

Note n° 138 aux retraitées et retraités adhérant à Solidaires

Le 26 mars 2026

La réunion des organisations de retraité·es

Le « G9 » n'était qu'à 7 à la réunion du 11 mars 2026 : CGT, CFE-CGC, FSU, Solidaires, FGR-FP, LSR, Ensemble & Solidaires.

Action du 2 avril 2026

L'organisation se prépare unitairement dans les régions : demandes d'audience (ARS, préfectures, etc.), rassemblements.

Pour Paris, l'UCR-CGT a déposé un rassemblement et une demande d'audience pour remettre ses pétitions. L'UCR-CGT confirme le lieu dès qu'il aura été validé par la préfecture, ce sera de 12 h à 16 h, avec barnums, casse-croûtes, sonos, et des courtes prises de parole des organisations présentes.

Expression commune sur le contexte

Le document renvoyé par l'UNIRSolidaires est destiné aux équipes militantes. À partir de celui-ci, l'UNIRSolidaires va proposer de courts tracts/flyers sur chaque sujet abordé, afin d'avoir du matériel à vocation de masse et utilisable dans la durée.

1^{er} mai 2026

La pertinence d'une expression commune des organisations de retraité·es reste posée. A revoir...

Danger imminent pour la protection sociale

Il est réaffirmé la nécessité de débattre et de communiquer rapidement sur nos positions et nos revendications face aux différentes attaques potentielles et probables dans le prochain budget, mais également dans l'optique des élections présidentielles de 2027.

Pouvoir d'achat des retraité·es

Il faut se préparer à contredire le discours ambiant qui prétend que le pouvoir d'achat des retraité·es se porte bien. Cela va être un enjeu important des prochains mois. L'UNIRSolidaires prépare un tract du G9 sur ce sujet.

Prochaine réunion

Elle aura lieu dans les locaux de la CFE-CGC, sa date n'est pas encore fixée.

Augmentation des forfaits hospitaliers

Au 1^{er} mars, le forfait journalier hospitalier passe de 20 à 23 euros, tandis que le forfait patient urgence grimpe de 19,61 à 23 euros. Ces augmentations représentent un transfert de charges estimé entre 400 et 530 millions d'euros vers les complémentaires santé.

Et le 22 avril, les actes à l'hôpital de plus de 120 € coûteront 32 € au lieu de 24 !

Les forfaits augmentent par décrets, sans débat parlementaire et sans concertation avec quiconque, de 15 à 33 % et vont coûter un demi-milliard d'euros aux patient·es, notamment les plus démunies, les retraité·es via l'inévitable augmentation des tarifs des compléments santé, ainsi que les plus malades, celles et ceux qui ont le plus besoin de l'hôpital, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques qui nécessitent de lourds actes de soins.

Il s'agit de mesures injustes et violentes qui vont frapper les plus malades à qui le gouvernement a décidé de faire payer le sous-financement chronique et organisé de l'hôpital.

La loi « Fin de vie »

La loi Leonetti de 2005 interdit l'acharnement thérapeutique et renforce les droits des patient·es.

La loi Leonetti-Claeys de 2016 impose l'arrêt ou la limitation de traitements jugés inutiles ou disproportionnés, la sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque le pronostic vital est engagé à court terme, le respect des directives anticipées et de la volonté du patient ou de la patiente. Mais la loi interdit l'euthanasie (l'administration volontaire d'un produit létal). L'accès aux soins palliatifs reste inégal et certaines situations de souffrance ne trouvent pas de réponse satisfaisante. Selon le dernier rapport de la Cour des comptes (2023), seulement la moitié des patient·es qui auraient besoin de soins palliatifs y ont réellement accès, et plus d'un quart des départements ne disposent d'aucune unité de soins palliatifs.

En 2023, la Convention citoyenne sur la fin de vie demande une réforme.

Au printemps 2025, le gouvernement a fait le choix de scinder la réforme en deux textes distincts qui ont été adoptés :

- **Garantir un accès effectif et égal aux soins palliatifs** sur tout le territoire, par le renforcement des équipes mobiles, la création de nouvelles unités, une meilleure formation des soignant·es, une coordination accrue entre hôpital, médecine de ville et domicile. Il a été adopté à l'unanimité à l'Assemblée nationale. Il est peu contesté, car tout le monde reconnaît que la France accuse un retard structurel en matière de soins palliatifs.
- **Création d'un droit à l'aide à mourir, sous conditions strictes.** La version votée par les député·es au printemps 2025 n'accorde ce droit qu'à des conditions très strictes : personnes majeures, atteintes d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale, souffrant de douleurs physiques ou psychiques insupportables jugées réfractaires aux traitements, capables d'exprimer une volonté libre et éclairée (ce qui exclut par exemple les malades atteint·es de troubles cognitifs). Tous ces critères étant cumulatifs. L'acte létal doit être accompli par la personne elle-même, avec une exception, quand le ou la malade est incapable physiquement de l'accomplir.

Le Sénat a modifié l'esprit même des lois en janvier 2026 :

- **Le droit à l'aide à mourir disparaît**, remplacé par une simple assistance médicale à mourir qui évite de créer un droit opposable au sens juridique.
- **Les critères d'accès sont fortement réduits** aux seul·es patient·es « véritablement en fin de vie », dont le pronostic vital est engagé à très court terme, quelques jours ou semaines.
- **Le rôle des médecins est davantage encadré**, avec plus d'étapes de validation et une procédure médicale plus stricte. Les médecins ne seraient pas dans l'obligation d'informer leurs malades de l'existence de cette possibilité. Ce ne serait donc pas un droit, mais un acte médical.
- **L'évaluation du consentement du patient ou de la patiente est verrouillée** par des garde-fous supplémentaires.

En février 2026, l'Assemblée nationale repropose le développement des soins palliatifs et l'aide à mourir.

Le texte sur le développement des soins palliatifs, consensuel, prévoit notamment la création de « maisons d'accompagnement », intermédiaires entre le domicile et l'hôpital. Le droit opposable aux soins palliatifs n'a pas été retenu. L'auto-administration du produit létal est instauré, sauf pour les personnes physiquement incapables.

Toutefois, certaines avancées votées en 2025 n'ont pas été maintenues, par exemple la notion de souffrance psychologique ne fait plus partie des critères ouvrant droit à la démarche : il y a donc une hiérarchisation des souffrances qui ne figurait pas dans le texte voté en 2025.

Pour le droit de l'aide à mourir, cinq critères cumulatifs sont maintenus : le ou la malade doit être majeur·e ; être français·e ou résident·e étranger·e régulier·e et stable en France ; être atteint·e d'une affection grave et incurable qui engage le pronostic vital ; être en phase avancée ou terminale.

Bien sûr, l'extrême-droite est vent-debout contre ce droit à mourir dans sa grande majorité (19 pour, 101 contre). Pour ce parti, le corps de l'individu ne lui appartient pas.

Le texte retourne au Sénat en avril 2026.

Ce devait être au 1^{er} avril pour application au 1^{er} janvier 2027. La commission des affaires sociales aurait décidé, avec l'approbation du Gouvernement, de repousser ce débat, sans aucune explication, en mai, probablement les 11, 12 et 13. L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) critique ce « nouvel affront fait aux malades et à leurs familles. Depuis plus de trois ans, ils subissent les tergiversations de responsables politiques qui, par manque de courage, refusent d'avancer sur un sujet pourtant essentiel. Chaque report éloigne un peu plus la perspective d'un droit effectif pour les personnes confrontées à des souffrances insupportables ». L'ADMD demande au Gouvernement à une procédure accélérée.

Le Conseil d'Administration de l'Unirs a discuté le 19 juin 2025 de la fin de vie.

Il a réfléchi à partir d'un projet de texte sur les deux propositions de loi. Le CA a adopté un document de 7 pages qui reprend l'ensemble de nos revendications dans ce domaine, notamment la liberté et la possibilité à chaque personne de décider ou non de la fin de vie qu'elle souhaite, et que son choix lui soit garanti, quelles qu'en soient les motivations. Ce dossier a été diffusé au sein de l'UNIRS et dans l'Union syndicale Solidaires, il est visible en cliquant [ici](#).

Conséquences du déremboursement des soins

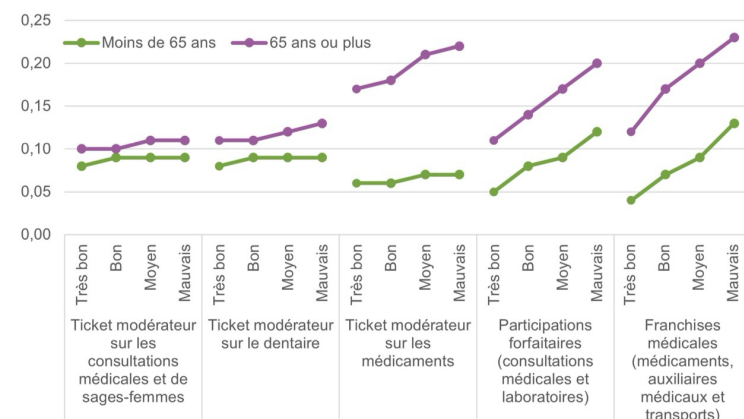
La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) a évalué l'impact redistributif de mesures de déremboursement qui vont permettre à la Sécu de réaliser un milliard d'euros d'économie. Il s'agit de la hausse du ticket modérateur (consultations, dentaire, médicaments), des participations forfaitaires et des franchises médicales.

À consommation de soins constante, les déremboursements augmentent, soit le reste à charge payé directement par les ménages, soit les cotisations de complémentaire santé. Les retraités subissent davantage l'augmentation des tarifs des mutuelles, car les complémentaires santé augmentent les tarifs avec l'âge, et les retraités disposent de contrats individuels sans participation d'un employeur. Les personnes en mauvaise santé sont davantage pénalisées, en raison de leur consommation plus élevée de soins. Les franchises médicales sont plafonnées chaque année pour éviter un fardeau trop élevé pour certains ménages, mais l'augmentation de ce plafond annuel affecte davantage les ménages âgés ou en mauvaise santé, car seuls les plus gros consommateurs de soins atteignent effectivement ces plafonds.

Une nouvelle fois, on demande aux personnes malades de payer davantage pour se soigner. C'est injuste et profondément choquant. Les personnes atteintes de maladies chroniques, accidentées du travail, porteuses de handicap ou de précarité, cumulent hospitalisations et traitements, tout comme les restes à charge, sans compter l'augmentation continue des cotisations des complémentaires santé. Augmenter les restes à charge, c'est augmenter aussi les renoncements aux soins, c'est fragiliser encore ceux et celles qui le sont déjà, c'est creuser les inégalités de santé.

Graphique - Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge et l'état de santé déclaré de la personne la plus âgée du ménage

En % du revenu



La Drees a mesuré les restes à charge ou cotisations d'assurances complémentaires pour les ménages, selon le niveau de vie, l'âge et l'état de santé :

- **Les 20 % des ménages les plus modestes sont les plus touchés** en proportion de leurs revenus, malgré la protection partielle de la complémentaire santé solidaire (C2S), avec un effort moyen de 0,12 à 0,13% (de 20 € à 23 €). Les 20 % les plus aisés subissent un effort moindre, de 0,05 à 0,06% (de 39 € à 43 €).
- **Les franchises et participations forfaitaires pèsent davantage sur les ménages âgés ou en mauvaise santé** (jusqu'à 49 € et 0,18% du revenu), en lien avec la consommation réelle de soins.

Le graphique résume le coût de chaque mesure en fonction de l'âge (65 ans et plus en violet et moins de 65 ans en vert) et de l'état de santé de la personne, chaque point sur les traits colorés correspond à un état très bon, bon, moyen, mauvais. Les personnes âgées paient plus, ainsi que celles en mauvaise santé.

Pour voir le dossier de la Drees, cliquer [ici](#).

Accès aux soins, des délais d'attente toujours plus longs

Selon le baromètre de l'accès aux soins rendu public mardi 17 mars par la Fédération hospitalière de France, **trois personnes sur quatre (73 %) déclarent avoir déjà renoncé à un acte** au cours de ces cinq dernières années, c'était 63 % il y a 10 ans ! Ces personnes en donnent les raisons : 59 % à cause du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, 40 % pour le coût de la santé et 38 % pour la distance à parcourir.

Il faut 12 jours pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste, il en fallait 3 il y a sept ans.

Il faut quatre mois et demi d'attente pour un.e dermatologue, trois mois pour un.e cardiologue, deux mois pour un.e ophtalmologue, un.e ORL, un.e gynécologue ou un.e psychiatre.

Les délais d'attente varient d'une région à l'autre : 24 semaines pour un.e dermatologue en Normandie, contre 14 en Île-de-France. 90 % des sondés ont exprimé leur « *colère face au manque de moyens alloués à l'hôpital public* » et 95 % sont reconnaissant.es des efforts et du dévouement des soignant.es.

Sécurité sociale : déficit un peu moins important que prévu

Le déficit de la Sécurité sociale a atteint 21,6 milliards d'euros, soit moins que les 22,1 milliards anticipés dans le budget de la Sécu 2025, et les 23 milliards prévus dans le cadre du budget 2026. Cet écart « s'explique principalement par des dépenses inférieures à celles prévues », selon la direction de la Sécurité sociale, qui précise les évolutions par branche et en donne les raisons, très contestables :

- **La branche maladie** : le déficit s'établit à 15,9 milliards d'euros (-2,1 milliards d'euros par rapport à 2024), *nous ne partageons pas la raison avancée, l'efficacité de l'ONDAM qui impose un budget à ne pas dépasser.*
- **La branche vieillesse** enregistre une dégradation de 1,6 milliard d'euros par rapport à 2024 pour un déficit de 7,2 milliards d'euros. *Nous ne sommes pas d'accord avec le regret d'une revalorisation des pensions selon l'inflation.*
- **La branche autonomie** est proche de l'équilibre (0,1 milliard d'euros) après un excédent en 2024 (1,3 milliard d'euros), grâce à l'apport de recettes supplémentaires de CSG en provenance de la CADES en 2024.

- **La branche accidents du travail** – maladies professionnelles devient déficitaire (-0,2 milliard d'euros), malgré une croissance soutenue de ses dépenses, en particulier d'indemnités journalières. *Nous constatons que chaque jour, en France, deux personnes meurent à cause d'un accident de travail. Il faut agir à la source, améliorer et faire respecter les conditions de travail.*

- **À l'inverse, la branche famille** voit son excédent se stabiliser à 1,2 milliard d'euros, « grâce » à la baisse de la natalité.

- **Le FSV, fonds de solidarité vieillesse**, demeure excédentaire (0,4 milliard d'euros) mais subit lui aussi une forte dégradation par rapport à 2024 (-0,7 milliard). *Nous remarquons que le minimum vieillesse est à 245 euros de moins que le seuil de pauvreté...*

Pour voir le communiqué de la direction de la Sécu, cliquer [ici](#).

Allocataires du minimum vieillesse en 2024

D'après les chiffres-clés du document Insee du 26 février 2026, le minimum vieillesse (1 043,59 € par mois pour une personne seule) concerne davantage les 65 – 69 ans : 97 000 femmes et 66 200 hommes isolé·es ; 13 800 femmes et 31 500 hommes vivant en couple ; 110 900 femmes et 97 700 hommes au total.

Au total pour tous les âges, sont au minimum vieillesse 381 700 femmes et 199 100 hommes isolé·es ; 43 200 femmes et 129 900 hommes vivant en couple ; 424 900 femmes et 329 000 hommes au total, soit plus de 750 000 personnes qui ont 1 043,59 € pour « vivre » chaque mois.

Les retraitées et les retraités sont bien loin d'être des nantis dont la pension pourrait être gelée !

Pour en savoir plus, cliquer [ici](#).

Des notes médicales sensibles exposées sur le dark web !

Une fuite massive de données a touché le logiciel MLM (MonLogicielMedical.com) de Cegedim Santé. Des hackers ont accédé aux comptes de 1 500 médecins, **exposant les données de 15,8 millions de patient·es** (celles et ceux dont l'authentification à deux facteurs n'était pas implémentée), incluant des personnalités politiques et des responsables de la sécurité nationale.

L'essentiel des données est d'ordre administratif (identité, adresse), **mais 165 000 dossiers comportaient des « commentaires libres »** des praticien·nes, contenant des informations intimes : pathologies, troubles psychiques, violences ou orientations sexuelles ou opinions religieuses...

Cette fuite suscite la colère des médecins qui n'ont été alertés que 4 mois après, en janvier 2026, qui ont dû, sur demande de Cegedim Santé, notifier eux-mêmes la faille à la Cnil et à leurs patient·es.

Ce piratage renforce les arguments contre l'obligation de remplir le dossier médical partagé (DMP). Cegedim Santé ne dit pas pourquoi elle n'a pas signalé la fuite avant qu'elle soit constatée sur le dark web, elle dit avoir accéléré la génération de l'authentification à deux facteurs...