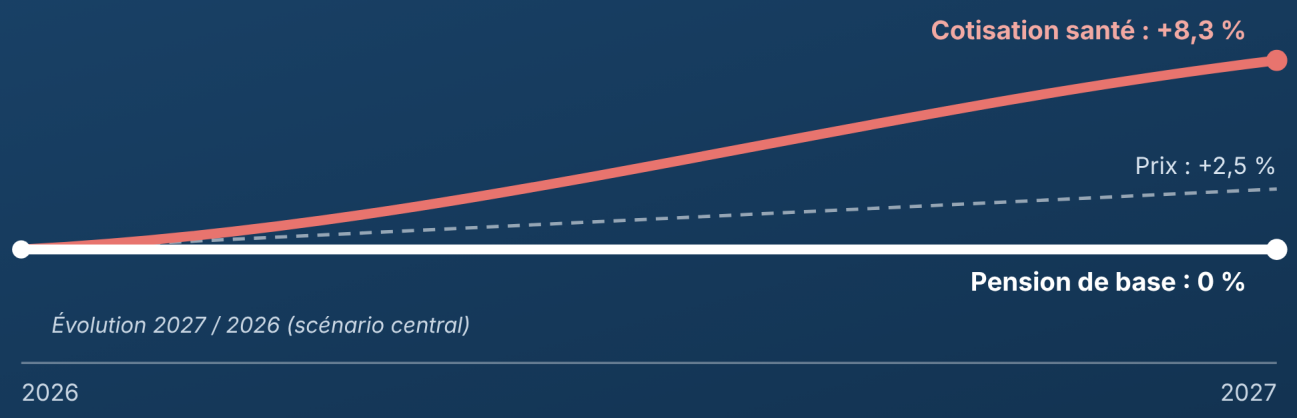
INSTITUT SANTÉ
Rénovons notre modèle social pour tous les âges

ÉTUDE D'IMPACT

Impact du PLFSS 2027 sur le pouvoir d'achat et l'accès à la santé des retraités de la classe moyenne

Gel des pensions de base et transferts de dépenses de l'Assurance maladie vers les complémentaires santé : évaluation sur cas types et effets agrégés



–489 €

de pouvoir d'achat par an (41 € par mois) pour un retraité à 1 600 € par mois (scénario central)

9 millions

de retraités dont la pension de base est gelée

0,10 à 0,17 pt

de PIB en moins en 2027 (estimation, effet sur la consommation)

Institut Santé
Octobre 2026

www.institut-sante.org

Préambule : Pourquoi cette étude ?

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2027 (PLFSS 2027) a été présenté au Conseil des Ministres le 1er octobre. Son examen en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a débuté le 12 octobre 2026. Il prévoit de ramener le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 21,8 Md€ en 2026 à 12,7 Md€ en 2027.

L'essentiel des efforts porte sur deux branches : la santé avec près de 7 Md€ d'économies brutes par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses (5,1 Md€ d'économies nouvelles et 1,6 Md€ de mesures réglementaires prises en 2026) et les retraites, avec des économies de 4 Md€ issues de la désindexation.

Au total, plus de 10 Md€ d'économies sont demandées aux assurés sociaux et aux retraités.

Cette étude porte sur le texte initial du Gouvernement, tel que présenté en Conseil des ministres. Certaines mesures pourront être modifiées par le Parlement, notamment la dérogation à l'indexation des pensions (article 35) et la prorogation de la contribution des complémentaires santé (article 12). D'autres lui échappent. Les hausses de tickets modérateurs résultent des décrets d'août 2026, et les nouveaux transferts vers les complémentaires passeront par voie réglementaire. Une partie du choc analysé ici est donc déjà acquise, quel que soit le vote final.

Un redressement indispensable

L'Institut Santé considère le redressement des comptes sociaux comme indispensable, dans tout contexte économique et plus encore dans la situation actuelle de la France. La dette publique atteindrait 121,7 % du PIB en 2027, et la charge d'intérêts 91,2 Md€. L'objectif doit être un équilibre durable des comptes de la sécurité sociale, atteint en trois ans. Le PLFSS 2027 ne le permet pas : selon sa propre trajectoire, le déficit repartirait à la hausse dès 2028, pour atteindre 15,8 Md€ en 2029 et 17,0 Md€ en 2030.

L'équilibre budgétaire n'est pas pour autant une fin en soi. Il est la condition de la pérennité du modèle social, dont la finalité est de protéger équitablement l'ensemble de la population contre les grands risques sociaux, tout en permettant à l'économie d'optimiser et d'atteindre son potentiel de croissance.

Une question de méthode

Ainsi, le débat ne porte donc pas sur la nécessité du redressement mais sur la méthode pour y parvenir : le faire en réformant – ce que promeut l'Institut Santé depuis plusieurs années - ou sans réformer comme le fait le gouvernement.

L'Institut Santé a conçu depuis plusieurs années une réforme systémique en santé permettant d'améliorer la santé de la population, l'équité en santé, dans une situation d'équilibre budgétaire. À l'échelle de la sécurité sociale, réformer l'autonomie des personnes âgées – aussi conçu par l'Institut Santé et la Coalition 2027 – et les retraites est incontournable. La suspension de la réforme des retraites votée en 2023 (prévoyant un recul de l'âge de la retraite

à 64 ans) en contrepartie de l'adoption de la LFSS 2026 va se payer dès 2027 par le gel des pensions.

Le Gouvernement emploie pour 2027 trois leviers d'économies de court terme :

- Le rabot sur les prix des produits et services de santé ;
- Le transfert de dépenses vers les ménages et les complémentaires santé ;
- Le gel des pensions.

Deux questions

Cette étude cherche à répondre aux deux questions suivantes :

1. Ces plus de 10 Md€ d'économies, obtenues sans réforme structurelle, sont-elles soutenables, économiquement et socialement, pour les retraités ?

2. Le contrat social de 1945, en santé et retraites, est-il préservé dans ce PLFSS 2027 ?

Autrement dit, le remède n'est-il pas pire que le mal ?

Peut-on considérer qu'en 2027 le système de retraites protègera chaque retraité de la dégradation de sa qualité de vie à court et moyen terme ?

Et que le système de santé garantira un maintien en bonne santé optimisé et un accès aux soins pour tous ?

ÉTUDE D'IMPACT DU PLFSS 2027 SUR LE POUVOIR D'ACHAT DES RETRAITÉS DE LA CLASSE MOYENNE

Préambule : Pourquoi cette étude ? 2

Synthèse 5

I. Ce que le PLFSS 2027 transfère vers les complémentaires 7

II. Du transfert (des dépenses d'AMO) à la prime (des contrats santé des OC) : le modèle d'incidence 8

1. Un euro transféré coûte plus d'un euro à l'assuré 8

2. Les retraités portent l'essentiel de la charge 8

III. Impact du PLFSS 2027 sur les revenus : le quasi-gel des pensions 10

3.1. Principales mesures du PLFSS 2027 sur les revenus des retraités 10

3.2. Cas types de pertes de pouvoir d'achat en 2027 suite au PLFSS 10

Principaux enseignements des cas types 12

Les retraités les plus malades : l'impact supplémentaire des franchises 13

IV. Le choc agrégé du PLFSS 2027: près de 8 Md€ en scénario central prélevés sur les retraités 15

L'impact en part du revenu : 1,35 % à 1,6 % pour la classe moyenne retraitée 15

V. Impact sur le respect du contrat social de 1945 18

5.1. La capacité à se soigner de la classe moyenne : une protection financière qui s'érode 18

5.2. La capacité des retraités de la classe moyenne à maintenir leur qualité de vie : une rupture progressive du contrat social 20

À propos de l'Institut Santé 24

Bibliographie 24

Synthèse

Le PLFSS 2027 demande aux retraités un double effort qu'aucun document budgétaire ne présente comme tel. Il en résulte un risque de double rupture du contrat social de 1945 : en retraite, l'indexation qui garantit le niveau de vie est suspendue pour plus de la moitié des retraités ; en santé, la capacité à se soigner redevient fonction du revenu.

D'un côté, les pensions de base sont gelées par défaut au-dessus de 1 260 € par mois (article 35) : selon le propre tableau du Gouvernement, la revalorisation moyenne des pensions serait de 0,2 % en 2027, contre une inflation de 1,7 % retenue dans le PLFSS et sans doute plus.

De l'autre, près de 1,9 Md€ de transferts de prestations et 1,1 Md€ de contribution exceptionnelle prorogée sont portés sur les complémentaires santé en 2027 (3 Md€ au total).

Or les retraités financent seuls, sans participation employeur, des contrats individuels tarifés selon l'âge. Avec les taxes et les frais de gestion, chaque euro transféré coûte environ 1,25 € de cotisation à l'assuré.

Les chiffres clés de notre étude (scénario central)

• **Impact sur le revenu disponible : 1,35 % à 1,6 % du revenu des retraités de la classe moyenne** prélevés par la seule combinaison de la désindexation et des transferts (1,58 % à 1 600 €/mois), soit 1,2 % de la masse des pensions (422 Md€). En perte réelle de pouvoir d'achat, inflation comprise : **2,3 % à 2,6 % du revenu**, jusqu'à 3,3 % si l'inflation atteint 3 %.

• **Un « reste pour vivre » amputé de 13 %** : pour un retraité à 1 600 €/mois dont 80 % du revenu est absorbé par des dépenses contraintes, la perte de 41 € par mois réduit de près de 13 % la marge consacrée à la vie sociale, aux loisirs et aux imprévus.

• Hausse de la cotisation complémentaire d'un retraité : **+129 € par an (+8,3 %)**, de 1 560 € à 1 689 €, dont 74 € imputables aux seuls transferts, soit plus de la moitié de la hausse.

• Retraité à 1 600 €/mois : **489 € de perte annuelle de pouvoir d'achat (41 € par mois), dont 302 € (25 € par mois) imputables au PLFSS en 2027**, soit plus de 9 jours de pension ; les 187 € restants tiennent à une inflation supérieure aux revalorisations légales et Agirc-Arrco, et à la hausse tendancielle des cotisations. Jusqu'à 629 € par an (52 € par mois) si l'inflation atteint 3 %.

• Retraitée à 1 200 €/mois, juste au-dessus de la C2S : sa complémentaire passe de **10,8 % à 11,7 % de son revenu**. Le surcoût santé pèse deux fois plus lourd, en proportion, que pour un retraité à 2 500 €.

• Choc agrégé sur les retraités en 2027 : **7,6 Md€**, dont 1,7 Md€ au titre de la santé (transferts, contribution, franchises).

• **Un effet récessif** : 4,2 Md€ de consommation en moins, soit 0,10 à 0,17 point de PIB et 10 à 17 % de la croissance prévue pour 2027 ; les recettes perdues amputent d'un cinquième à plus d'un tiers le rendement net des mesures.

• Population concernée : environ **9 millions de retraités** dont la pension est gelée et près de **16 millions** de retraités couverts par une complémentaire.

Ce choc apparaît difficilement soutenable pour la classe moyenne retraitée, trop aisée pour accéder aux dispositifs de solidarité, pas assez pour absorber de nouvelles dépenses contraintes.

Une perte de 300 à 900 € par an, soit 1,5 % à 3,3 % du revenu disponible, s'impute sur la seule part arbitrable du budget : ce sont donc la qualité de vie et la santé qui s'ajustent, par la baisse de la consommation, la descente en gamme ou la résiliation des contrats santé, ou le renoncement aux soins, en priorité sur les postes transférés.

L'effet est cumulatif. Sans rattrapage, le gel de 2027 abaisse durablement la base des revalorisations futures, tandis que chaque hausse de prime devient la base des suivantes.

Sur une retraite qui dure vingt à trente ans, c'est une trajectoire de déclassement progressif qui s'engage, avec des restrictions (mobilité, vie sociale, alimentation, aide à domicile) qui sont autant de facteurs de perte d'autonomie.

Comme pour les franchises, l'économie affichée pour l'Assurance maladie est en partie une illusion comptable. La dépense n'est pas supprimée mais déplacée vers un financeur dont les coûts de gestion sont trois à quatre fois plus élevés et dont le financement est non redistributif (forfaitaire, aveugle aux revenus).

Une fraction reviendra à l'hôpital sous forme de complications : environ 277 000 séjours hospitaliers suffiraient à représenter l'équivalent des 1,9 Md€ transférés. Et l'économie tout entière en paie le prix : moins de consommation, moins de croissance, moins de recettes.

En 1945, la Sécurité sociale a été créée pour protéger les Français contre les conséquences économiques de la maladie et de la vieillesse. En 2027, l'ajustement budgétaire risque de faire de la maladie et de la vieillesse deux facteurs croissants de précarisation des classes moyennes.

I. Ce que le PLFSS 2027 transfère vers les complémentaires

Le PLFSS 2027 fixe l'ONDAM à +2,0 % pour une progression tendancielle de +3,4 %. Pour combler l'écart, il mobilise trois leviers qui pèsent directement sur les organismes complémentaires (OC), donc sur leurs assurés.

Tableau 1 : Synthèse des transferts de dépenses de santé de l'Assurance maladie (AMO) vers les complémentaires santé (OC)

Mesure	Vecteur	Effet 2027	Commentaire
Hausse des tickets modérateurs : dentaire, dispositifs médicaux (audio, optique), transports, médicaments à SMR faible/modéré	Décrets d'août 2026, en vigueur au 1er janvier 2027	1,2 Md€ (PLFSS) - 1,5 à 1,7 Md€ (Mutualité Française)	Dentaire 60 %→50 %, DM 60 %→50 %, transports 55 %→50 %, SMR faible 15 %→5 %
Nouveaux transferts 2027 : cures thermales (≈ 200 M€) et dépenses hospitalières (≈ 500 M€)	PLFSS 2027 / voie réglementaire	0,7 Md€	Présentés au conseil de la Cnam le 8 octobre, avis rejeté (31 voix contre)
Prorogation de la contribution exceptionnelle de 2,05 % sur les cotisations santé	PLFSS 2027, art. 12	1,1 Md€	Assise sur les primes, donc répercutée sur l'assuré
Sous-total transferts de prestations		1,9 à 2,4 Md€	
Total charge reportée sur les OC		**≈ 3,0 à 3,5 Md€**	

Sources : Institut Santé - PLFSS 2027 (annexe B et art. 12) ; décrets du 21 août 2026 ; Mutualité Française ; AFP/MoneyVox, 8 octobre 2026

Les franchises. Le relèvement des plafonds de franchises et participations forfaitaires (de 50 € à 70 € chacun, soit 100 € → 140 € par an) n'est pas un transfert vers les complémentaires : les contrats responsables, plus de 95 % du marché, ont l'interdiction de le couvrir. Il pèse donc directement sur le patient. Le PLFSS en attend 0,3 Md€.

Un précédent qui affaiblit l'argument de la « non-automaticité ». La Ministre de la santé affirme que la répercussion sur les primes « *n'est pas automatique* »[1]. L'expérience 2026 dit

[1] *Stéphanie Rist, ministre de la Santé, entretien sur franceinfo, 24 juillet 2026 (dépêche AFP).*

l'inverse : malgré l'interdiction légale de hausse, 98,5 % des répondants à l'enquête de Que Choisir Ensemble (âge moyen 66 ans) ont subi une augmentation, de 106 € en moyenne[2].

Pour 2027, le baromètre Addactis anticipe **+8 % en médiane** sur les contrats individuels (fourchette +5 % à +10,8 %)[3].

II. Du transfert (des dépenses d'AMO) à la prime (des contrats santé des OC) : le modèle d'incidence

1. Un euro transféré coûte plus d'un euro à l'assuré

Quand l'Assurance maladie cesse de payer un euro de prestation, la complémentaire qui le reprend doit facturer bien plus qu'un euro. Il faut y ajouter les taxes sur la prime (taxe de solidarité additionnelle de 13,27 %, à laquelle s'ajoute la contribution exceptionnelle), les frais de gestion et les bénéfices des opérateurs.

Ceux-ci représentent environ 20 % des cotisations des OC, contre environ 4 à 5 % des dépenses de l'AMO.

Nous retenons un **coefficient de passage prestation → prime de 1,25 en scénario central** : taxes plus coût de gestion marginal.

La fourchette va de 1,15 (taxes seules) à 1,42 (chargement complet).

> **Premier paradoxe : le transfert renchérit le coût total du système.** Chaque euro « économisé » par l'AMO coûte 1,15 à 1,42 € aux ménages (1,25€ en scénario central). Sur 1,9 Md€ transférés, le surcoût de gestion seul représente environ 0,3 Md€ par an de dépense improductive.

2. Les retraités portent l'essentiel de la charge

Les postes transférés sont principalement ceux du grand âge : prothèses dentaires, audioprothèses, médicaments, optique, transports programmés, médicaments au long cours, cures thermales. Les plus de 60 ans représentent environ 27 % de la population en 2026.

Nous estimons leur part dans les dépenses transférées à 50 % en central (45 % à 55 % selon les scénarios), une fois neutralisés les soins exonérés au titre d'une affection de longue durée (ALD).

---

[2] Que Choisir Ensemble, « Mutuelles – Malgré le gel des tarifs prévu par la loi, les hausses de cotisations explosent en 2026 », 28 avril 2026 (appel à témoignages, 4 271 réponses du 23 janvier au 20 mars 2026 ; moyenne et médiane calculées sur 3 067 réponses exploitables)

[3] Addactis, baromètre annuel des tarifs d'assurance 2027, 21 septembre 2026, repris par BFM TV et JeChange (4 octobre 2026).

Sur un contrat individuel tarifé par âge, cette charge se retrouve dans la prime des retraités sans aucune mutualisation avec les actifs. Sur un contrat collectif, au contraire, l'employeur en finance au moins la moitié.

En considérant un transfert total de 1,9 Mds €, la hausse totale de primes en 2027 pour un retraité est de 129 € dans le scénario central, soit +8,3%.

Tableau 2 : Analyse du montant de la hausse des primes des contrats individuels selon le scénario retenu (coefficient associé au transfert et part supportée par les retraités)

	Bas (hyp. gouvernement)	**Central**	**Stress (inflation 3 %)**
Transferts de prestations retenus	1,9 Md€	1,9 Md€	2,4 Md€
Part supportée par les retraités	45 %	50 %	55 %
Coefficient prestation → prime	1,15	1,25	1,42
Primes supplémentaires payées par les retraités	1,0 Md€	1,2 Md€	1,9 Md€
Par retraité couvert (16 M)	61 €	74 €	117 €
+ hausse tendancielle (3 % / 3,5 % / 4 %)	47 €	55 €	62 €
Hausse totale de prime 2027 (base 1 560 €/an)	**108 € (+6,9 %)**	**129 € (+8,3 %)**	**180 € (+11,5 %)**

Prime de référence : contrat individuel d'un retraité de 70-79 ans, 130 €/mois. Repère DREES : 104 €/mois à 65 ans et 146 €/mois à 85 ans en 2021, à actualiser des hausses 2022-2026.

Source : Institut Santé

Contrôle de cohérence. Le scénario central produit une hausse de +8,3 %, en ligne avec la médiane Addactis (+8 %) établie indépendamment. Le modèle permet en outre de décomposer cette hausse : environ 58 % proviennent directement des choix du PLFSS, le reste de la dynamique tendancielle des dépenses.

III. Impact du PLFSS 2027 sur les revenus : le quasi-gel des pensions

3.1. Principales mesures du PLFSS 2027 sur les revenus des retraités

L'article 35 du PLFSS déroge à l'indexation légale des pensions de base pour 2027 :

- Pensions totales (base + complémentaire) ≤ 1 260 €/mois : revalorisation sur l'inflation (de l'ordre de 1,7 %) ;

- Au-delà de 1 260 € : le coefficient est fixé à 1, c'est-à-dire un gel, « *jusqu'à la publication d'un décret* » qui pourrait accorder une sous-indexation. Deux seuils sont prévus pour moduler ce décret, à 1 281 € et 2 034 € ;

- Le Gouvernement chiffre la mesure à 4,0 Md€ (3,0 Md€ nets pour la branche vieillesse) dans l'hypothèse d'un gel complet au-dessus du seuil. Son tableau de cadrage retient 0,2 % de revalorisation moyenne des pensions en 2027.

S'y ajoutent la revalorisation des pensions Agirc-Arrco de 1,4 % au 1er novembre 2026, décidée par les partenaires sociaux après une année blanche (0 % en novembre 2025), et la baisse du plafond de l'abattement fiscal de 10 % (PLF 2027). Par prudence, cet abattement n'est pas intégré dans nos cas types.

Trois hypothèses d'inflation. Le PLFSS retient 1,7 % en 2027 (hors tabac). L'Insee anticipait en juin une remontée à 2,7 % en glissement annuel fin 2026. Nous testons donc 1,7 % (gouvernement), 2,5 % (central) et 3,0 % (stress). Le panier de consommation des retraités, plus exposé à l'énergie, à l'alimentation et à la santé, plaide plutôt pour le haut de la fourchette.

Les « millions de retraités ». Selon le ministre de l'Économie, un peu plus de la moitié des retraités dépasse le seuil de 1 260 € : environ 9 millions de personnes dont la pension de base serait gelée.

Quelque 16 millions de retraités couverts par une complémentaire subiront la hausse de prime, y compris ceux dont la pension reste indexée.

3.2. Cas types de pertes de pouvoir d'achat en 2027 suite au PLFSS

Nous étudions l'érosion du pouvoir d'achat selon 3 scénarios d'inflation - 1,7%, 2,5% et 3%- et de transferts des dépenses santé sur les OC des retraités.

Tableau 3 : Données des 3 scénarios d'érosion du pouvoir d'achat des retraités suite à la désindexation de 2027 et aux transferts de dépenses de santé vers les complémentaires

Hypothèse	Bas (hypothèses du gouvernement)	Central	Stress
Inflation 2027	1,7 %	2,5 %	3,0 %
Montant transféré aux complémentaires	1,9 Md€	1,9 Md€	2,4 Md€
Part payée par les retraités	45 %	50 %	55 %
Coefficient de passage prestation → prime	1,15	1,25	1,42
Hausse tendancielle des primes	3,0 %	3,5 %	4,0 %
Revalorisation Agirc-Arrco au 1er nov. 2026	+1,4 %	+1,4 %	+1,4 %
Hausse de prime par retraité	**+108 € (+6,9 %)**, dont 61 € dus aux transferts	**+129 € (+8,3 %)**, dont 74 €	**+180 € (+11,5 %)**, dont 117 €

Source : Institut Santé

Bas. Il reprend les hypothèses officielles du PLFSS : inflation à 1,7 %, montant de transferts du gouvernement. Il suppose aussi que les complémentaires ne répercutent que les taxes sur les primes, sans frais de gestion. C'est la version « la plus favorable au gouvernement » : même dans ce cas, la perte est réelle.

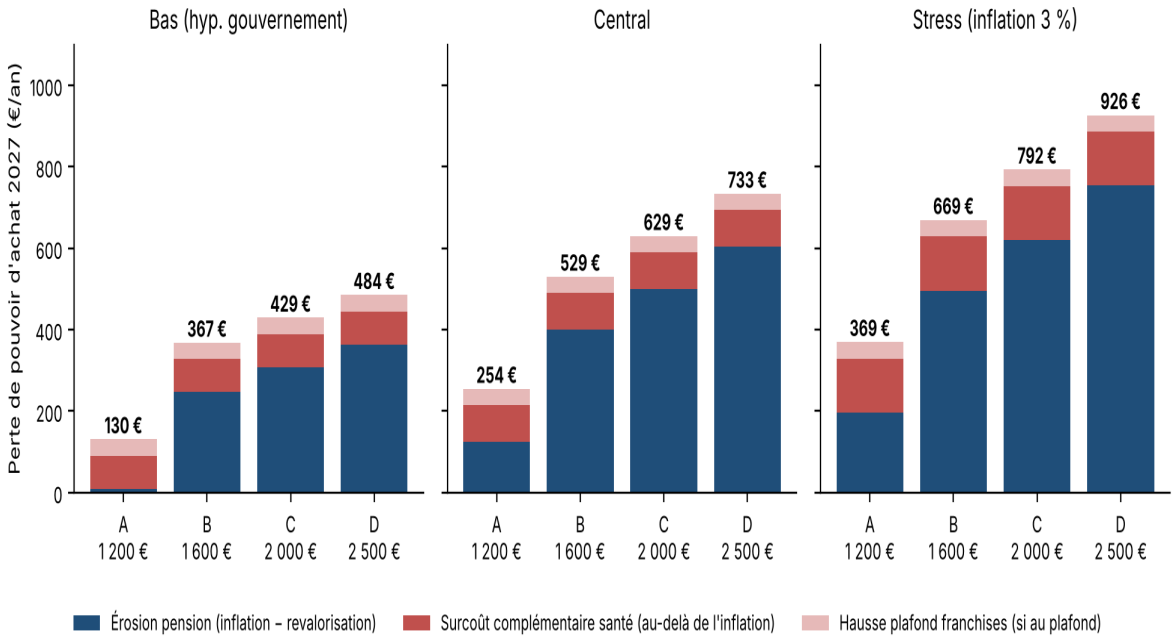
Central. L'inflation reflète la remontée anticipée par l'Insee fin 2026. Les complémentaires répercutent les taxes et une partie de leurs frais de gestion. La hausse de prime obtenue (+8,3 %) recoupe la médiane du baromètre Addactis (+8 %), ce qui valide le calibrage.

Stress. C'est l'hypothèse d'inflation à 3 %. Les transferts sont pris au chiffrage de la Mutualité Française, les frais de gestion des complémentaires sont répercutés en totalité, La revalorisation Agirc-Arrco, désormais connue (+1,4 %), est identique dans les trois scénarios.

La perte de pouvoir d'achat se calcule en deux temps. On mesure d'abord l'érosion de la pension, soit l'écart entre l'inflation et la revalorisation effective (base et Agirc-Arrco), appliqué au revenu annuel.

On y ajoute le surcoût de complémentaire au-delà de l'inflation, auquel s'ajoutent 40 € de franchises pour les assurés au plafond, ce qui concerne déjà un tiers des plus de 68 ans.

Graphe 1 : Perte de pouvoir d'achat annuelle des pensions en 2027 selon les trois scénarios pour quatre niveaux de pensions



Personne seule, 70-79 ans, contrat individuel. Part de la pension de base : 80 % (cas A), 70 % (B, C), 65 % (D). Agirc-Arrco au 1er novembre 2026 : +1,4 % (décision des partenaires sociaux), dans les trois scénarios.

Source : Institut Santé – PLFSS 2027

Principaux enseignements des cas types

Entre 1 600 et 2 500 € par mois, la perte de pouvoir d'achat annuel se monte de 489 € à 693 € par an en central (41 € à 58 € par mois), soit 8 à 9 jours de pension, et de 629 € à 886 € par an (52 € à 74 € par mois) si l'inflation atteint 3 %. Ce ne sont pas des « *retraités aisés* » : 1 600 € est proche de la pension moyenne.

Le surcoût santé est dégressif. Il est quasi identique en euros pour tous (environ 90 € au-delà de l'inflation), mais il représente 0,62 % du revenu à 1 200 € contre 0,30 % à 2 500 €. La retraitée du cas A, épargnée par le gel, consacre déjà près de 11 % de son revenu à sa complémentaire. Elle se trouve au-dessus du plafond de la C2S participative : c'est une trappe à renoncement aux soins.

L'effet de seuil est brutal : À 1 260 €, la pension est indexée ; à 1 261 €, elle est gelée. Une retraitée à 1 300 € perd environ 435 € en scénario central, soit deux fois plus qu'une retraitée à 1 200 € : 100 € de pension en plus se paient de 200 € de pouvoir d'achat en moins.

La perte est durable : Le gel 2027 est une perte en base : sans rattrapage rétroactif (que le texte permet sans le garantir), elle se reporte sur toutes les années suivantes. Elle s'ajoute aux hausses de primes des complémentaires santé cumulées depuis 2021, de l'ordre de +40 %.

Tableau 4 : Impact financier du PLFSS sur le pouvoir d'achat des retraités selon le Scénario Central (en €, jours de pension)

Scénario central (inflation 2,5 %)	**A - 1 200 €**	**B - 1 600 €**	**C - 2 000 €**	**D - 2 500 €**
Revalorisation effective de la pension	1,6 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %
Érosion de la pension (€/an)	124 €	399 €	499 €	603 €
Surcoût complémentaire au-delà de l'inflation	90 €	90 €	90 €	90 €
Perte totale annuelle (€/an et €/mois)	**214 € (18 €/mois)**	**489 € (41 €/mois)**	**589 € (49 €/mois)**	**693 € (58 €/mois)**
Perte totale si au plafond des franchises	**254 € (21 €/mois)**	**529 € (44 €/mois)**	**629 € (52 €/mois)**	**733 € (61 €/mois)**
En jours de pension	**5,4 j**	**9,3 j**	**9,0 j**	**8,4 j**
Part de la complémentaire dans le revenu 2026 → 2027 (Taux d'effort)	**10,8 % → 11,5 %**	**8,1 % → 8,8 %**	**6,5 % → 7,0 %**	**5,2 % → 5,6 %**

Source : Institut Santé – PLFSS 2027

Les retraités les plus malades : l'impact supplémentaire des franchises

Les cas types ci-dessus concernent un retraité « *moyen* ». Pour les plus malades, le choc est plus lourd, car la hausse des franchises s'ajoute à la hausse des primes.

L'étude de l'Institut Santé de juillet 2026 l'a établi : au-delà de 80 ans, la consommation moyenne de 108 à 110 boîtes de médicaments par an fait atteindre à elle seule le plafond des franchises.

Les patients en ALD paient déjà en moyenne 78 € de franchises et participations, et un tiers des plus de 68 ans atteignaient l'ancien plafond.

Avec le passage de 100 € à 140 €, ces patients paient 40 € de plus, sans aucune marge de responsabilisation : leur consommation découle de leur protocole de soins. Et la somme est non assurable, puisque le contrat responsable interdit à la complémentaire de la prendre en charge.

Cas E - retraité de 82 ans, polypathologique hors ALD, pension de 1 600 € par mois, au plafond des franchises.

Sa prime de référence de son contrat complémentaire est d'environ 2 000 € par an : le contrat est tarifé selon l'âge. Elle augmente de 166 €, dont près de 100 € liés aux transferts, car il consomme davantage les postes transférés (dentaire, audioprothèses, transports).

Il paie en outre 40 € de franchises supplémentaires et subit la même érosion de pension que le cas B (399 €). Sa perte de pouvoir d'achat atteint environ 555 € par an en 2027 (46 € par mois), et sa dépense de complémentaire et de franchises passe d'environ 10,9 % à 12 % de son revenu.

Il faut y ajouter les tickets modérateurs relevés que son contrat ne couvrirait pas intégralement. Pour ce patient, les trois mesures (gel, transferts, franchises) se cumulent sur la même personne, la même année.

> **La triple peine des plus malades** : une pension gelée, une prime qui augmente plus vite parce qu'il est âgé, et des franchises qui augmentent parce qu'il est malade. C'est exactement la population que la solidarité de 1945 devait protéger.

IV. Le choc agrégé du PLFSS 2027: près de 8 Md€ en scénario central prélevés sur les retraités

Tableau 5 : Impact cumulé en Md€ des mesures du gel des pensions et des transferts en santé vers les OC et les ménages

Composante (Md€, 2027)	Bas (hyp. Gouvernement-1,7%)	Central (inflation 2,5%)	Stress (inflation 3 %)
Désindexation des pensions (perte vs maintien du pouvoir d'achat)	4,0 Md€	5,9 Md€	7,1 Md€
Primes complémentaires liées aux transferts	1,0 Md€	1,2 Md€	1,9 Md€
Contribution 2,05 % — part payée par les retraités (≈ 35 %)	0,4 Md€	0,4 Md€	0,4 Md€
Franchises (plafond 140 €) — part retraités (≈ 50 %)	0,1 Md€	0,1 Md€	0,1 Md€
Total santé	1,5 Md€	1,7 Md€	2,4 Md€
Total retraités	**5,5 Md€**	**7,6 Md€**	**9,5 Md€**

Source : Institut Santé - La désindexation est extrapolée du chiffrage gouvernemental (4,0 Md€ pour une inflation de 1,7 %) au prorata de l'inflation retenue.

La santé ajoute environ **29 %** au choc de la désindexation. C'est la partie invisible du budget : elle n'apparaît dans aucune ligne « retraités » du PLFSS, puisqu'elle transite par les primes d'organismes privés.

L'impact en part du revenu : 1,35 % à 1,6 % pour la classe moyenne retraitée

Rapporté au revenu disponible des retraités, l'effet propre des deux mesures du PLFSS se mesure par rapport à ce qu'aurait donné l'application de la loi, et non par rapport à l'inflation 2027. On isole ainsi ce qui est imputable aux choix budgétaires.

La **désindexation** prive la pension de base de la revalorisation légale (+1,7 %, déterminée par l'inflation passée).

Les **transferts** en remboursements se mesurent par la part de la hausse de prime qui leur est imputable (61 €, 74 € ou 117 € par retraité). Pour les cas types, le revenu disponible est approché par la pension totale.

Tableau 6 : Impact du PLFSS 2027 sur le pouvoir d'achat des retraités en % des pensions en 2027

% du revenu annuel	A — 1 200 €	B — 1 600 €	C — 2 000 €	D — 2 500 €
Désindexation (€/an)	0 €	228 €	286 €	332 €
Désindexation (% du revenu)	0 %	1,19 %	1,19 %	1,10 %
Transferts — scénario central (% du revenu)	0,52 %	0,39 %	0,31 %	0,25 %
Perte Totale — scénario bas	0,43 %	1,51 %	1,45 %	1,31 %
Perte Totale — scénario central	**0,52 %**	**1,58 %**	**1,50 %**	**1,35 %**
Perte Totale — scénario stress	0,81 %	1,80 %	1,68 %	1,50 %

Source : Institut Santé

La classe moyenne paie le prix fort. Autour de 1 600 € par mois, les deux mesures prélèvent environ 1,6 % du revenu, l'équivalent de près d'une semaine de pension. Pour ces ménages, la désindexation pèse environ trois fois plus que les transferts.

Les transferts sont dégressifs et frappent aussi ceux que le gel épargne. Ils représentent 0,52 % du revenu à 1 200 € contre 0,25 % à 2 500 €. La retraitée du cas A, protégée de la désindexation, subit ce prélèvement sans aucune aide pour sa complémentaire.

La perte réelle de pouvoir d'achat est plus élevée. Mesurée par rapport à l'inflation 2027, et en intégrant la hausse tendancielle des primes, elle atteint 2,3 % à 2,6 % du revenu en central pour les cas B à D, et 3,0 % à 3,3 % en stress. Les franchises ajoutent 0,13 % à 0,28 % du revenu pour les retraités au plafond.

Un risque de paupérisation en 2027 plus fort que l'impact seul du PLFSS 2027

Pour évaluer précisément la situation des retraités en 2027, il faut considérer l'impact des mesures du PLFSS 2027 (gel, transferts) et l'impact de la hausse de l'inflation en général. Nous prenons le cas d'un retraité gagnant 1600€ par mois dans le scénario central.

- L'impact des mesures (1,35 % à 1,6 %) dit ce que coûtent les mesures du PLFSS par rapport à l'application de la loi - pension de base revalorisée de 1,7 % et pas de transferts.
- La perte réelle de pouvoir d'achat (2,3 % à 2,6 % en central) dit ce que le retraité perd effectivement en 2027 : son revenu progresse moins vite que les prix, et sa cotisation progresse plus vite que les prix.

La seconde contient la première, plus trois éléments qui ne relèvent pas directement du PLFSS.

Revenu annuel : 19 200 €. Hypothèses : inflation de 2,5 %, pension de base gelée (70 % du revenu), revalorisation Agirc-Arrco de +1,4 % (30 % du revenu).

Tableau 7 : Impact des mesures du PLFSS 2027 et des conséquences de l'inflation sur le pouvoir d'achat d'un retraité dont la pension est de 1600€ par mois

Composante	€ / an	% du revenu
① Désindexation : base gelée au lieu de +1,7 % (19 200 × 70 % × 1,7 %)	228 €	1,19 %
② Transferts : part de la hausse de prime due aux transferts	74 €	0,39 %
= Impact des mesures du PLFSS	**302 €**	**1,58 %**
③ Inflation 2027 au-dessus de la revalorisation légale sur la base (19 200 × 70 % × (2,5 − 1,7) %)	108 €	0,56 %
④ Pension Agirc-Arrco revalorisée moins vite que l'inflation (19 200 × 30 % × (2,5 − 1,4) %)	63 €	0,33 %
⑤ Hausse tendancielle de la prime au-delà de l'inflation (55 € − 2,5 % × 1 560 €)	16 €	0,08 %
= Perte réelle annuelle de pouvoir d'achat (41 € par mois)	**489 €**	**2,55 %**

Source : Frédéric Bizard – Hypothèse : la pension représente le revenu du retraité.

Que représentent les 187 € qui ne sont pas imputables au PLFSS ?

Sur les 489 € de perte annuelle (41 € par mois), 302 € (25 € par mois) résultent directement des mesures du texte : le gel de la pension de base (228 €) et la part de la hausse de cotisation due aux transferts (74 €).

Les 187 € restants (16 € par mois) auraient été perdus même si la loi avait été appliquée normalement : 108 € parce que la revalorisation légale de la pension de base (1,7 %, calculée sur l'inflation passée) est inférieure à l'inflation attendue en 2027 (2,5 %) ; 63 € parce que la revalorisation Agirc-Arrco (+1,4 %) est elle aussi inférieure à l'inflation ; 16 € parce que les cotisations santé augmentent tendanciellement plus vite que les prix.

La responsabilité directe du PLFSS 2027 est estimée à 1,58% de perte de revenu, alors que la baisse réelle du niveau de vie de ce retraité est de 2,55 % de son revenu.

Au global, notre étude révèle un effet propre au PLFSS 2027 dans sa version proposée par le gouvernement comprise entre 1,35% et 1,6% de perte de revenus, et une baisse réelle de leur niveau de vie comprise entre 2,3 % et 2,6 % (scénario central).

V. Impact sur le respect du contrat social de 1945

5.1. La capacité à se soigner de la classe moyenne : une protection financière qui s'érode

Le contrat social de 1945 repose sur un principe fondateur : chacun doit pouvoir accéder aux soins nécessaires à son état de santé, indépendamment de ses ressources financières. Quatre-vingts ans plus tard, le PLFSS 2027 risque d'éloigner davantage le système de santé de cet objectif, non pas en restreignant formellement les droits des assurés, mais en augmentant le coût réel de leur protection.

Pour les retraités de la classe moyenne, la combinaison du gel des pensions, de la hausse des cotisations des complémentaires santé et de l'augmentation des franchises crée **un effet de ciseaux** : les ressources stagnent en valeur nominale tandis que le coût de la protection sanitaire progresse. L'accès aux soins devient une variable d'ajustement du pouvoir d'achat.

Une couverture complémentaire de moins en moins accessible

Contrairement aux salariés, les retraités financent seuls leur complémentaire santé, sans participation d'un employeur. Le montant de leur cotisation dépend largement de leur âge, alors même que leurs revenus sont généralement fixes et que leurs besoins de santé augmentent.

Dans notre scénario central, la cotisation annuelle d'un retraité passe de 1 560 € à 1 689 €, soit une hausse de 129 € (+8,3 %) en 2027. Pour une personne percevant une pension mensuelle de 1 200 €, cette dépense représente désormais **près de 11,7 % de ses revenus annuels, contre 10,8 % auparavant, à revenu inchangé**.

Cette pression financière conduit les retraités les plus contraints à arbitrer entre trois solutions, toutes défavorables à leur santé :

- Réduire leur niveau de garantie, en privilégiant des contrats moins coûteux mais offrant une protection plus faible sur les soins mal ou non remboursés.
- Renoncer à leur complémentaire, au risque de supporter directement une part significative des dépenses courantes de santé.
- Reporter ou renoncer à certains soins, lorsque le reste à charge devient incompatible avec leur budget.

Ces choix ne sont pas théoriques. Ils constituent des réponses économiques prévisibles lorsque des dépenses contraintes augmentent plus rapidement que les revenus.

Un risque d'illusion budgétaire : une économie immédiate pour l'Assurance maladie, un coût potentiel pour la collectivité

Une politique qui prétend maîtriser les dépenses de santé risque de pénaliser des soins contribuant au maintien de l'autonomie et à la prévention de complications plus coûteuses.

L'étude de juillet 2026 de l'Institut Santé sur les franchises avait déjà mis en évidence le caractère potentiellement contre-productif d'économies obtenues en augmentant les restes à charge des patients les plus âgés et les plus malades.

Le même raisonnement s'applique aux transferts AMO–AMC. Une économie budgétaire pour l'Assurance maladie ne constitue pas nécessairement une économie pour le système de santé.

Trois mécanismes doivent être distingués.

- Premièrement, les dépenses transférées ne disparaissent pas : elles sont financées par les complémentaires, les cotisations des assurés ou directement par les patients.
- Deuxièmement, leur financement par les organismes complémentaires peut entraîner des coûts supplémentaires de gestion, de taxation et de distribution. Dans notre scénario central, le coefficient de passage des prestations vers les primes est estimé à 1,25.
- Troisièmement, si le renchérissement des soins provoque des reports de traitement, certaines économies immédiates peuvent être compensées, à terme, par une augmentation des complications, des hospitalisations et de la dépendance.

Sur la base du coût hospitalier de référence retenu dans notre étude, soit 6 850 € par séjour, environ 277 000 hospitalisations supplémentaires suffiraient à représenter 1,9 Md€ de dépenses hospitalières, soit l'équivalent du transfert annuel de prestations étudié.

Ce calcul constitue un seuil d'équivalence budgétaire et non une prévision d'hospitalisations : il illustre la nécessité d'évaluer les conséquences sanitaires avant de qualifier ces transferts d'économies réelles.

Une remise en cause du principe de solidarité devant la maladie

Le problème majeur est celui de la répartition de l'effort. L'Assurance maladie obligatoire repose largement sur une mutualisation nationale des risques, selon le principe de *« chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».*

Les contrats individuels de complémentaire santé, eux, sont tarifés notamment selon l'âge, sans participation employeur pour les retraités.

Le transfert des dépenses vers ces contrats fait donc progressivement évoluer le financement des soins d'une logique de solidarité collective vers une logique davantage dépendante du profil de risque et des capacités financières individuelles.

Pour les retraités de la classe moyenne, cela produit un résultat particulièrement préoccupant : plus ils vieillissent, plus leur protection santé devient coûteuse, au moment même où leur capacité à la financer se fragilise.

L'enjeu n'est pas seulement le montant du remboursement. Il est celui de la finalité même du système : protéger les personnes contre les conséquences financières de la maladie, plutôt que faire peser une part croissante de ces conséquences sur les plus exposés.

La maîtrise des dépenses de santé ne peut être durable si elle se construit au détriment de l'accès aux soins, de la prévention et du maintien de l'autonomie.

L'interaction des deux mesures est le cœur du problème : chacune, isolément, est présentée comme « modérée » ; ensemble, elles franchissent le seuil où l'ajustement porte sur la santé.

> **La double peine.** Les mêmes retraités subissent la hausse des franchises (+40 €, non assurables) et la hausse des primes (+129 € en central), sur une pension gelée. C'est l'inversion du contrat social de 1945, déjà dénoncée dans notre étude de juillet : le reste à charge zéro a été organisé sur les soins courants (2018), tandis que la protection financière s'érode sur les soins lourds et le grand âge.

5.2. La capacité des retraités de la classe moyenne à maintenir leur qualité de vie : une rupture progressive du contrat social

Le système de retraite créé en 1945 poursuit un objectif qui dépasse le simple versement d'une pension : garantir aux personnes âgées une sécurité économique leur permettant de vivre dignement après leur vie professionnelle.

Cette ambition suppose non seulement un revenu régulier, mais également la capacité de préserver un niveau de vie compatible avec les besoins essentiels, la vie sociale et le maintien de l'autonomie.

Or, le PLFSS 2027 fragilise cette garantie en organisant simultanément une érosion des pensions en euros constants et une augmentation des dépenses de protection sociale supportées par les retraités.

Cette double pression ne touche pas tous les retraités avec la même intensité. Elle pénalise particulièrement les classes moyennes, dont les revenus sont trop élevés pour accéder aux principaux dispositifs de solidarité, mais souvent insuffisants pour absorber durablement de nouvelles dépenses contraintes.

Une baisse du pouvoir d'achat qui menace directement la qualité de vie

Dans notre scénario central, un retraité percevant 1 600 € mensuels subit une perte annuelle de pouvoir d'achat de 489 € (41 € par mois), soit 2,55 % de son revenu. Pour une pension de 2 500 €, cette perte atteint 693 € par an (58 € par mois).

Ces montants peuvent sembler limités lorsqu'ils sont rapportés à l'ensemble du revenu annuel. Leur impact réel est pourtant considérablement plus important.

En effet, le revenu des retraités est largement absorbé par des dépenses difficilement compressibles : logement, énergie, alimentation, assurances, santé et, le cas échéant, aide à domicile. La baisse de pouvoir d'achat porte donc principalement sur la fraction restante du

budget, celle qui permet de maintenir une vie sociale, de pratiquer des loisirs, de se déplacer ou de faire face aux imprévus.

Prenons l'exemple d'un retraité disposant de 1 600 € mensuels et consacrant, par hypothèse, 80 % de ses revenus à des dépenses contraintes. Il lui reste 320 € par mois pour ses autres dépenses.

Une perte annuelle de pouvoir d'achat de 489 €, soit près de 41 € par mois, réduit cette marge de consommation de près de 13 %, et non de 2,6 %.

Le véritable choc social du PLFSS ne se mesure donc pas seulement en pourcentage des pensions, mais en proportion du budget restant pour vivre une fois les dépenses essentielles payées.

Une dégradation de la qualité de vie qui peut accélérer la perte d'autonomie

Pour les retraités, la capacité à consommer ne se réduit pas à une question de confort matériel. Elle conditionne également leur participation à la vie sociale, leur mobilité et leur autonomie.

Face à une diminution durable du revenu disponible, plusieurs arbitrages peuvent intervenir : réduction des déplacements, limitation des activités culturelles et sportives, moindre participation aux activités associatives, réduction des dépenses alimentaires ou report de services facilitant le maintien à domicile.

Ces restrictions peuvent entraîner des conséquences sanitaires et sociales qui dépassent leur coût immédiat.

La diminution des activités physiques et sociales est susceptible d'accroître la sédentarité et l'isolement. Le renoncement à certaines dépenses d'aide à domicile peut augmenter les difficultés de la vie quotidienne et reporter une charge supplémentaire sur les proches aidants. Une alimentation de moindre qualité peut également accroître les risques de fragilité chez les personnes âgées.

Ces mécanismes ne signifient pas qu'une baisse de pension conduit automatiquement à la dépendance. Ils montrent néanmoins que le maintien du pouvoir d'achat des retraités constitue aussi un déterminant de prévention et de préservation de l'autonomie.

Il existe ainsi une contradiction entre l'objectif affiché de favoriser le vieillissement en bonne santé et une politique budgétaire susceptible de réduire les moyens financiers qui permettent aux personnes âgées de rester actives, autonomes et intégrées dans la société.

Une fragilisation cumulative, bien au-delà de l'année 2027

Le gel des pensions de base en 2027 ne constitue pas seulement une perte ponctuelle. Il réduit durablement le niveau de pension servant de référence aux revalorisations futures, en l'absence de rattrapage intégral.

Les augmentations de cotisations des complémentaires santé produisent également des effets cumulatifs. Une hausse de prime incorporée en 2027 devient la nouvelle base sur laquelle s'appliqueront les augmentations ultérieures.

La combinaison des deux phénomènes crée un effet de ciseaux durable : les ressources progressent insuffisamment tandis qu'une partie des dépenses contraintes augmente plus rapidement.

Ce risque est d'autant plus préoccupant que la retraite peut durer vingt à trente ans et que certains besoins, en particulier ceux liés à la santé et à l'autonomie, tendent à augmenter avec l'âge.

Pour les retraités de la classe moyenne, le risque n'est donc pas uniquement de perdre quelques centaines d'euros de pouvoir d'achat en 2027.

Il est de s'engager dans une trajectoire de déclassement progressif, particulièrement difficile à inverser puisqu'ils ne disposent généralement plus de revenus d'activité permettant de compenser la perte.

Un choc sur les retraités qui pénalise également l'économie

La question de la qualité de vie des retraités dépasse leur situation individuelle.

Notre étude estime à 7,6 Md€ le choc agrégé supporté par les retraités dans son scénario central, dont 1,7 Md€ au titre des mesures de santé. Elle évalue également à environ 4,2 Md€ la réduction potentielle de consommation associée, avec un impact négatif sur l'activité économique et les recettes publiques.

Ces estimations reposent sur des hypothèses de transmission du choc de revenu à la consommation et ne doivent pas être interprétées comme des effets macroéconomiques certains.

Elles mettent néanmoins en évidence une limite majeure de la méthode budgétaire retenue : réduire la dépense publique en diminuant le pouvoir d'achat d'une population nombreuse peut dégrader simultanément la consommation, la croissance et les recettes fiscales.

L'efficacité d'une politique de redressement des finances sociales doit donc être appréciée à partir de son rendement économique et social global, et non de sa seule contribution comptable à la réduction du déficit.

Le contrat social de 1945 à l'épreuve d'une solidarité qui s'affaiblit

Le principe de solidarité intergénérationnelle repose sur un engagement réciproque : les actifs contribuent au financement des pensions de leurs aînés, avec la perspective de bénéficier à leur tour d'une sécurité économique et sanitaire à la retraite.

Cet engagement ne garantit pas le maintien intégral du pouvoir d'achat dans toutes les circonstances économiques. Il impose néanmoins que les efforts demandés soient proportionnés, équitables et compatibles avec les finalités de la protection sociale.

Or, le PLFSS 2027 fait principalement porter l'ajustement sur les prestations et sur les bénéficiaires, sans transformation structurelle du fonctionnement des systèmes de retraite et de santé.

Pour les retraités de la classe moyenne, cette méthode se traduit par une double remise en cause : **une pension qui protège moins efficacement contre la hausse des prix, et une protection santé dont le financement repose davantage sur les ressources individuelles.**

Le risque est celui d'un contrat social progressivement vidé de sa substance : les droits demeurent formellement garantis, mais leur capacité à assurer une protection effective s'affaiblit.

La pérennité du système de retraite et de la protection sociale exige naturellement un retour à l'équilibre financier.

Mais celui-ci ne peut être obtenu durablement par une succession de mesures de désindexation et de transferts de charges qui détériorent la situation des bénéficiaires sans traiter les causes structurelles des déficits.

Le véritable enjeu n'est pas de choisir entre l'équilibre budgétaire et la protection des retraités. Il est de réformer les systèmes de santé et de retraite pour rendre ces deux objectifs compatibles.

Un système social performant ne se juge pas seulement au montant de ses dépenses ni à celui de son déficit. Il se juge à sa capacité à protéger durablement les citoyens contre les grands risques de l'existence, en préservant leur santé, leur autonomie et leur dignité.

En conclusion, en 1945, la Sécurité sociale a été créée pour protéger les Français contre les conséquences économiques de la maladie et de la vieillesse.

En 2027, l'ajustement budgétaire risque de faire de la maladie et de la vieillesse deux facteurs croissants de précarisation des classes moyennes.

À propos de l'Institut Santé

L'Institut Santé est un centre de recherche citoyen, indépendant et transpartisan, fondé en 2018 et présidé par le Pr Frédéric Bizard, économiste. Association à but non lucratif, apolitique et financée principalement par des dons, il réunit des membres bénévoles issus de la société civile: professionnels de santé, citoyens responsables d'associations et de syndicats, universitaires, élus et chercheurs.

Sa mission est de concevoir une réforme systémique de notre modèle social, de la promouvoir et de la rendre politiquement réalisable, dans le respect des fondements de 1945 et des valeurs républicaines de liberté, d'égalité, de fraternité et de laïcité.

L'Institut a conçu une réforme systémique pour la santé, pour l'autonomie des personnes âgées (avec la Coalition 2027). Il a trois ouvrages ainsi que de nombreuses études d'impact, notes et tribunes.

Contact : contact@institut-sante.org — www.institut-sante.org

Bibliographie

1. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 (art. 1, 12, 35 et annexe B), 1er octobre 2026.
2. Institut Santé, « Doublement des plafonds des franchises et participations forfaitaires : qui sont les patients structurellement concernés ? », 26 juillet 2026.
3. Institut Santé – Quel avenir pour le système de santé français et son financement ? – Edition 2026
4. Décrets n° 2026-809 à 2026-812 du 21 août 2026 (tickets modérateurs).
5. Mutualité Française ; France Épargne, « 1,4 milliard d'euros de remboursements basculent vers les mutuelles en 2027 », 3 août 2026.
6. AFP / MoneyVox, « Le gouvernement veut transférer le financement des cures thermales vers les mutuelles », 8 octobre 2026 ; Les Échos, même jour.
7. Baromètre Addactis 2027 (21 septembre 2026), via JeChange, 4 octobre 2026.
8. Que Choisir Ensemble, enquête sur les hausses de cotisations 2026, 28 avril 2026.
9. Cour des comptes, RALFSS 2026 ;
10. DREES, Comptes de la santé – Edition 2026 ;
11. DREES, Les retraités et les retraites, éd. 2025.