup d'arrêt à cette dynamique, dont les conséquences à moyen terme pourraient être catastrophiques selon le président du HCAAM *(cf. ci-dessous)*, trois pistes de réforme sont avancées. Elles ont en commun de favoriser la limitation de la progression annuelle des DH à moins de 5 % et d'élargir l'offre de ville à tarif opposable en vue de dépasser les 80 % d'activité en secteur 1.

« Un risque de disparition du secteur 1 »



« Plus que la situation actuelle, ce qui nous conduit à considérer qu'il est nécessaire, voire urgent d'agir, c'est la dynamique du phénomène. On assiste à une très forte augmentation de la part du secteur 2 et des dépassements d'honoraires. (…) Il faut avoir en tête que là où on était à moins de 40 % de médecins en secteur 2 dans les années 2000, on est aujourd'hui à 56 %. Or, si la situation est aujourd'hui préoccupante, elle pourrait devenir carrément hors de contrôle d'ici quinze ans. Car si les comportements continuent d'évoluer comme ils l'ont fait ces dernières années, on pourrait atteindre près de 90 % de secteur 2 à horizon 2040. Cela voudra dire une quasi-disparition du secteur 1 dans la médecine de spécialité ».

Yann-Gaël Amghar, président du HCAAM

Scénario 1 : imposer une régulation maximale

Cette première hypothèse se veut la plus contraignante pour les médecins en prévoyant la fermeture définitive du secteur 2. Celle-ci s'opérait de façon immédiate pour les jeunes spécialistes à la sortie de leurs études et de façon progressive, pour ceux déjà installés au travers de l'application d'un plafonnement progressif des dépassements jusqu'à leur suppression totale. À rebond de cette démarche, des revalorisations tarifaires du secteur 1 ciblées, mais conséquentes seraient à prévoir afin de compenser, en grande partie, les 28 % de perte de revenus projetés pour les médecins en secteur 2 (soit 3,2 Mds €). L'Assurance Maladie devra, en outre, assumer un surcoût de prise en charge des cotisations sociales (420 Ms € par an). Ce scénario présente pour principal avantage de supprimer en grande partie l'inégalité financière d'accès aux soins, avec 77 % de baisse des DH, tout en simplifiant le système tarifaire.

Scénario 2 : un secteur 2 sélectif

Retour aux sources dans ce scénario avec l'objectif de rendre le secteur 2 minoritaire en restreignant son accès tout en limitant la liberté tarifaire. Sur le volet restriction, deux pistes sont envisagées. La première réserverait son accès uniquement aux anciens chefs de clinique (45 % des cohortes éligibles, contre 75 % aujourd'hui) quand la seconde le conditionnerait à dix ans d'expérience en secteur 1. En parallèle, le HCAAM préconiserait de plafonner à 150 % les DH tout en renforçant les contrôles menés par l'Assurance Maladie. Cette double manœuvre pourrait déboucher sur une baisse allant de 33 à 50 % du montant global de dépassements tout en améliorant la couverture de spécialistes pratiquant des tarifs opposables. Malgré tout, le système dual et ses complexités, tel qu'elles existent actuellement, perdureraient avec son lot d'inégalités d'accès.

Scénario 3 : davantage réguler les dépassements

- La démarche se veut ici plus ciblée avec le maintien d'un secteur 2 sans restriction d'accès qui serait contrebalancé par un encadrement plus strict des DH. Celle-ci se situerait à quatre niveaux :
- Application du tarif opposable aux patients les plus modestes (C2S) ainsi qu'à ceux en ALD et aux actes préventifs.
- Fixation d'un plafond de dépassements à 50 % du tarif conventionnel pour les spécialités les plus rémunératrices (ex. : radiologie) et à 100 % pour celles qui les moins (ex. : pédiatrie).
- Révision des règles d'installation en secteur 2 avec la double obligation d'avoir exercé dix ans en secteur 1 et de maintenir une part d'activité à tarif opposable.
- Gel des pratiques tarifaires pour les médecins déjà installés ou, ces derniers peuvent opter pour le nouveau cadre.

L'application de ces mesures pourrait faire baisser de 42 à 58 % le niveau de dépassements d'ici à 2040. Toutefois, elles impliqueraient un coût de 700 Ms € en revalorisation pour l'Uncam. Le prix d'une voie plus consensuelle que les deux autres, bien qu'elle ne répond pas à l'objectif de simplification du système tarifaire.

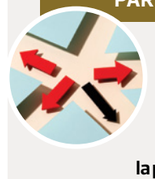
Quelle suite donner à ces travaux ? Là, réside potentiellement le point le plus épineux. Lors de la présentation de ces scénarios, le HCAAM a réaffirmé à plusieurs reprises que le portage d'une telle démarche ne peut être que politique et s'inscrire sur le long terme. Le contexte actuel ne permettant pas à l'Exécutif de se lancer dans une réforme de telle ampleur, le dossier ne pourrait être traité que dans un an. Dans le meilleur des cas. De son côté, l'Assurance Maladie n'interviendrait que dans un second temps dans le cadre de la négociation d'un avenant à la convention médicale. Or, que ce soit la piste de la suppression des DH ou celle de la restriction d'accès à l'installation en secteur 2, les pouvoirs publics doivent s'attendre à une opposition des plus virulentes de la part d'un écosystème médical historiquement frileux à tout changement de paradigme organisationnel. Un obstacle de taille qui a fait plier plus d'une initiative réformatrice ces dernières années.

Alexandre Beau

RÉCAPITULATIF DE L'IMPACT DU DÉPLOIEMENT DES SCÉNARIOS

NOTATION DE 1 À 5 (1 – très faible / 5 – très forte)	SCÉNARIO 1	SCÉNARIO 2	SCÉNARIO 3
Efficacité sur la maîtrise des dépassements d'honoraire (DH)	**5 sur 5** Suppression des DH	**2 sur 5** Baisse de 30% des DH	**3 sur 5** Baisse de 50% des DH
Acceptabilité pour les médecins	**1 sur 5** Risque élevé de conflit prolongé avec l'ensemble du secteur 2	**2 sur 5** Risque mobilisation intergénérationnelle médecins/étudiants	**3 sur 5** Mobilisation probable malgré un effort demandé moindre
Simplification du système pour le patient	**5 sur 5** Un système unique	**1 sur 5** Quasi-statu quo	**3 sur 5** Plus lisible pour les patients fragiles
Baisse du coût des DH pour le patient	**4,2 Mds €**	**Entre 15 et 31% de baisse des DH**	**2,6 Mds à 2,9 Mds €**
Coût pour l'Assurance Maladie	**+ 680 Ms € par an**	**+ 500 Ms € par an**	**+ 700 Ms € par an**
Coût pour les Ocam	**- 1,5 Md € par an**	**+ 26 Ms € par an**	**- 1 à 1,2 Md € par an**

LES PISTES EXCLUES PAR LE HCAAM



- **Faire des dépassements la contrepartie d'une meilleure qualité de la pratique médicale :** une telle option induirait que les actes pratiqués à tarif opposable seraient de moins bonne qualité.
- **Conditionner les dépassements à l'installation en zone sous-dense :** une décision qui ne réglerait ni le problème de dépassements ni ne rééquilibrerait celui de la répartition de l'offre de soins.
- **Accroître la part des Ocam dans la prise en charge des dépassements :** l'instance estime que cette piste déboucherait sur une hausse des tarifs appliqués par les médecins… qui découlerait sur une hausse des cotisations des Ocam
- **Les dépassements baisseraient si le niveau des tarifs opposables augmentait :** l'histoire récente, notamment sur les activités cliniques et les spécialités de bloc, démontre l'inexactitude de cette théorie.

© CocktailSanté/Freepik

Mgéfi
groupe matmut



Quand on a plusieurs vies, on attend de sa mutuelle qu'elle les protège toutes

La mutuelle spécialiste de la protection santé et prévoyance des agents publics

avec 90% de taux de satisfaction adhérent
(Baromètre annuel 2024 - INIT)

Fidèle aux valeurs du mouvement mutualiste, la Mgéfi promeut une santé qui se défend d'être une marchandise.

Choisir la Mgéfi, c'est rejoindre un système de solidarité unique fondé sur un engagement mutuel qui s'inscrit sur le long terme. Via un accompagnement personnalisé, des actions de préventions ciblées, et des solutions d'accompagnement social, **la Mgéfi s'engage concrètement aux côtés de ses adhérents.**

Bénéficiant de la robustesse du Groupe Matmut, la Mgéfi garantit une protection sociale humaine. Son savoir-faire éprouvé se fonde sur sa proximité et sa connaissance fine des besoins des agents publics.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité - Siren n° 499 982 098 - 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr

Basé sur 7 300 avis
Excellent ★★★★★ Trustpilot

mgefi.fr