Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCFEA
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HCFiPS
HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

Pour un redressement durable de la sécurité sociale

Rapport remis par les trois Hauts Conseils

Juin 2025

Sommaire

Introduction 17

Partie I 20

Un état des lieux inédit et préoccupant 20

I. Un déficit public très important 21

A. Une situation globale des finances publiques fortement dégradée 21

B. Des révisions de la trajectoire qui questionnent sur la capacité de la France à respecter ses engagements européens 22

C. Des comptes publics fortement dégradés en comparaison de la situation des autres pays européens 22

II. Un déficit de la sécurité sociale très préoccupant sans perspective de résorption spontanée 25

A. Des soldes sociaux dégradés, une dette sociale dont l'horizon de résorption n'est pas aujourd'hui défini 25

1. Une absence de perspective de retour à l'équilibre des comptes sociaux en l'état actuel 25

2. Un déficit très préoccupant en l'absence de choc exogène 28

3. La question de la dette sociale va se reposer de manière prochaine 28

B. Des facteurs sous-jacents globalement peu porteurs qui touchent toutes les branches 30

1. Un impact de la démographie sur les comptes sociaux globalement défavorable, mais selon une intensité et un rythme très différent selon les branches 30

2. Une économie peu dynamique, avec des impacts sur toutes les branches 36

III. Des branches dans des situations très différentes 40

A. Le déficit est porté par la branche maladie prioritairement, en second lieu par la branche retraite 40

B. À législation constante, les recettes évoluent globalement comme le PIB dans l'ensemble des branches 43

C. Seules les dépenses des branches famille et accidents du travail évoluent moins vite que le PIB sur la période 2019-2024 45

IV. Une situation préoccupante pour les finances sociales : pourquoi une telle situation ? 46
V. Le financement de la sécurité sociale a profondément évolué afin de moins peser sur le travail 49
A. Une stabilité des taux faciaux de cotisation de sécurité sociale, voire une baisse pour les revenus les moins élevés 50
1. Des taux de cotisation de sécurité sociale portant sur les revenus d'activité stables, voire en baisse sur le bas de la distribution 50
2. Les taux de cotisations hors sécurité sociale ont eu tendance en revanche à progresser 51
B. Le recours à la CSG a contribué à limiter le prélèvement sur les revenus du travail avec souvent pour objectif des gains de pouvoir d'achat au profit des actifs 51
C. Les allègements généraux ont fortement réduit le prélèvement à la charge des employeurs sur les plus bas revenus 53
1. Les allègements de cotisations ont réduit le coût du travail 53
2. La forte progression des allègements généraux s'est accompagnée d'un changement de leur mode de compensation, avec un financement mobilisant désormais la consommation des ménages 56
D. Les incitations au travail ont été renforcées tout au long des dernières années 57
E. Au-delà de ces évolutions systémiques, le déploiement des taxes comportementales s'est poursuivi, mais reste marginal 59
F. Conséquence de l'ensemble de ces évolutions, le prélèvement sur les salaires a diminué même s'il demeure prépondérant, celui sur la consommation et le capital s'est accru 60
G. La structure de financement a évolué pour tenir compte de l'universalisation. 63
VI. La part importante des prélèvements obligatoires liés à la protection sociale traduit à la fois le poids de l'ensemble des dépenses sociales mais également le fort taux de socialisation associé 65
Partie II 68
Quels grands principes doivent guider le rétablissement des comptes sociaux ? 68

Principe n° 1 : Il faut retrouver une trajectoire d'équilibre des comptes sociaux 70
A. La sécurité sociale doit être gérée à l'équilibre 70
B. Un retour à l'équilibre est possible même dans une situation financière très dégradée 70
C. La trajectoire de retour à l'équilibre doit être pensée sur plusieurs années ... 71
Principe n° 2 : La production de richesse et le taux d'emploi sont des déterminants fondamentaux du retour à l'équilibre, qu'il s'agit de soutenir 73
A. Le partage de la valeur ajoutée, la productivité, et le taux d'emploi déterminent largement la dynamique des ressources de la sécurité sociale 73
B. L'augmentation du taux d'emploi est un facteur d'augmentation de la richesse 75
C. Cette augmentation du taux d'emploi doit reposer sur une stratégie de qualité de l'emploi 77
Principe n° 3 : La trajectoire de retour à l'équilibre doit prendre en compte le vieillissement et préserver les dépenses d'avenir 79
A. Avec le vieillissement de la population, la démographie est un accélérateur spontané des dépenses de protection sociale 79
B. Les mesures associées à la trajectoire d'équilibre doivent viser à limiter l'accélération spontanée des dépenses liées au vieillissement 82
C. La trajectoire de retour à l'équilibre doit préserver les dépenses d'avenir 83
D. La stratégie de retour à l'équilibre doit permettre l'innovation 85
Principe n° 4 : La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner de nouvelles règles de gouvernance 85
A. Une trajectoire d'équilibre ne peut être conçue que dans la durée : cela implique que le pilotage de cette trajectoire puisse s'inscrire dans un horizon pluriannuel 85
B. Le pilotage pluriannuel doit reposer sur une cohérence réelle entre action publique et objectifs des finances publiques 87
C. Le cadre de la stratégie de retour à l'équilibre doit être pleinement assumé, partagé et suivi 89

D. Le cadre de la stratégie de retour à l'équilibre doit être outillé financièrement 91
1. Une fois l'équilibre atteint 91
2. Jusqu'à atteinte de l'équilibre 92
E. Les nouvelles règles de gouvernance doivent respecter les principes posés en 1994 régissant les relations financières entre l'État et la sécurité sociale 93
Principe n° 5 : Le plan de redressement d'ensemble doit rechercher à concilier des mesures de rendement de court terme et une stratégie de moyen terme 93
Principe n° 6 : Des mesures de prévention doivent être mobilisées dans le cadre de la stratégie de moyen terme 94
Principe n° 7 : Un des axes fondamentaux de la stratégie de moyen terme doit reposer sur l'efficience 97
Principe n° 8 : Le financement doit être clarifié en garantissant la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité, au champ des bénéficiaires et à l'équité du financement 99
A. Garantir la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité et au champ des bénéficiaires 99
B. Garantir l'équité du financement 101
Principe n° 9 : L'ensemble doit s'accompagner de la mise en place d'une pédagogie citoyenne durable en matière de sécurité sociale 102
A. L'adhésion au système de protection sociale doit être confortée 102
B. Cette pédagogie citoyenne doit s'accompagner d'une action des organismes sur le non-recours, mais aussi d'une action résolue de lutte contre la fraude et les abus 103
Partie III 105
Les pistes examinées par les Hauts Conseils pour redresser les comptes de la sécurité sociale 105
Chapitre 1 106
Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire 106
I. Les principes portés par le Hcaam 109
A. Les valeurs et principes guidant les travaux du Hcaam 110

1. Garantir l'équité et la solidarité dans l'accès à la santé 110
2. Lutter contre les inégalités sociales de santé 110
3. Améliorer l'accessibilité des soins pour tous 112
4. Promouvoir les services à rendre en santé dans une approche globale 112
5. Mettre en œuvre des principes de gradation, de juste orientation et de continuité. 113
6. Rappeler les responsabilités de tous les acteurs 113

B. Des principes réalistes pour des propositions mesurables et atteignables dans leur mise en œuvre, à court ou moyen terme 114

1. Retrouver une trajectoire d'équilibre et de désendettement. 114
2. Élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé 114
3. Valoriser les logiques de parcours et la cohérence des prises en charge 115
4. Fonder les décisions sur l'évaluation médico-économique 116

II. Le diagnostic porté par le Hcaam 116

A. La dégradation des comptes depuis 2018-2019 116

1. Les facteurs conjoncturels 117
2. Le Ségur de la Santé représente une dépense pérenne à hauteur de 13 Md€ annuels environ 118
3. Les facteurs structurels 119
4. Une accélération des dépenses depuis la crise, à laquelle tous les secteurs contribuent 126
5. Retour sur le rétablissement des comptes dans la décennie 2010 131

III. Les leviers permettant d'agir sur les volumes de soins 132

A. La pertinence et le bon usage des soins 132

1. Un levier vertueux par excellence, dont l'ampleur et les effets peuvent être débattus 132
2. Une problématique qui est au cœur de la stratégie de maîtrise des dépenses depuis de nombreuses années 133
3. Des impacts réels des actions, mais parfois difficiles à maintenir dans le temps 134
4. Une palette d'instruments existants, une démarche renouvelée par la convention médicale de 2024 137
5. Mobiliser ce levier de la pertinence et du bon usage au-delà de ce qui est déjà fait depuis des années : quelles pistes ? 140

6. Le déploiement d'outils numériques rénovés peut accélérer les démarches de pertinence 143

B. Développer la prévention et davantage prioriser ses interventions vers les cibles et leviers présentant le plus fort impact 146

1. Un levier à l'efficacité largement démontrée pour réduire la prévalence des maladies chroniques 146

2. Le bilan économique de la prévention emporte plusieurs dimensions d'appréciation 147

3. Mieux structurer le champ de la prévention 149

4. Déployer les interventions probantes et les recommandations de bonnes pratiques 151

5. La prévention suppose d'agir sur des déterminants qui se situent largement en dehors du champ de la santé, et donc une prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques 154

6. Créer des incitations plus fortes pour les professionnels comme pour les usagers à l'amélioration de leur impact pour la santé 155

C. Organisation et gradation des soins et des prises en charge 160

1. L'importance d'une offre de services et d'une prise en charge au bon niveau 160

2. Soins aux personnes hébergées en Ehpad et soins en santé mentale, deux domaines où l'enjeu de la gradation des prises en charge est majeur 164

3. Faire évoluer les logiques de financement pour accompagner ces transformations organisationnelles 168

4. À court terme, la mobilisation des ressources existantes peut déjà produire des effets tangibles et générer des économies 168

5. À moyen terme, les dispositifs de structuration des soins primaires doivent être simplifiés 171

D. Mobiliser les innovations organisationnelles et techniques 173

1. Organisationnelles : des expérimentations et des partages de compétences qui se développent 173

2. Techniques 183

3. La question des arrêts maladie 188

1. Rappel de l'architecture de prise en charge du risque d'incapacité temporaire de travail 188

2. Une dépense structurellement plus soutenue que l'ensemble des dépenses de santé, du fait de déterminants démographiques et économiques 189

3. Le reste de la hausse des IJ résulte d'effets variés dont les rôles respectifs sont difficiles à évaluer 191

4. Les enjeux financiers se concentrent sur les arrêts de longue durée 193
5. Améliorer l'efficacité des contrôles notamment par le partage d'informations entre acteurs 194
6. Agir en direction des entreprises atypiques 195
7. Agir en direction des prescripteurs 195
8. Une clarification des responsabilités entre employeur et assurance-maladie 196
9. La question des jours de carence 197
4. Lutter contre la fraude 198
1. La mobilisation par l'assurance-maladie de moyens supplémentaires importants a permis des progrès tant dans l'évaluation que dans les résultats obtenus 198
2. Cette évaluation gagnerait toutefois à être complétée 199
IV. Les leviers permettant d'agir sur les prix et les coûts des soins 203
A. Payer les produits et prestations au juste prix 203
B. Le prix des médicaments a contribué de façon significative à l'inflexion récente de la dynamique des dépenses d'assurance-maladie 209
C. L'efficience hospitalière 216
D. L'efficience de l'offre libérale 223
V. Les mesures de périmètre 225
A. Les mesures de périmètre doivent être abordées en tenant compte de l'articulation entre AMO et AMC 225
1. La question du périmètre de prise en charge est souvent conçue sous le seul angle du périmètre de prise en charge par l'AMO 225
2. Une approche de maîtrise du périmètre de prise en charge réduite à l'AMO présente d'importantes limites notamment en raison de l'articulation entre AMO et AMC 227
3. Les mesures d'évolution des périmètres de l'AMO et de l'AMC doivent être examinées de façon commune 230
B. La concentration croissante des dépenses de santé sur les affections de longue durée rend nécessaire de réexaminer les différentes modalités d'articulation entre AMO et AMC 239
1. Dans le cadre de l'architecture actuelle AMO/AMC, les réflexions tournent autour des évolutions possibles du régime ALD 240
2. Remplacer le mode de couverture des restes à charge élevés que représente le régime ALD par un dispositif de bouclier sanitaire 242
3. Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée 243

4. Accroître les taux de remboursement de la sécurité sociale 244
5. Décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC 246
VII. Mot de conclusion 249
Chapitre 2 250
Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficience par la prévention et des réponses diversifiées 250
Réduire la mortalité infantile : une urgence médicale et sociale 252
I. Santé mentale : vers une régulation de la consommation de médicaments psychotropes par les enfants 254
A. Les besoins de soins en hausse, des réponses insuffisantes, et des risques de prescriptions médicamenteuses par défaut 254
B. Prescrit-on trop de médicaments psychotropes aux enfants ? 258
II. La prévention par l'accueil du jeune enfant, sa qualité et son inclusivité 267
A. La lutte contre les effets de la pauvreté sur les enfants : un double engagement de la France 267
B. La flexibilité comme prévention 269
III. Santé environnementale : préparer l'avenir 270
Chapitre 3 273
La branche famille et les politiques familiales, des dépenses d'avenir à préserver 273
I. Recettes, dépenses et solde comptable : une décennie de changements 273
A. L'évolution du solde de la branche famille 273
1. Un solde structurellement excédentaire 273
2. Des recettes assises sur les revenus et des dépenses indexées sur l'inflation 275
3. Un excédent qui a surtout servi à financer des transferts vers d'autres branches 276
B. L'évolution des recettes de la branche famille 277
1. Une rupture dans les recettes à partir de 2014 277
2. Une baisse de recettes de l'ordre de 4 Md€ en dix ans 278

C. L'évolution des dépenses de la branche famille 279
1. Une baisse de la part des dépenses de la branche famille dans le PIB depuis dix ans 279
2. Des dépenses d'accueil du jeune enfant en baisse et des dépenses d'entretien stables 280
D. Un quart des dépenses sont des transferts vers d'autres branches 282
E. Un excédent appelé à croître à échéance 2029, *a fortiori* compte tenu de la baisse du nombre des naissances 284
II. Les spécificités de la branche famille appellent à respecter certaines règles 285
A. Répondre aux besoins des familles d'aujourd'hui 286
B. Assurer les fonctions redistributives de la branche famille 286
C. Garantir une évolution des recettes de la branche famille au même rythme que la croissance 287
D. Assurer la transparence et la lisibilité des choix budgétaires 288
III. Les pistes examinées par le Conseil de la famille du HCFEA pour participer au redressement des comptes de la sécurité sociale 288
A. Anticiper et prévenir les risques pour éviter des dépenses futures 289
1. Égalité femmes - hommes, taux d'emploi et politiques d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle 289
2. La lutte contre les inégalités sociales et la pauvreté des enfants et des familles .. 291
3. La restauration des enfants lors de la pause méridienne et l'éducation à l'alimentation 292
B. Améliorer l'efficience des politiques publiques associées aux pensions alimentaires 293
1. Relancer le chantier de l'harmonisation entre le barème des pensions alimentaires utilisé par l'Aripa et celui mis à disposition des juges aux affaires familiales 293
2. Poursuivre le déploiement du dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires vers de nouveaux bénéficiaires 296
3. Charger l'Aripa de la révision des pensions alimentaires à la place des JAF 298
C. Des pistes pour réorienter les dépenses de la branche famille 298
1. Redéployer les prestations familiales d'entretien 298
2. Réexaminer la majoration de pension de retraite de 10 % pour trois enfants et plus 300

3. Augmenter le plafond de ressources utilisé pour le calcul des participations familiales dans le barème PSU 301
D. Des pistes en dehors du champ de la sécurité sociale *stricto sensu* 302
1. Plafonner le montant de la pension alimentaire déductible du revenu imposable du parent débiteur et pris en compte dans celui du parent créancier 302
2. Plafonner le bénéfice du quotient conjugal au niveau du quotient familial 303
3. Le crédit d'impôt famille et les avantages fiscaux pour les entreprises réservataires 304
Chapitre 4 306
Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie 306
I. Éléments d'analyse sur la politique de l'âge et l'équilibre de la branche autonomie 308
A. Un décalage entre les publics concernés et les bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) 308
B. Évolution des dépenses d'autonomie sur le champ de l'ENSA 310
C. L'équilibre de la branche autonomie 313
1. Un équilibre menacé à court terme 313
2. Une tendance défavorable à moyen et long terme 314
II. Prévention et adaptation : les objectifs, conditions et leviers d'une politique de l'âge plus efficiente 317
0. Une condition préalable - Une meilleure efficience et un meilleur pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées 317
1. Un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion des prestations ... 318
2. Un progrès dans la connaissance des situations et aides, par un investissement dans les systèmes d'information permettant le pilotage local, le monitoring national et le développement de l'évaluation 323
A. Levier n°1 - Développer la prévention primaire au bénéfice du vieillissement en bonne santé et dans l'autonomie des seniors 323
B. Levier n°2 - Refonder les approches et les outils d'évaluation et de réponse aux besoins pour établir des plans d'aides globaux et renforcés dans leur effectivité, et favoriser des parcours de soins et d'accompagnement rationnalisés 328

C. Levier n°3 - Renforcer l'efficience des accompagnements à domicile en développant les solutions regroupées et de proximité mobilisant plus justement les interventions et aides humaines 333

D. Levier n°4 - En lien avec l'évolution nécessaire de l'offre, repenser le périmètre de missions et d'intervention des établissements pour personnes âgées 335

E. Quels financement et recettes à court terme et à moyen-long terme de la branche autonomie ? 343

1. Sur le court terme, le besoin de financement est relativement limité 343

2. À l'horizon de moyen-long terme, une réforme plus ambitieuse du financement devra être envisagée 345

Chapitre 5 347

Quelle évolution des recettes de la sécurité sociale dans le cadre du redressement des comptes sociaux ? 347

I. Le taux et la qualité de l'emploi : des données clé du redressement des comptes de la sécurité sociale 348

A. Si le taux d'emploi s'est amélioré ces dernières années, il reste des marges de progression 349

B. Un ralentissement de la productivité, qui incite à investir dans la recherche et le développement mais aussi dans la formation 351

C. Améliorer la qualité de l'emploi 352

II. Une affectation de nouvelles recettes ne peut être écartée si on veut crédibiliser une trajectoire de retour à l'équilibre, mais ne saurait être exclusive 356

A. Si la piste CSG était retenue, il faudrait veiller au rééquilibrage, en son sein, des différentes catégories de revenus des ménages 359

1. Dans une logique d'équité, procéder à une augmentation soit uniforme soit différenciée des taux de CSG ? 359

2. Recourir à la CSG pour redonner du pouvoir d'achat aux actifs en substituant de la CSG aux cotisations ? Un schéma possible, mais qui doit participer à la résolution des problèmes de financement. 366

3. Recourir à la CSG pour redonner du pouvoir d'achat aux salariés qui ont les revenus les plus bas en instaurant une « CSG progressive » ? Un oxymore ? Une absence de gain financier 370

B. Si l'accroissement de TVA était retenu, il faudrait le prioriser pour le redressement des comptes sociaux 373
1. Affecter de la TVA à la sécurité sociale ? Un processus déjà largement engagé . 373
2. Accroître les taux de TVA au profit de la sécurité sociale pour financer le déficit ? 376
3. Accroître l'affectation de TVA à la sécurité sociale pour réduire les cotisations sociales ? Une hypothèse remise à l'ordre du jour, mais qui ne priorise pas la résorption du déficit 379
C. La mise à contribution du patrimoine serait légitime 384
1. Quelle est la fiscalité actuelle sur les droits de mutation à titre gratuit ? 384
2. Plusieurs niches ont été identifiées et évaluées par le Conseil d'analyse économique 386
3. Quelles mesures possibles ? 387
4. Affecter de la fiscalité sur les droits de mutation à la sécurité sociale ? 392
D. Les taxes comportementales devraient être accrues ou renouvelées 393
1. Augmenter le prélèvement sur les alcools ? 394
2. Augmenter la taxe sur les Prémix ? 396
3. Instaurer une taxe sur les écrans pour limiter les effets d'addiction ? 396
III. Des exonérations de cotisation de sécurité sociale peuvent être rationalisées 398
A. Contributions versées par les employeurs à leurs salariés au titre des garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire dans un cadre collectif 400
1. Une exemption qui coûte plus de 5 Md€ à la sécurité sociale. 400
2. Limiter les avantages portant sur les contrats santé ? 401
3. Recentrer le dispositif sur la prévoyance, en encadrant les garanties offertes 405
B. Retravailler l'exonération « heures supplémentaires » ? 407
1. Un dispositif coûteux 407
2. Une réduction progressive de l'avantage ? 407
C. Limiter les exemptions d'assiette sur les indemnités de rupture conventionnelle ? 408
1. Des indemnités qui peuvent s'éloigner de la logique de réparation qui justifie les exonérations 408
2. Réexaminer la pertinence de l'exonération ? 409

D. Réviser le forfait social ? 411
1. Un dispositif qui a connu une forte montée en charge 411
2. Réajuster le forfait social sur l'épargne salariale ? 415
E. Reconfigurer l'exonération « titres restaurants » 415
1. Un dispositif étendu au-delà de la simple compensation 415
2. Une exemption d'assiette coûteuse 416
3. Un retour aux modalités antérieures à la crise sanitaire ? 417
IV. Lutter contre les fraudes sociales 417
V. Éclairages financiers 420
Conclusion 422
Annexe 1 423
Les lettres de saisine 423
I. Saisine du Hcaam 424
II. Saisine du HCFEA 426
III. Saisine du HCFiPS 428
Annexe 2 430
Les contributions des membres 430
Confédération générale du travail - CGT 431
Confédération française démocratique du travail - CFDT 443
Confédération générale du travail – Force ouvrière – CGT FO 451
Confédération française des travailleurs chrétiens - CFTC 462
Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres – CFE CGC 471
Fédération syndicale unitaire - FSU 490
Union nationale des syndicats autonomes - UNSA 494
Contribution des organisations : CFE-CGC, CFTC, CGT, FGR-FP, FO, FSU, Ensemble & Solidaires 500
Confédération française des retraités - CFR 504
Mouvement des entreprises de France - MEDEF 506

Fédération des particuliers employeurs de France - FEPEM 514
Union nationale des associations familiales - UNAF 516
Mutualité Française - MF 526

Introduction

Le rapport répond à une saisine conjointe adressée par le Premier ministre le 7 mars 2025 aux trois Hauts Conseils : le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), et le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS). L'objectif de cette saisine était triple : établir un diagnostic partagé des causes des déséquilibres financiers de la sécurité sociale française, identifier les leviers possibles de redressement à court et moyen terme (réglementaires et légaux), et proposer des scénarii de redressement mobilisant ces leviers.

Les Hauts Conseils sont des instances indépendantes composées des représentants des parties prenantes et des pouvoirs publics, membres du réseau du Haut-Commissariat à la stratégie et au plan, rattachés au gouvernement qui a la possibilité de les saisir. Les Hauts Conseils ont donc l'habitude de travailler sur saisine du Premier ministre ou des ministres compétents, même si leurs travaux se situent le plus souvent sur un horizon de moyen-long terme.

La présente saisine revêt toutefois un caractère particulier.

Tout d'abord, elle était adressée aux trois Hauts Conseils dans les mêmes termes, leur demandant de se coordonner et d'allier leurs compétences et leurs différentes perspectives au service d'un travail commun prenant la forme d'un unique rapport.

En second lieu, elle s'inscrit dans un contexte caractérisé par des enjeux spécifiques et un calendrier associé à l'élaboration du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 afin d'« *éclairer utilement les discussions* », avec l'objectif de livraison du rapport début juin 2025.

Enfin, la saisine couvre le secteur des dépenses et recettes des régimes obligatoires inscrits dans le champ des PLFSS. Celui-ci est particulièrement vaste, et non entièrement couvert par les trois Hauts Conseils – aucun, par exemple, n'est spécifiquement missionné pour les branches invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que sur la politique de soutien à l'autonomie des personnes handicapées assurée par la sécurité sociale.

Par ailleurs, le sujet de la politique des retraites a été placé hors champ de la saisine, du fait de la constitution et des travaux de la délégation permanente des partenaires sociaux.

Enfin, les politiques de protection sociale et les comptes sociaux ne se résument pas au seul périmètre de la sécurité sociale : ils sont également de la compétence et du ressort de l'État (avec des interventions et des dépenses fiscales), des collectivités territoriales et de régimes paritaires, comme pour l'assurance chômage et la retraite obligatoire complémentaire des salariés, ou complémentaires de prévoyance.

Les trois Hauts Conseils ont travaillé dans des délais contraints (trois mois), non seulement au regard de leur méthode de travail qui consiste à traiter de façon approfondie leurs sujets en associant leurs membres à tous les stades des travaux, mais aussi par rapport à l'enjeu supplémentaire que constituait la rédaction d'un rapport commun que l'ensemble des membres pourraient s'approprier.

Les trois Hauts Conseils ont consacré chacun entre trois et quatre de leurs séances plénières à la réflexion, la discussion et la finalisation de leurs écrits sur la saisine du Premier ministre, étalées entre mars et juin 2025. Deux sessions plénières ont été ouvertes à l'ensemble des membres des trois Hauts Conseils, organisées sous forme de webinaire. S'agissant du HCFEA, composé de trois Conseils, les travaux ont été effectués respectivement au sein du Conseil de la famille, du Conseil de l'enfance et du Conseil de l'âge, la coordination d'ensemble ayant été assurée par les présidentes et président et le secrétariat général. La coordination et l'animation de la démarche inter-Hauts Conseils a été assurée par le président et le secrétariat général du HCFiPS.

Le défi de produire pour le mois de juin le présent rapport n'a pu être tenu que grâce à la mobilisation des secrétariats généraux des trois Hauts Conseils et de l'ensemble de leurs membres, le concours apporté par les institutions et en particulier la direction de la sécurité sociale, les caisses nationales de sécurité sociale, et l'approche coopérative et constructive de l'ensemble des membres. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Dans ces délais, les Hauts Conseils ont engagé un travail conséquent et pu couvrir les différents sujets appelés par la lettre de saisine, selon les trois axes qu'elle comprenait. Toutefois, ils n'ont pas disposé du temps et des données nécessaires pour approfondir les analyses et procéder aux études et aux chiffrages détaillés permettant de documenter l'ensemble des leviers et mesures mentionnées. C'est pourquoi ils livrent leurs conclusions avec beaucoup d'humilité. Ces questions devraient être approfondies à travers des travaux complémentaires relevant des administrations compétentes.

Le rapport ne prétend pas proposer un plan de redressement détaillé, mais plutôt un tour d'horizon des leviers mobilisables, en analysant leurs avantages, limites et inconvénients. Certaines mesures ont fait l'objet de rejet unanime de la part des membres de certains Hauts Conseils. D'autres mesures analysées n'ont pas fait consensus. Ainsi, afin de respecter les diversités de positions, les membres ont pu, au-delà de leur contribution directe aux travaux, exprimer leurs prises de position sur le rapport global par des notes annexées au présent document.

Les parties I et II du rapport ont été élaborées par le HCFiPS et partagés avec les deux autres Hauts Conseils. Chacun des chapitres de la partie III a été produit sous la responsabilité d'un des Hauts Conseils, selon ses propres modalités de travail :

- Partie I : Un état des lieux inédit et préoccupant (HCFiPS)
- Partie II : Quels principes pour guider le redressement des comptes sociaux ? (HCFiPS)
- Partie III : Les pistes examinées par les Hauts Conseils pour redresser les comptes de la sécurité sociale

- Chapitre 1 : Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire (Hcaam)
- Chapitre 2 : Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficience par la prévention et des réponses diversifiées (Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA)
- Chapitre 3 : La branche famille et les politiques familiales, des dépenses d'avenir à préserver (Conseil de la famille du HCFEA)
- Chapitre 4 : Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie (Conseil de l'âge du HCFEA)
- Chapitre 5 : Quelle évolution des recettes de la sécurité sociale dans le cadre du redressement des comptes sociaux ? (HCFiPS)

Le 3 juin 2025, les présidentes et présidents des Hauts Conseils ont été invités à présenter le rapport aux ministres et aux membres de la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de séquences en atelier, puis en session plénière.

Les dernières séances de certains Hauts Conseils intervenant le 10 juin, le présent rapport a été finalisé à la mi-juin 2025, soit dans des délais utiles pour la réflexion et la décision publique s'agissant du PLFSS pour 2026.

Les présidentes et présidents des Hauts Conseils forment le vœu que ce rapport global nourrisse la réflexion du gouvernement, celle du Parlement ainsi que le débat public. L'enjeu est celui de la soutenabilité de notre système de sécurité sociale, dont sera fêté à l'automne 2025 le 80e anniversaire de la création, et qui participe depuis sa création à renforcer la cohésion nationale et sociale.

Partie I

Un état des lieux inédit et préoccupant

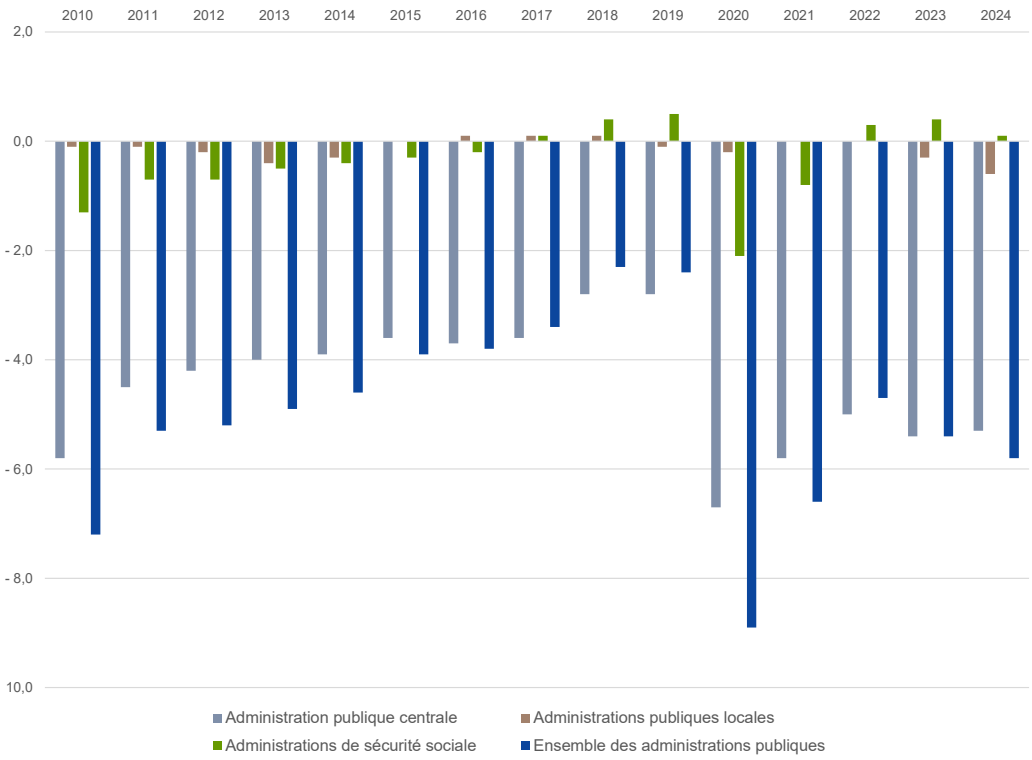
I. Un déficit public très important

A. Une situation globale des finances publiques fortement dégradée

Le déficit public s'élève en 2024 à 5,8 % du PIB. Après une amélioration consécutive à la sortie de la crise sanitaire, il se dégrade depuis 2022, à des niveaux bien supérieurs à l'avant crise sanitaire.

Graphique 1 I Déficit des administrations publiques – total et par sous-secteur

en points de PIB



Note : Outre les régimes obligatoires administrations de sécurité sociale, les administrations de sécurité sociale incluent également la Cades (dont le compte est excédentaire, correspondant seulement aux recettes minorées des charges d'intérêt), le FRR, les retraites complémentaires, l'Unedic et les établissements publics de santé.
La dégradation des comptes entre 2023 et 2024 provient des différentes composantes des administrations de sécurité sociale. Le déficit s'accroît pour les branches maladie et vieillesse, qui sont par ailleurs les deux branches avec le plus fort déficit (– 4,5 Md€ pour les régimes obligatoires de base et le FSV). Mais la dégradation provient aussi de la réduction des excédents de l'Agirc-Arrco (– 1,4 Md€) et de l'Unedic (– 1,5 Md€) ainsi que de la réduction des excédents de la Cades (– 2,3 Md€), du fait principalement du transfert en 2024 de 0,15 point de CSG vers la CNSA, transfert sans lequel le déficit des régimes obligatoires de base aurait été dégradé d'autant.
La révision à la baisse des prévisions pour les administrations de sécurité entre le PSMT d'octobre 2024 et le rapport d'avancement annuel d'avril 2025 provient globalement d'une part de la révision entre les hypothèses du PLFSS pour 2025 (où le solde attendu pour les régimes de base et le FSV était de – 16 Md€) et le solde finalement voté dans la LFSS qui est de – 22 Md€, et d'autre part de la révision des hypothèses macroéconomiques.
Source : Insee.

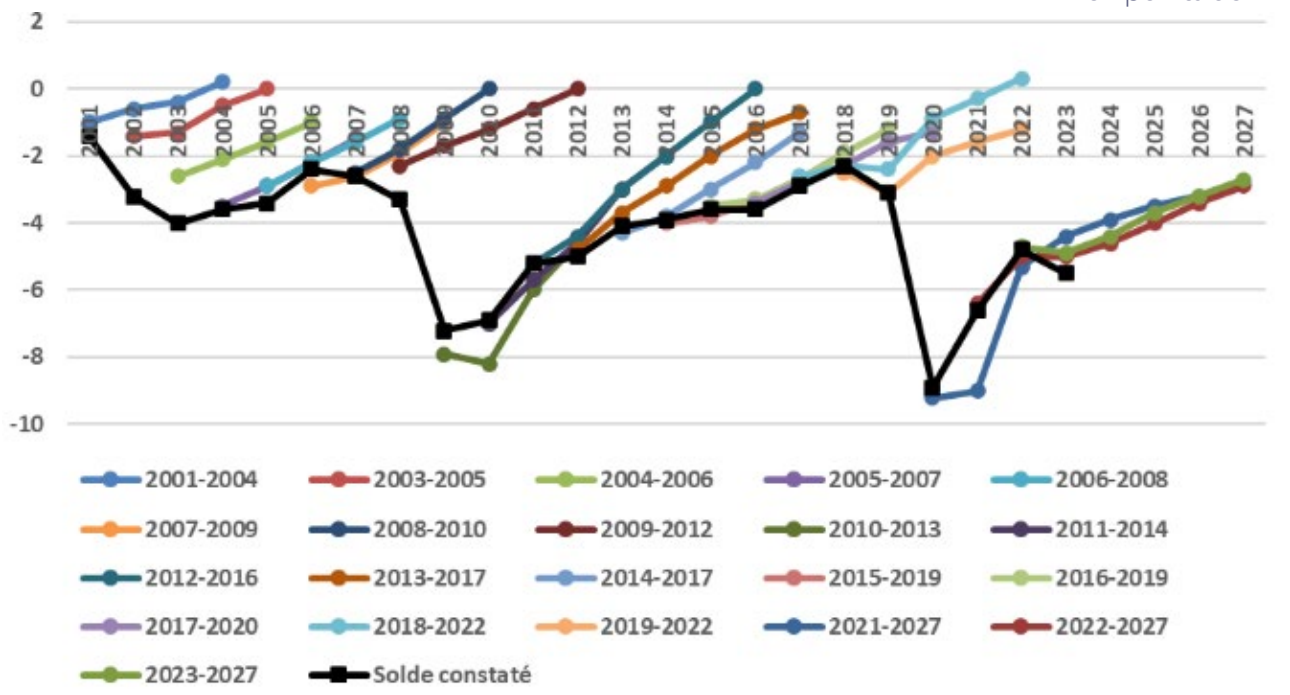
B. Des révisions de la trajectoire qui questionnent sur la capacité de la France à respecter ses engagements européens

Les trajectoires pluriannuelles des finances publiques font quasi systématiquement l'objet de révisions importantes et régulières, qui interrogent sur la capacité de la France à respecter ses objectifs et affectent, par suite, la crédibilité de son pilotage des finances publiques.

Ainsi que le remarque François Ecalle, « *les programmes de stabilité ont toujours prévu une amélioration rapide du solde public. La courbe des soldes constatés est toutefois presque toujours au-dessous des courbes qui correspondent aux soldes prévus dans les programmes de stabilité, ce qui signifie que ceux-ci n'ont pas été atteints* »[1].

Graphique 2 I Les soldes publics prévus dans les programmes de stabilité et constatés

en points de PIB



Source : programme de stabilité pour les soldes prévus ; Insee pour les soldes constatés ; Fipeco.

C. Des comptes publics fortement dégradés en comparaison de la situation des autres pays européens

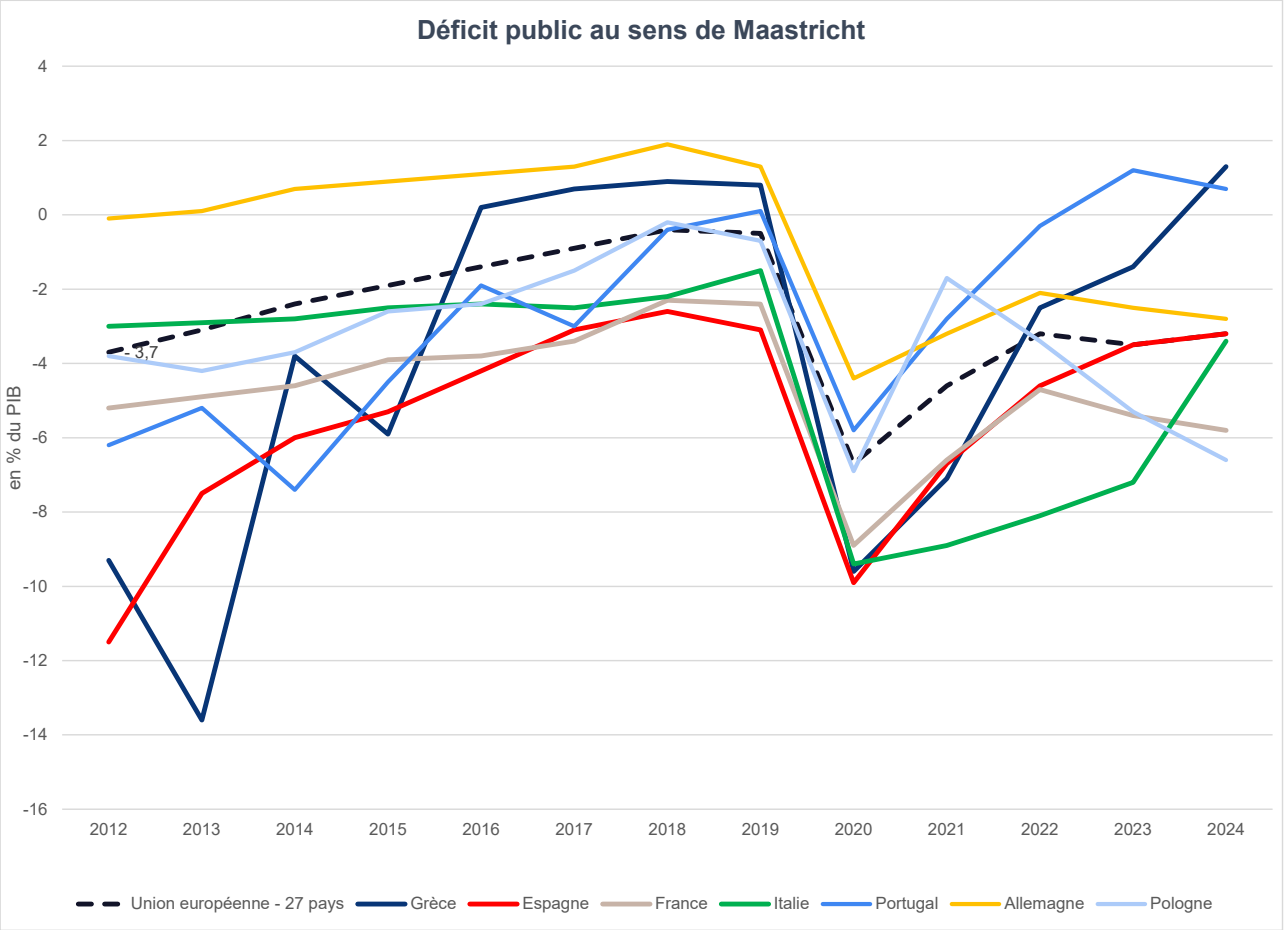
Par rapport aux autres pays européens, à l'exception de la Pologne, le solde public français s'inscrit en deçà des autres pays, la capacité publique de financement des pays de l'Union européenne s'établissant à – 3,2 % du PIB en 2024 (contre – 5,8 % pour la France).

[1] https://www.fipeco.fr/fiche/Les-programmes-de-stabilit%C3 %A9.

L'Allemagne a un déficit représentant 2,8 points de PIB en 2024. Parmi les pays ayant le déficit le plus élevé en 2020 (France, Espagne, Italie), la France est le seul pays à ne pas afficher une dynamique de redressement sur la période récente. La Pologne affiche un déficit plus dégradé que la France, avec un creusement à compter de 2022, en lien avec les dépenses militaires engagées suite à l'invasion de l'Ukraine par la Russie.

Graphique 3 I Déficits publics des pays de l'Union européenne

en points de PIB

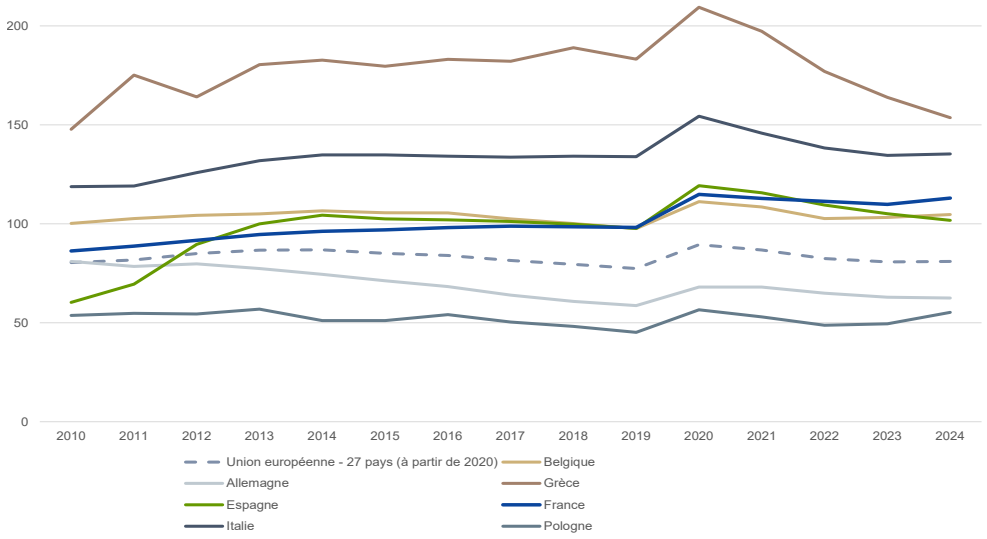


Source : Eurostat.

Concernant la dette maastrichtienne, la dette publique française peut s'apprécier au regard de celles des partenaires européens. Elle est la 6e plus élevée parmi des pays de l'OCDE, derrière notamment le Japon, les États-Unis, l'Italie, la Grèce et la 3e dans la zone euro en 2024.

Graphique 4 I Dette publique rapportée au PIB des pays de l'Union européenne

en points de PIB

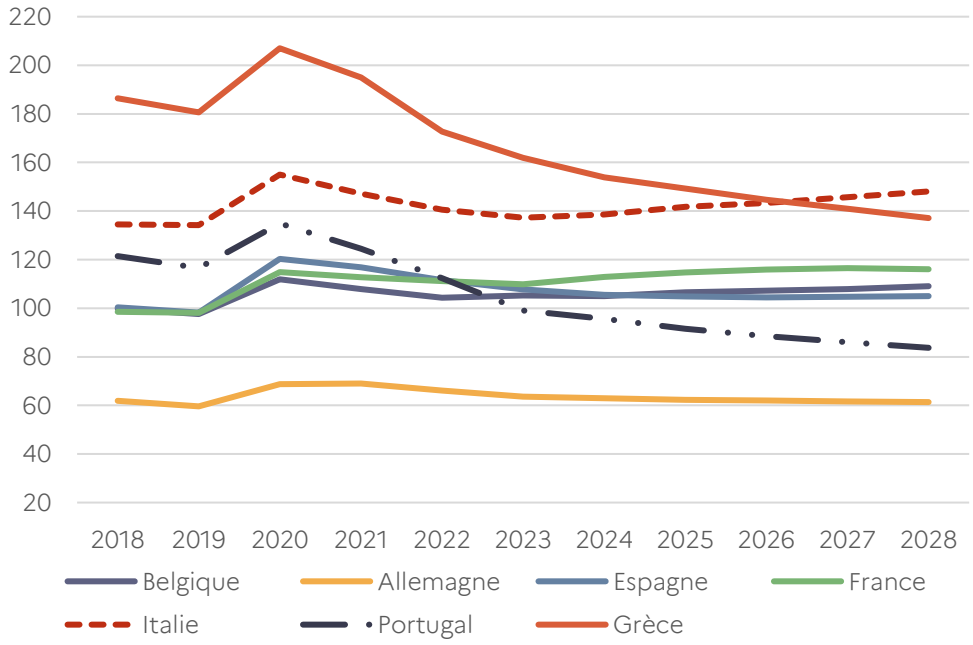


Source : Eurostat.

En comparant les évolutions des dettes publiques présentées par les différents pays dans le cadre du Semestre européen, la dette publique de la France continuerait de progresser lentement d'ici 2027 pour commencer à refluer à partir de 2028 et resterait la 3ème plus élevée derrière l'Italie et la Grèce.

Graphique 5 I Trajectoire de dette publique de différents pays de la zone euro dans le programme de stabilité 2023-2028

en points de PIB



Source : Eurostat, Commission européenne, semestre européen.

La trajectoire de réduction de déficit sera cependant d'autant plus compliquée à suivre que des dépenses supplémentaires sont susceptibles de s'additionner aux prévisions de dépenses antérieures, notamment pour ce qui relève des dépenses militaires et des dépenses nécessaires à la transition environnementale. Il a été annoncé notamment un effort de l'ordre de 1 point de PIB de dépenses militaires supplémentaires, effort qu'il faudra compenser par des mesures en économies ou en recettes à due concurrence si la trajectoire est maintenue. Identiquement, le rapport de Jean Pisani Ferry et Selma Mahfouz préconisait un effort de deux points de PIB par an pour l'investissement en faveur de la transition environnementale, dont la moitié pour le secteur public[2].

Il est à noter cependant que la capacité de financement de la Nation, agrégeant l'ensemble des acteurs économiques, administrations et les autres agents économiques – dont ménages et entreprises – qui était déficitaire en 2022 et 2023, est revenue en léger excédent en 2024, signifiant que l'épargne des agents privés dépasse en niveau le déficit public.

II. Un déficit de la sécurité sociale très préoccupant sans perspective de résorption spontanée

A. Des soldes sociaux dégradés, une dette sociale dont l'horizon de résorption n'est pas aujourd'hui défini

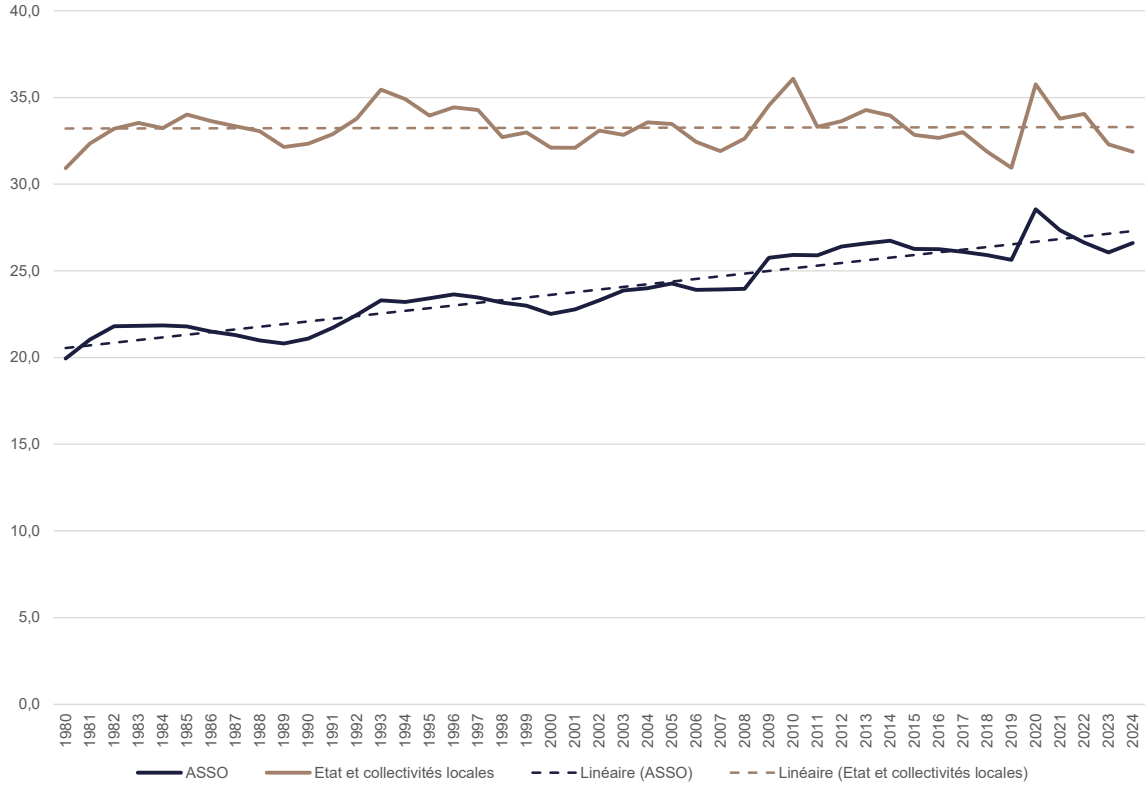
1. Une absence de perspective de retour à l'équilibre des comptes sociaux en l'état actuel

Les administrations de sécurité sociale (Asso) constituent un pan important des finances publiques, leurs dépenses s'élevant à 780 Md€, soit l'équivalent d'un quart du PIB[3] (contre 1 070 Md€ pour les dépenses de l'État et des collectivités locales). Ces dépenses ont progressé tendanciellement plus vite que la richesse nationale sur longue période, en lien avec les déterminants des dépenses sociales (vieillissement, prévalence accrue des maladies chroniques, progrès technique, etc. *cf.* infra).

[2] La note flash de France Stratégie « Comment financer le réarmement et nos autres priorités d'ici à 2030 ? » de mai 2025 indique que « *cette trajectoire [du PSMT] intègre les effets du vieillissement de la population, la hausse de la charge de la dette et une hausse des dépenses de défense à horizon 2030 cohérente avec la loi de programmation militaire de 2023, mais pas au-delà* » mais qu'« *en revanche, la trajectoire envoyée à la Commission européenne ne prend pas en compte les besoins supplémentaires d'investissement – environ 1 point de PIB – identifiés comme nécessaires au respect de nos engagements climatiques* ».

[3] La comparaison est faite uniquement pour les ordres de grandeur, les dépenses de protection sociale n'étant pas une composante directe du PIB, hormis les dépenses effectuées sous forme de prestations en nature.

Graphique 6 **I** Évolution du poids des dépenses des Asso dans le PIB, comparée à l'évolution du poids des dépenses de l'État et des collectivités locales



Source : Insee.

Les régimes de sécurité sociale constituent la majeure partie des dépenses des Asso : les dépenses inscrites en LFSS pour 2025 s'élèvent à près de 670 Md€, montant équivalant à plus de 20 % du PIB[4].

Le tableau ci-après récapitule les grandes masses et les grands enjeux.

[4] Pour rappel, les Asso incluent également le régime d'assurance chômage, les régimes complémentaires obligatoires de retraite, et les hôpitaux. Si on analyse uniquement la sécurité sociale, la situation financière des hôpitaux peut être néanmoins retracée indirectement dans les comptes au travers des versements opérés dans l'Ondam, mais cela n'est traduit que de manière imparfaite, puisque l'objectif de dépenses n'inclut pas le déficit hospitalier.

Tableau 1 I Chiffres clés de la gestion de la dette pour l'État et la protection sociale en 2025

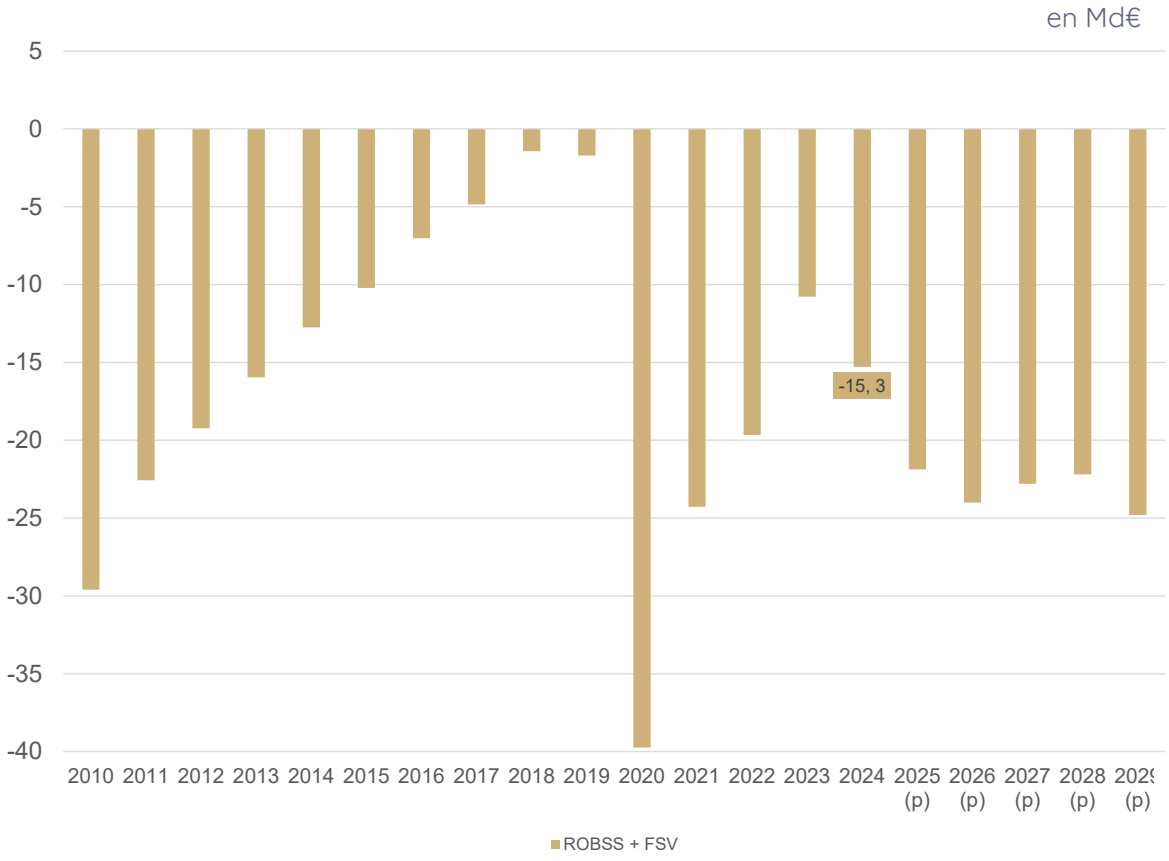
en Md€

	État	Sécurité sociale (ROBSS + FSV)	Unedic	Administration publique*
Dépenses annuelles	446	666	45	1 714
Solde annuel	– 133	– 21,9	– 0,2	– 150
Capacité ou besoin de financement des dépenses	**– 29,8 %**	**– 3,3 %**	**– 0,4 %**	**– 8,7 %**
Dette	2 814	168	60	3 441
Poids de la dette des dépenses	**630,4 %**	**25,2 %**	**131,3 %**	**200,7 %**
Sommes consacrées à la gestion de la dette	54,9	19,7	0,5	85,3
Dont charge de la dette	*49,7*	*3,4*	*0,5*	*69,0*

*Comptabilité nationale, extrapolation HCFiPS.
Source rapport de la CCSS de juin 2025, Unedic, PLF 2025.

Après être parvenu à un quasi-équilibre en 2019, le solde des régimes obligatoires de sécurité sociale est redevenu largement déficitaire. En 2024, le déficit s'établit à environ 15 Md€ (soit 0,6 % du PIB), montant un peu moins défavorable qu'attendu mais néanmoins à un niveau très dégradé.

Graphique 7 I Solde des régimes obligatoires de base



Source : rapport de Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2025.

2. Un déficit très préoccupant en l'absence de choc exogène

Ce déficit est très préoccupant, tout d'abord à raison de son niveau, ensuite parce que la perspective de rebond économique est *a priori* faible, enfin, parce que les perspectives présentées en lois de financement ne proposent pas de trajectoire pour un retour à l'équilibre. Contrairement à la crise de 2010 qui avait été suivie d'un redressement progressif des soldes, la sortie de crise de 2020 ne s'accompagne pas, ni en pratique ni en prévision, d'un rétablissement continu des finances sociales.

Encadré 1 I Quelles possibilités de rebond économique restent ? l'estimation des écarts de production à fin 2024

Après avoir fortement plongé avec la crise sanitaire, l'activité économique a rebondi à sa sortie mais a subi ensuite le choc d'inflation, en partie importée. À la suite de ces mouvements d'ampleur, il est compliqué à l'issue de ces crises de démêler leurs impacts et d'estimer dans quelle mesure la croissance a pu rejoindre son niveau potentiel. L'Insee dans sa note de conjoncture de mars 2025 indique que « *la crise sanitaire s'est traduite par un effondrement de l'activité suivi d'un rebond rapide. Une fois rouverte, l'économie française a semblé rapidement buter sur des contraintes d'offre qui se sont exacerbées pendant la crise énergétique. La dissipation de ces chocs pose la question de la position de l'économie dans le cycle et de son potentiel de rebond* »[5].A cette question, la note de conjoncture de l'Insee indique que l'économie française fin 2024 est relativement peu éloignée de son potentiel, ayant rattrapé l'écart de production lié à la crise sanitaire et à la période inflationniste[6]. Dans sa dernière note de prévision, l'OFCE considère en revanche qu'il subsiste en 2024 un potentiel de croissance, de l'ordre de 1,3 point[7]. En retranscrivant cet écart de production en masse salariale, cela représenterait une perte de recettes d'un peu plus de 3 Md€ pour la sécurité sociale.

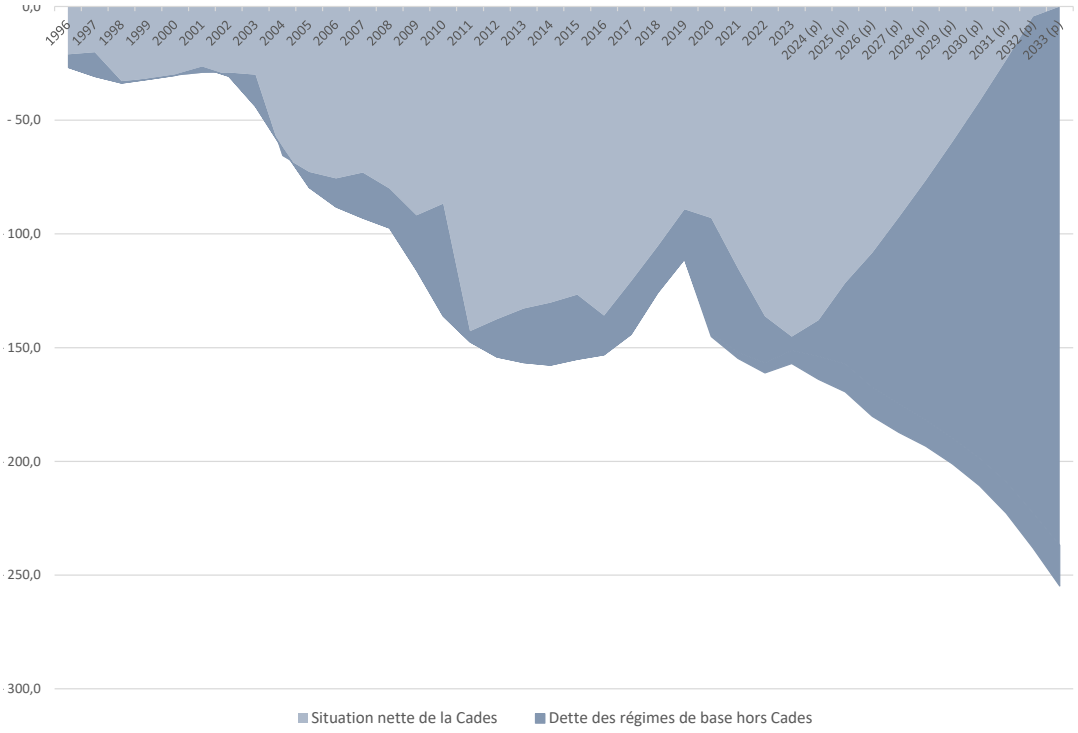
3. La question de la dette sociale va se reposer de manière prochaine

Cette persistance, voire cette aggravation du déficit, se retranscrit directement dans l'alourdissement de la dette sociale. Actuellement, l'extinction de la dette portée par la Cades est prévue au plus tard en 2033, et tout permet de croire que cet horizon sera respecté en l'absence de nouvelle reprise de dette[8]. Cependant, les déficits actuels non repris s'accumulent et en supposant conventionnellement que les niveaux de déficits postérieurs à 2029 (dernière année affichée dans les projections présentées dans le rapport de la CCSS de juin 2025) se dégradent au même rythme, la légère décrue de la dette observée en 2024 serait interrompue et la dette réaugmenterait nettement[9]. Sous ces

[5] M.-C. Cazenave-Lacrouts, D. Medee-Welter, 2025, « Cinq ans après la crise sanitaire, où se situe l'économie française par rapport à son potentiel ? », Note de conjoncture de l'Insee, mars 2025.
[6] Celle-ci a pu abaisser temporairement la croissance potentielle du fait des tensions d'approvisionnement.
[7] Prévisions d'avril 2025. Les calculs ont été faits avant la publication des comptes annuels de mai 2025, qui ont procédé à une révision du PIB à la hausse de 0,5 point en 2023.
[8] Il est probable que la Cades ait même la capacité d'apurer la dette actuelle avec un an d'avance.
[9] La dette au titre de la Cnam et de la Cnav (hors FSV) s'élève déjà à environ 27 Md€ au 1er janvier 2025.

hypothèses conventionnelles, le niveau de la dette sociale (Cades et Acoss) approcherait 250 Md€ en 2033, soit un niveau jamais atteint.

Graphique 8 I Évolution de la situation nette de la Cades et de la dette des régimes de base au 31 décembre



Source Cades, Acoss, rapport de la CCSS de juin 2025, calculs HCFiPS

En l'absence de mesures de redressement rapides et conséquentes en termes financiers, le sujet de la reprise de dettes, de l'apport de recettes nouvelles et/ou de la date d'extinction de la Cades devra être réexaminé. Cette réflexion doit être menée dans des délais relativement rapides, en lien avec la discussion des lois financières de l'automne :

- La trésorerie de l'Acoss a su faire face à des besoins de financement très importants lors de la crise sanitaire de 2020. Fin 2025, le besoin de financement pourrait s'élever à près de 55 Md€, encore inférieur au point bas exceptionnel de 80 Md€ atteint début 2021 pendant la crise sanitaire, mais néanmoins inédit hors cette période exceptionnelle ; une trajectoire de retour à l'équilibre est un élément essentiel pour assurer la bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale vis-à-vis des marchés financiers.
- La reprise de dettes par la Cades nécessite l'intervention du législateur. Une hausse de CSG ou CRDS suppose une loi (et réduit la capacité à utiliser cette recette pour

la résorption du déficit). Un allongement de la durée de la Cades ne peut se faire que par le biais d'une loi organique[10].

B. Des facteurs sous-jacents globalement peu porteurs qui touchent toutes les branches

La trajectoire des comptes sociaux ne s'améliore pas spontanément. Si la tendance des recettes, hors mesures nouvelles, suit globalement celle des assiettes et donc la croissance, les dépenses de sécurité sociale peuvent suivre des tendances différentes en raison notamment des effets du vieillissement de la population[11].

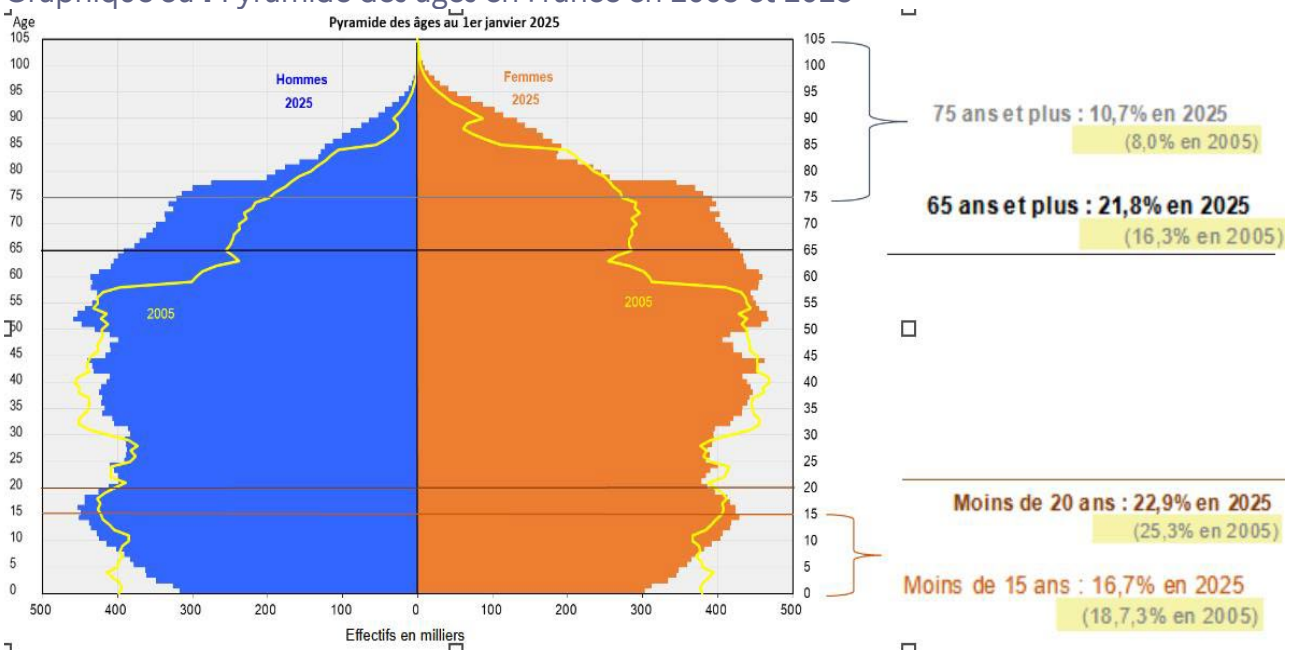
1. Un impact de la démographie sur les comptes sociaux globalement défavorable, mais selon une intensité et un rythme très différent selon les branches

Le vieillissement de la population peut être visualisé au travers de la pyramide des âges : la part des 65 ans et plus représente près de 22 % de la population en 2025 contre 16 % en 2005 ; la part des 75 ans et plus représente près de 11 % de la population en 2025, contre 8 % en 2005. A ce vieillissement « par le haut », s'ajoute une forme de vieillissement « par le bas », avec un rétrécissement de la pyramide consécutive au ralentissement des naissances constaté depuis une dizaine d'années.

[10] En application de l'article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 modifiée par la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, « *tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033* ».

[11] On n'évoquera pas ici les spécificités sous-jacentes aux différentes branches, évoquées dans les parties de ce rapport consacrées à chaque branche.

Graphique 9a I Pyramide des âges en France en 2005 et 2025

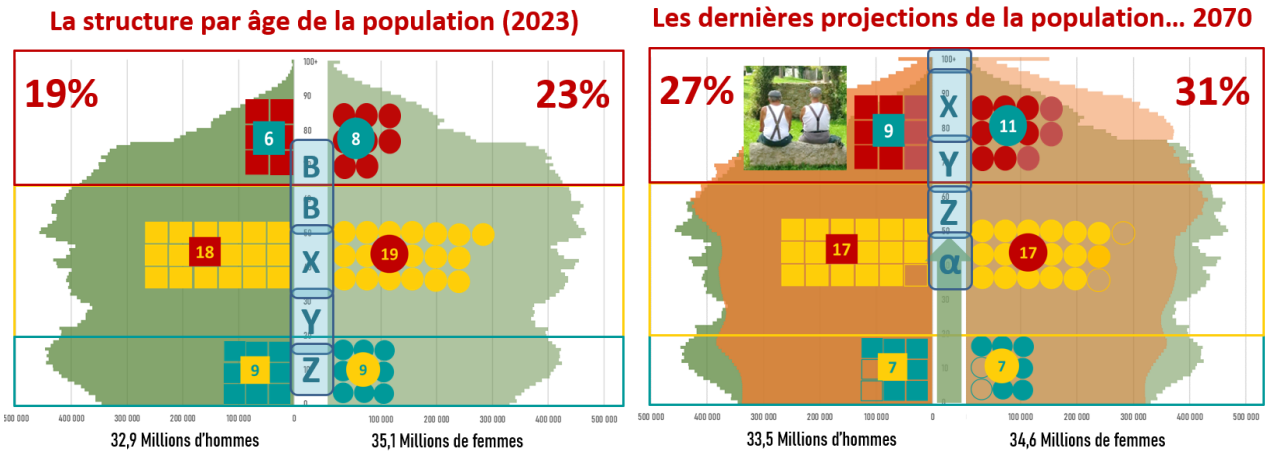


La partie en orange représente les femmes ; celle en bleu représente les hommes. Le trait jaune correspond à la pyramide des âges, il y a 20 ans, au 1er janvier 2005.
Source : Insee.

Ce vieillissement devrait se poursuivre en projection jusqu'en 2070, la population continuant d'augmenter qu'après 75 ans : « *elle double à ces âges, l'espérance de vie progressant et les générations nées avant 1946 étant remplacées par celles un peu plus nombreuses nées de la fin du baby-boom au milieu des années 1990* »[12].

[12] « *Entre 60 et 75 ans, les effectifs restent à peu près les mêmes. Ils augmentent légèrement pour les hommes mais diminuent légèrement pour les femmes, le déséquilibre numérique des sexes en faveur des femmes se réduisant à ces âges même si ces dernières restent majoritaires. En revanche, en dessous de 60 ans, les effectifs diminuent de 10 %* ». Toulemon L., Algava E., Blanpain N., Pison G., La population française devrait continuer de vieillir d'ici un demi-siècle, *Population et société*, n° 597 , février 2022, https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/154/597_web.fr.pdf.

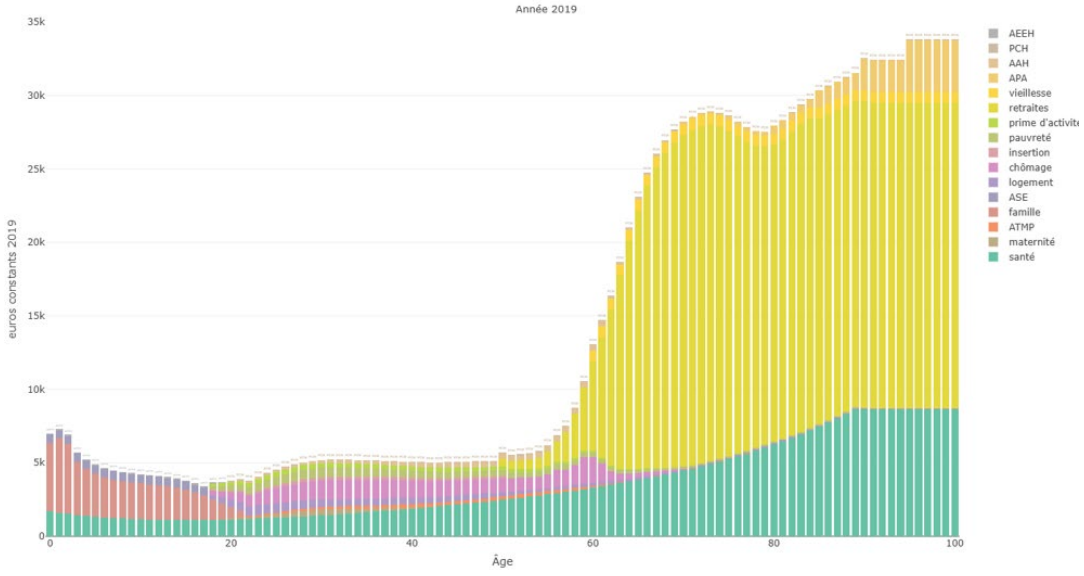
Graphiques 9b et 9c **I** Pyramide des âges de la France en 2021 et 2070 selon le scénario central de l'Insee



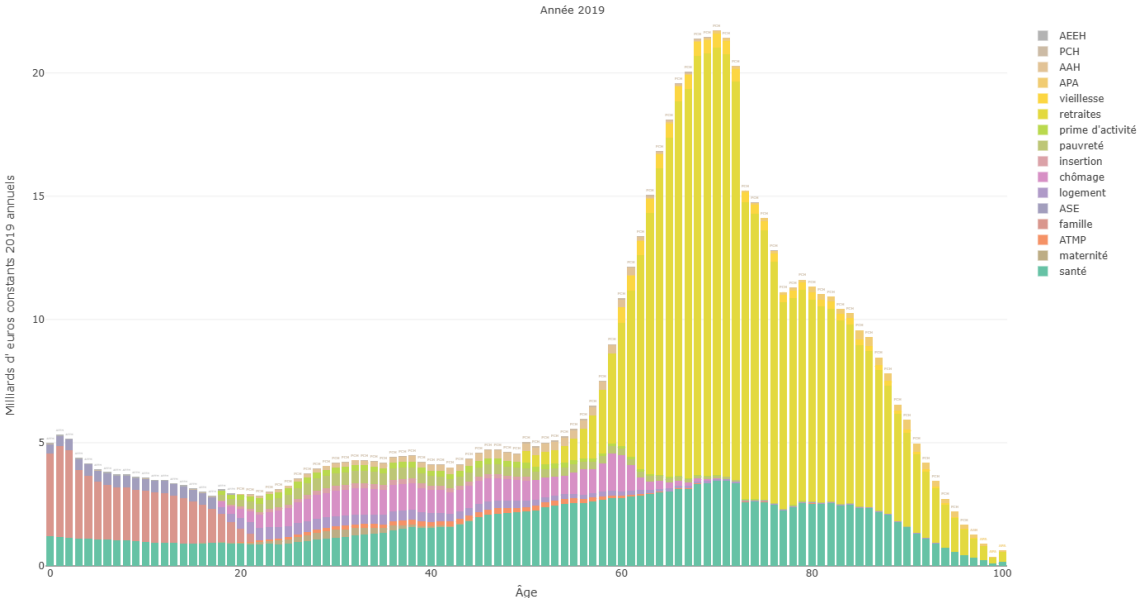
Source : Insee.

Associé au vieillissement « par le haut » de la population, le volume des dépenses de sécurité sociale s'accroît spontanément : ainsi que le synthétisent des travaux de France Stratégie, les dépenses moyennes de protection sociale croissent avec l'âge de même que les dépenses moyennes croissent à âge donné au fil des générations.

Graphiques 10a et 10b **I** Dépenses de protection sociale selon l'âge en 2019
Dépenses par tête de protection sociale à chaque âge en 2019



Dépenses agrégées de protection sociale à chaque âge en 2019

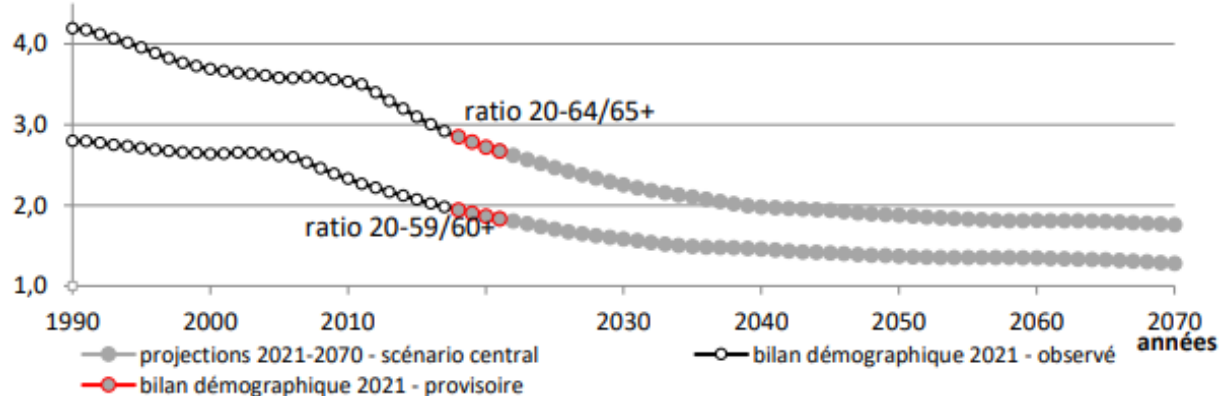


Source : P.-Y. Cusset, Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?, France Stratégie.

Cette tendance de fond s'exprime selon des temporalités et des niveaux d'intensité différents selon les branches.

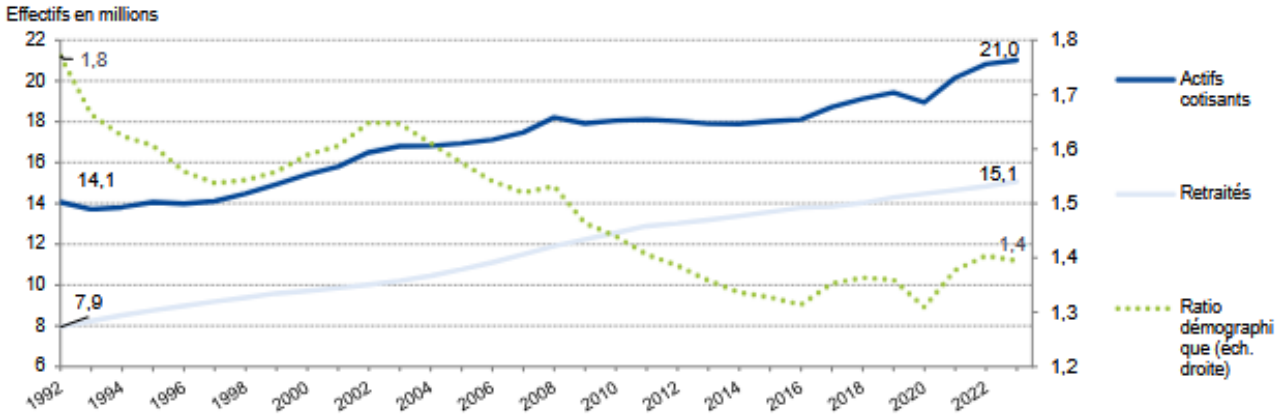
Elle concerne en premier lieu la branche retraite : se superposant à l'incidence de la croissance de l'espérance de vie, l'impact de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du *baby-boom* a commencé à se faire sentir au milieu des années 2000 : jusqu'en 2005, les assurés atteignant l'âge légal de la retraite faisaient partie des classes d'âge relativement creuses de la seconde guerre mondiale (moins de 600 000 personnes par cohorte) ; à compter de 2006, les générations de *baby-boomers* nés à partir de 1946 induisent un choc démographique important (avec 800 000 personnes pour cette génération). L'impact du vieillissement se matérialise dans les ratios démographiques : la population des 20-64 ans relativement à celle des plus de 65 ans décroit et devrait continuer de décroître. Le nombre d'actifs cotisants rapporté au nombre de retraités était de 4,3 en 1965 ; il est aujourd'hui, sur le champ du régime général, de 1,4.

Graphique 11 I Population de 20-59 ans (20-64 ans) rapportée aux 60 ans et plus (respectivement 65 ans et plus), observée puis projetée



Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2023, France entière à partir de 2024.
Source : Insee, estimations de population (provisoires pour 2019-2021) et projections de population 2021-2070.

Graphique 12 I Nombre d'actifs cotisants et de retraités au régime général et ratio démographique (au 1er juillet de chaque année)

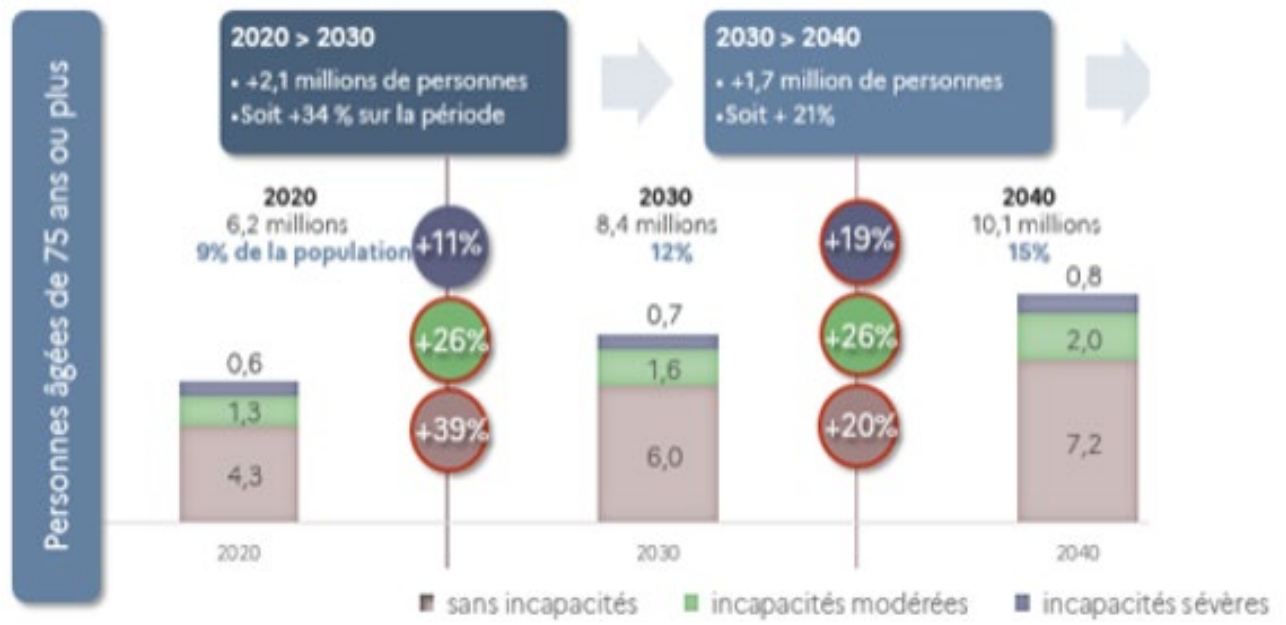


Note : le ratio démographique a continûment diminué jusqu'en 1997. Il a connu un léger rebond entre 1998 et 2002 sous l'effet de conditions économiques favorables, augmentant progressivement de 1,5 à 1,6 grâce à une croissance des effectifs de cotisants plus dynamique (+ 3,3 % par an en moyenne) que celle des retraités (+ 1,6 % par an en moyenne). Sur la période 2002-2016, le contexte démographique s'est de nouveau dégradé : le ratio a décru tendanciellement à la suite de la faible croissance du nombre de cotisants liée au ralentissement économique (+ 0,6 % en moyenne par an sur cette période) relativement à celle du nombre de retraités, avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du *baby-boom* et l'introduction de la retraite anticipée pour longue carrière. La croissance du nombre de retraités a été contenue depuis 2012 en raison des effets du décalage progressif de 60 à 62 ans de l'âge légal de départ en retraite ; les effectifs de retraités augmentaient en moyenne d'environ 3,0 % par an entre 2002 et 2011 et n'ont évolué que de 1,2 % en moyenne par an entre 2012 et 2017.
Source : REPSS, PLACSS 2024, Cnav, Insee.

Le vieillissement de la population viendra majorer fortement les dépenses de la branche autonomie à compter de 2030 lorsque les premières générations du *baby-boom* auront plus de 85 ans. Les projections actuelles font état d'un nombre de personnes âgées de 75 ans et

plus en perte d'autonomie qui augmenterait de 430 000 sur la décennie 2020-2030 (+ 16 %) et de 550 000 sur 2030-2040 (+ 18 %). Ainsi que le souligne le conseil de l'âge, la croissance actuelle des dépenses d'APA demeure actuellement modérée et principalement tirée par les prix (tarif plancher, hausses des salaires compensées par la CNSA).

Graphique 13 I Projections du nombre de personnes de 75 ans et plus selon leur degré d'incapacité

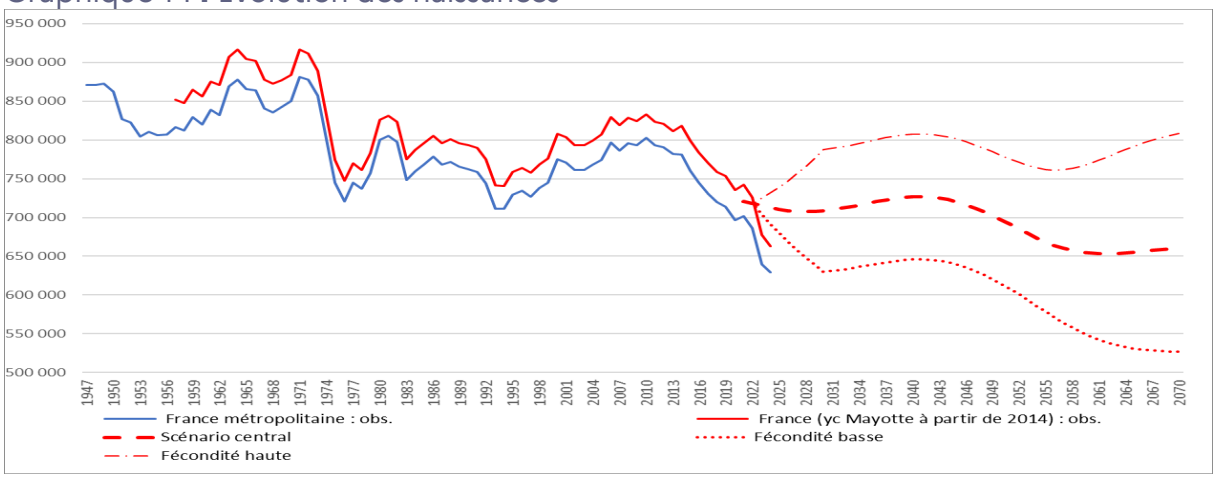


Source : SG du HCFEA sur données Drees-Insee – modèle Livia, projections 2020-2050.

S'agissant de l'assurance maladie, la déformation de la structure de la population a un impact à la hausse sur le volume des soins, qui est estimé à environ + 0,7 % par an sur la période 2025 - 2030 ; si l'on y ajoute + 0,3 % d'augmentation de la population, l'effet global des évolutions démographiques est de + 1 %. Ainsi que le souligne le Hcaam dans ce rapport, ce chiffre correspond à un *« impact mécanique, c'est-à-dire calculé en supposant que la consommation de soins reste la même à chaque âge et que seule change la structure de la population. L'effet sera minoré si, à âge donné, on est en meilleure santé et qu'on a moins besoin de soins, il sera majoré au contraire si on a de plus en plus de maladies au même âge. Une question importante est donc de savoir comment évolue, à âge donné, la prévalence des problèmes de santé et des besoins de soins associés* ».

À l'opposé, l'évolution de la natalité réduit mécaniquement les dépenses de la branche famille (et, plus marginalement ou avec un grand décalage celle des autres branches -elle a par exemple un effet de long terme sur les dépenses de la branche vieillesse).

Graphique 14 I Évolution des naissances



Source : Insee

Conformément à l'évaluation du Conseil de la famille, la diminution du nombre de naissances a conduit à une baisse de 8,2 % des dépenses de prestations familiales entre 2014 et 2024.

2. Une économie peu dynamique, avec des impacts sur toutes les branches

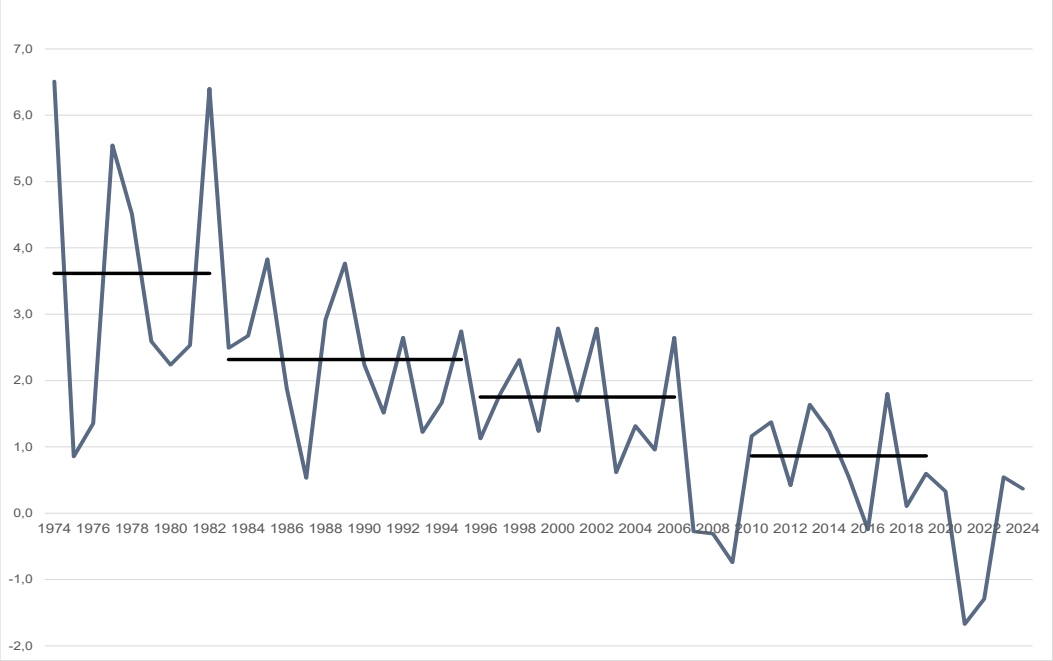
a. Des éléments conjoncturels qui pèsent sur la croissance

Même si l'économie a fortement rebondi suite à la fin des mesures de restriction administratives en lien avec la crise sanitaire dès mi-2021, la résurgence de l'inflation, d'abord fin 2021 avec les tensions sur l'approvisionnement en lien avec le redémarrage mondial de l'économie, puis surtout en 2022 avec l'invasion de l'Ukraine, a pesé sur la croissance économique, notamment au travers des prix importés. L'évolution du PIB a été de 1,2 % en 2024, après 1,4 % 2023, mais devrait ralentir en 2025, notamment du fait de la montée des incertitudes économiques entourant les échanges mondiaux, qui pèseront sur la France et les autres pays de l'Union européenne.

b. Une productivité qui continue de ralentir

Si on s'intéresse aux déterminants de plus long terme, la croissance des revenus est déterminée surtout par les évolutions de la productivité horaire, ainsi que par le niveau du taux d'emploi. La tendance moyenne de la productivité s'est infléchie depuis de nombreuses années, notamment après chaque crise économique.

Graphique 15 ▌Évolution annuelle de la productivité horaire du travail



Source : Insee.

Si la baisse de la productivité en 2021 et 2002 s'explique majoritairement par le fort développement de l'apprentissage[13], on observe néanmoins une poursuite du ralentissement de la productivité. Des travaux récents de l'Insee publiés dans un document de travail analysent ce ralentissement sur la période 2003-2022, notamment au travers du flux de créations et de disparitions des entreprises et des entreprises pérennes sur la période. Il en ressort que ce ralentissement provient du fait que « *les entreprises entrantes sont moins productives que les autres en moyenne à partir de 2011, ce qui explique que la destruction créatrice contribue de moins en moins aux gains de productivité sur la période. Le ralentissement touche davantage les entreprises pérennes, et s'observe à tous les quartiles de la distribution* »[14].Un des enjeux majeurs pour l'économie française et par conséquence pour son modèle de protection sociale est de parvenir à retrouver des évolutions de productivité permettant de garantir un financement pérenne des dépenses de sécurité sociale ainsi que des besoins supplémentaires (transition environnementale, dépenses militaires, …).

Le ralentissement de la productivité ne constitue pas un phénomène restreint à la France mais s'observe dans les différents pays de l'Union européenne, tandis que les États-Unis ont réussi à retrouver des gains de productivité importants à la sortie de la crise sanitaire.

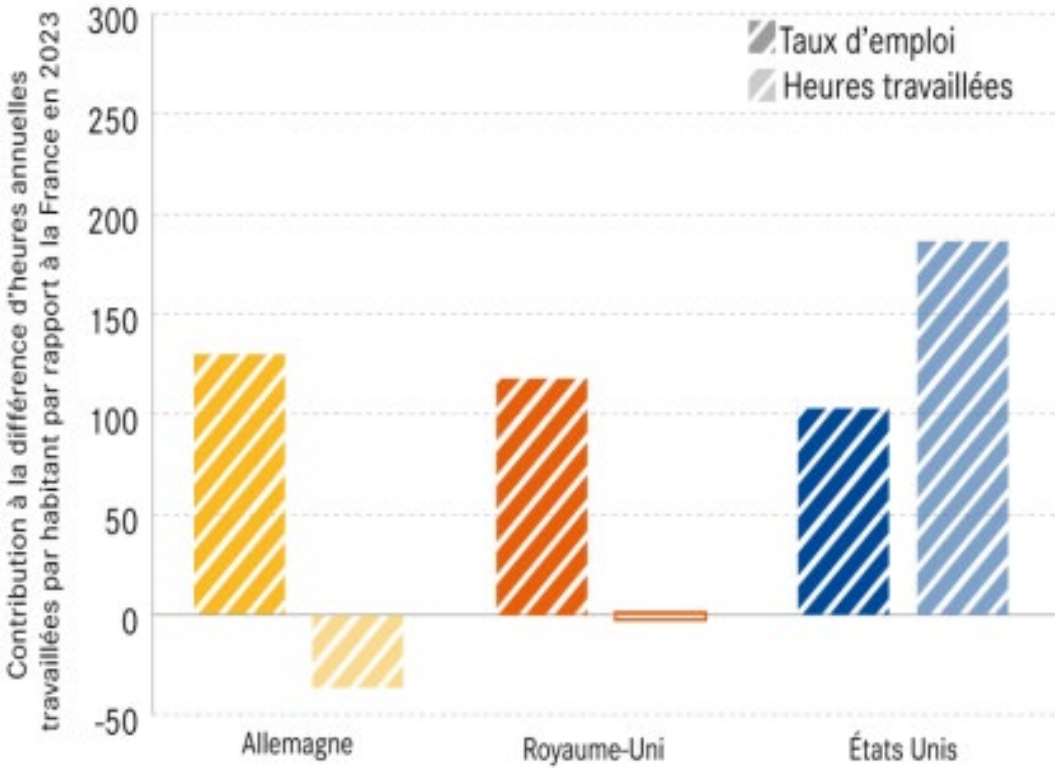
[13] Parmi les autres effets, on peut citer également les effets de rétention de main d'œuvre dans des secteurs qui ont bénéficié d'aides pendant la crise sanitaire.

[14] Alais C., Scott S., *Ralentissement de la productivité et démographie des entreprises : quel lien ?*, Documents de travail ,n° 2025-07, avril 2025, Insee.

c. *Un taux d'emploi qui, malgré sa progression, reste plus faible que celui de pays comparables.*

Le volume horaire de travail global dépend à la fois du taux d'emploi et de la durée moyenne d'heures travaillées associées à ces emplois. Ainsi que le montre une note récente du CAE, le nombre d'heures travaillées par les personnes en emploi est plus important en France qu'en Allemagne (moins important qu'aux États-Unis), mais l'écart est important sur le volume global des heures travaillées par la population en âge de travailler : moins de personnes travaillent en France mais celles qui travaillent, travaillent relativement plus que dans des pays comparables.

Graphique 16 **I** Contribution de la marge intensive et extensive à l'écart du nombre d'heures par habitant (2023)[15]



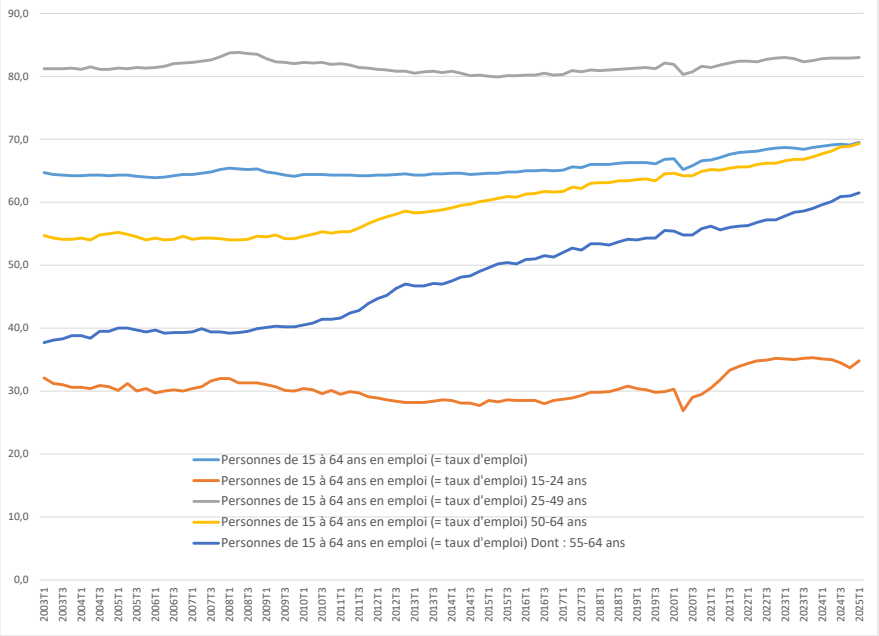
Source : enquête emploi (France, Royaume-Uni, Allemagne), enquête population (États-Unis).

Ces éléments montrent que des marges sont possibles sur le taux d'emploi, quand bien même celui-ci se situe actuellement à son plus haut niveau (69,5 %), et ce, depuis 1975, première année disponible dans les mesures faites par l'Insee. Ces marges de progression portent plus particulièrement sur les personnes non qualifiées, les jeunes et les seniors[16].

[15] https://www.cae-eco.fr/staticfiles/pdf/pleinemploislides.pdf.

[16] Bozio A., Ferreira J., Landais C., Lapeyre A., Modena M., Molara M., 2025, Objectif « plein emploi » : pourquoi et comment ? , Focus, n° 110, mars, Conseil d'analyse économique.

Graphique 17 I Taux d'emploi en France par tranche d'âge

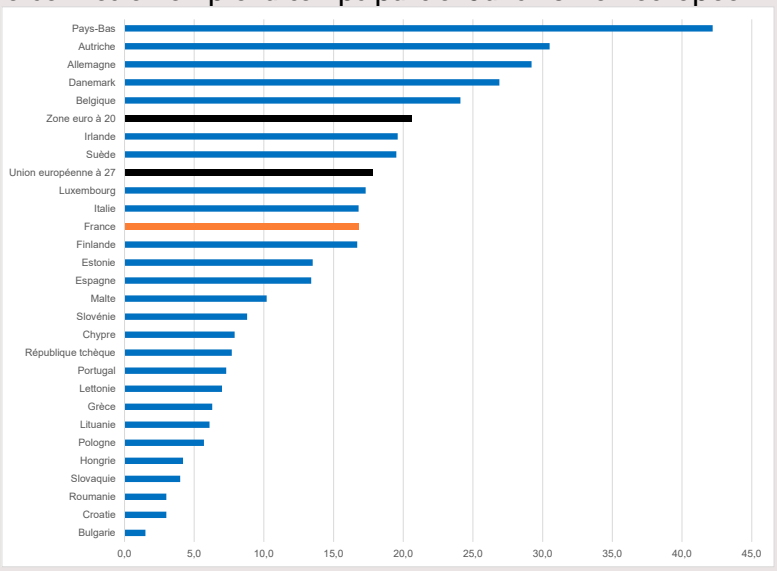


Source : Insee.

Encadré 2 I Comparaison de la part de temps partiel et de la durée hebdomadaire

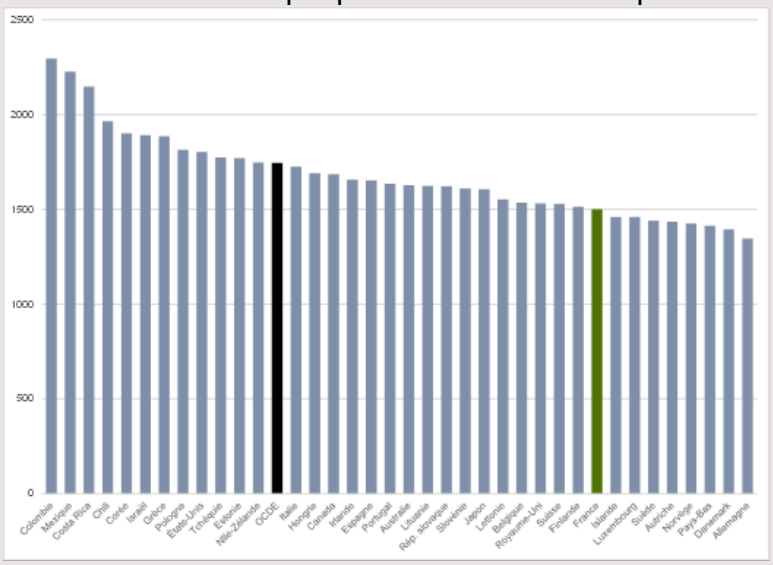
La part relativement faible de temps partiel et la relativement forte durée du travail hebdomadaire des personnes à temps partiel permet à la France de disposer d'une durée annuelle moyenne supérieure aux pays où le taux de temps partiel est très élevé.

Part des personnes en emploi à temps partiel dans l'Union européenne en 2024



Source : Insee, Eurostat.

Nombre d'heures par personne travaillant et par an



Source : OCDE.

Il est à noter que la contribution du taux d'emploi des femmes au taux d'emploi global est forte en France mais « *a tendance à s'essouffler* »[17]. Le Conseil d'analyse économique fait remarquer que « *la plus faible participation des femmes et leur plus faible temps de travail constituent en effet un frein majeur à la bonne allocation des talents. Des femmes hautement qualifiées se trouvent souvent assignées à des tâches domestiques, alors même que leurs compétences seraient mieux employées sur le marché du travail. Ce gaspillage de compétences entrave non seulement leur épanouissement professionnel, mais aussi le potentiel de développement économique global de la France* »[18].

III. Des branches dans des situations très différentes

Si la dynamique spontanée des recettes n'affecte que peu la situation des différentes branches, les autres sous-jacents (démographie, épidémiologie) ont des impacts différenciés, auxquels s'ajoutent les politiques publiques associées à chacun des risques : cela induit des contributions très différentes des branches aux déficits sociaux.

A. Le déficit est porté par la branche maladie prioritairement, en second lieu par la branche retraite

La branche vieillesse représente 46 % des dépenses de la sécurité sociale ; la branche maladie, presque 39 %. Les trois autres branches ont des poids moins importants (9 % pour la branche famille, 6 % pour l'autonomie, 3 % pour la branche AT-MP).

[17] *Ibid*.

[18] Auriol E., Landais C., Roussille N., 2024, Égalité hommes-femmes : une question d'équité, un impératif économique, *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 83, novembre 2024.

La majeure partie du déficit provient de la branche maladie : avec les actualisations présentées dans le rapport de la CCSS de juin 2025, son déficit pourrait atteindre 19 Md€ en 2029, soit près des trois quarts du déficit total, et ceci malgré une hypothèse de progression de l'ONDAM de 2,9 % par an[19], la branche vieillesse arrivant en 2e position en termes de déficit (de l'ordre de 6 Md€). En prévision pour 2025, le déficit de la branche maladie représente 6,5 % de ses recettes ; le déficit de la branche retraite y compris FSV représente près de 2 % de ses recettes. En 2029, cette part augmenterait pour la branche maladie (7 %) et resterait globalement inchangée pour la branche vieillesse.

Encadré 3 ▌Que signifie le solde de la branche retraite ?

La signification du solde de la branche retraite fait régulièrement débat. Est-il réellement significatif ? existe-t-il un déficit caché ? Pour clarifier ce sujet, deux approches doivent être distinguées.

La situation des régimes de retraite d'un point de vue comptable

La seule présentation possible consiste à sommer les résultats comptables des différents régimes de retraite, en conformité avec la réglementation actuelle. C'est la présentation de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale et celle utilisée pour présenter les soldes retraite des lois de financement de la sécurité sociale.

Dans cette approche, le régime de retraites des fonctionnaires qui n'est pas géré par une caisse *ad hoc*, mais qui est compris dans le budget de l'État, contribue au solde – déficitaire- de l'État, et est considéré comme un solde nul pour la loi de financement de la sécurité sociale.

L'absence d'une caisse des retraites *ad hoc* de l'État conduit à séparer la notion de solde des régimes de retraite – qui ne devrait pas faire débat- de la contribution des retraites au déficit public

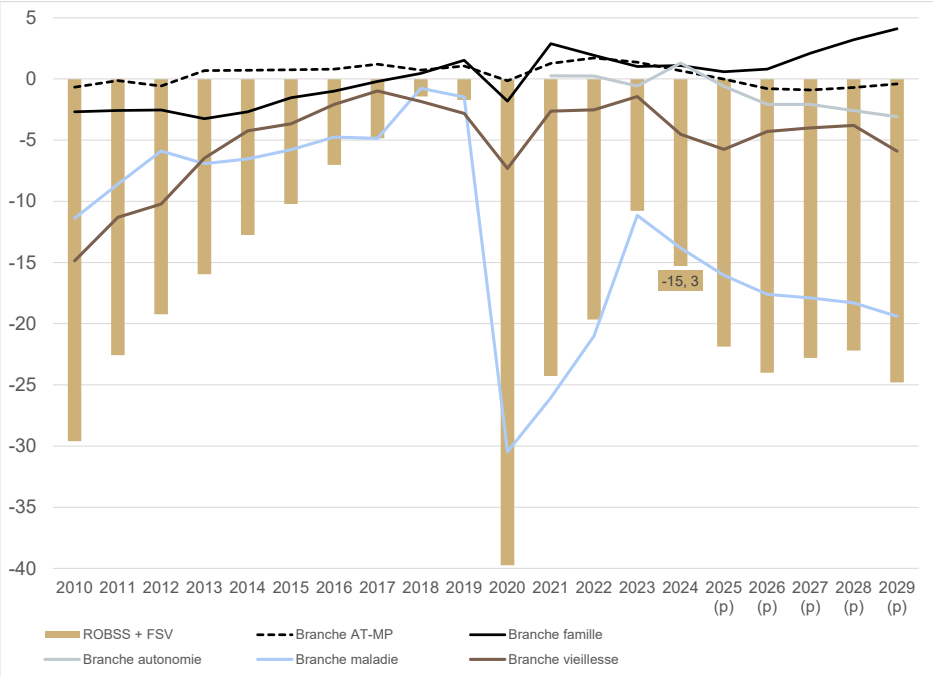
La contribution des retraites au déficit public : les retraites publiques constituent un des éléments du déséquilibre du système des retraites

Comme on vient de le voir, le régime de la fonction publique d'État n'est pas affiché comptablement en déséquilibre. Or, comme pour l'essentiel des régimes, celui-ci connaît une pression démographique sous le double effet du vieillissement de la population et de la maîtrise des effectifs de l'État. En l'absence de solde d'une caisse de retraite des fonctionnaires, tout chiffrage sur le sujet relève de conventions discutables.

[19] Et sans prise en compte du déficit des établissements publics de santé

Graphique 18 I Soldes des régimes obligatoires de base par branche

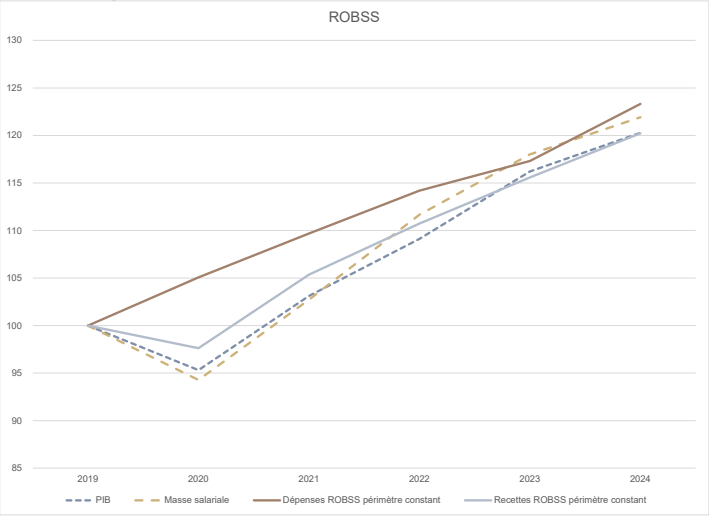
en Md€



Source : rapport de la CCSS de juin 2025.

Cette situation résulte en premier lieu d'un choc sur les dépenses alors que les recettes ont globalement évolué comme le PIB, malgré le transfert de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades au bénéfice de la branche autonomie en 2024.

Graphique 19 I Évolutions comparées des recettes, dépenses, de la masse salariale du secteur privé et du PIB en valeur



Note : les évolutions relatives à 2021 sont calculées à périmètre constant, en neutralisant la création de la branche autonomie qui intègre alors l'ensemble des régimes obligatoires de base. L'effet de l'augmentation des remises conventionnelles est traité en considérant les recettes hors « autres produits » de la Cnam et en minorant les dépenses des « autres produits » de la Cnam.
Source : CCSS, DSS.

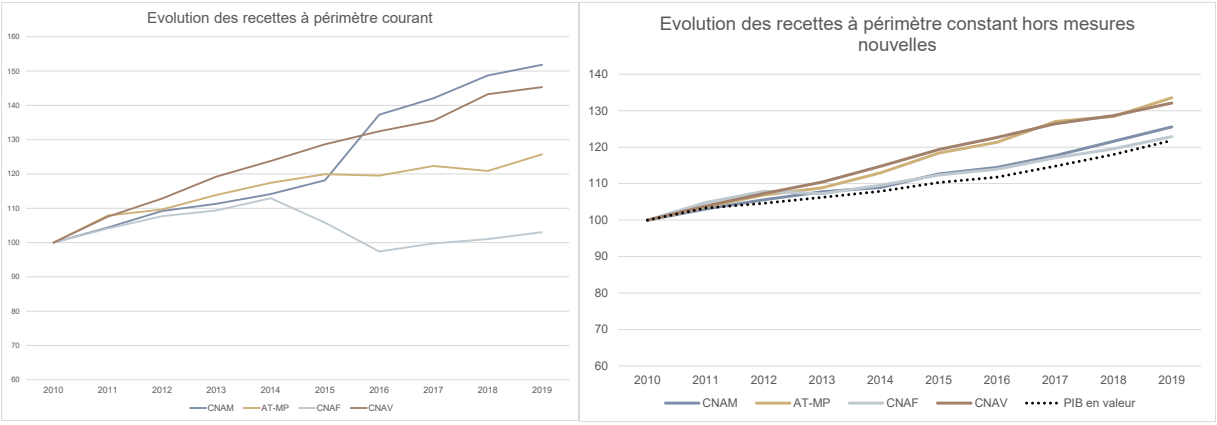
B. À législation constante, les recettes évoluent globalement comme le PIB dans l'ensemble des branches

Les évolutions des recettes entre branches sur longue période sont difficiles à comparer entre elles compte tenu des changements de périmètre ainsi que des mesures nouvelles.

Sur le champ du régime général, les évolutions entre branches apparaissent, au premier regard, très contrastées sur la période 2010-2019. Ainsi, l'évolution de la branche famille apparaît très en retrait, alors que celle de la Cnam est la plus dynamique[20]. Ces différences découlent principalement d'effets de périmètre (Protection universelle maladie en 2016, intégration du RSI en 2017, et mise en place du bandeau famille en 2015 et 2016 compensée par un transfert de dépenses vers l'État).

Si on neutralise ces changements de périmètre et les effets des mesures nouvelles, les évolutions sont beaucoup plus homogènes : les branches AT-MP et vieillesse ont une évolution tendancielle proche et légèrement plus forte que les branches maladie et famille. Cette différence est cohérente : pour ces deux dernières branches, l'assiette globale est plus large puisqu'elle inclut notamment les cotisations et contributions assises sur les salaires du secteur public, moins dynamiques que l'assiette du secteur privé sur la période.

Graphiques n° 20a et 20b ▌Évolution des recettes à périmètre courant et à périmètre constant hors mesures nouvelles



On constate que l'évolution corrigée des mesures nouvelles est très proche de celle du PIB en valeur pour les branches maladie et famille, assez logiquement car ces branches ont l'assiette la plus large incluant le secteur public, inclus également dans le PIB en valeur.

[20] Voir les chapitres par branche pour plus de détail.

Encadré 4 I L'évolution des recettes entre 2019 et 2024

Les recettes dans leur globalité ont évolué en moyenne comme le PIB en valeur entre 2019 et 2024.

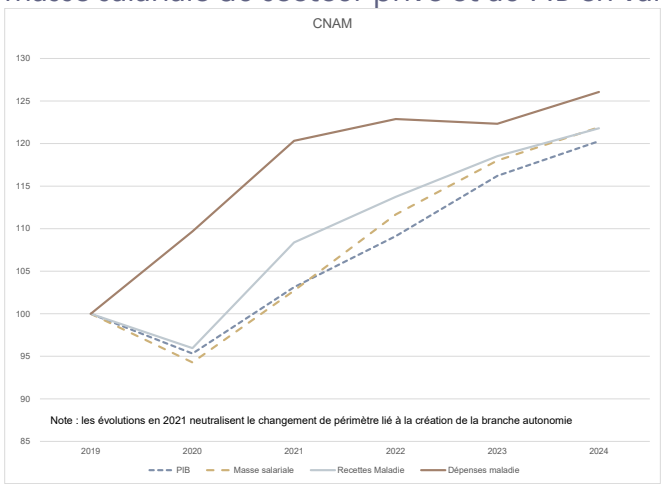
Les recettes avaient progressé plus vite que le PIB et la masse salariale du secteur privé en 2020 du fait notamment de mesures ponctuelles (versement de 5 Md€ de soulte à la CNAV par le FRR, contribution exceptionnelle de 1 Md€ des organismes complémentaires pour la Cnam), même si *a contrario* les travailleurs indépendants avaient bénéficié d'un report de cotisations l'année suivante. Par ailleurs, les droits de consommation sur les tabacs et la taxe sur les salaires avaient contribué positivement à l'évolution des recettes en 2020. Le contrecoup de ces mesures est atténué en 2021, notamment par la régularisation des cotisations de travailleurs indépendants.

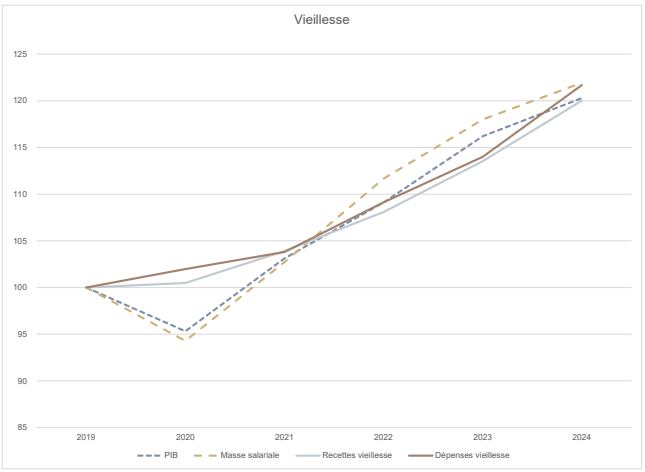
Les recettes ont par la suite évolué moins vite que la masse salariale, compte tenu principalement des effets de l'inflation sur la distribution salariale : le Smic étant revalorisé automatiquement dès dépassement de 2 % d'inflation, les allègements généraux ont progressé d'autant plus rapidement que les salaires au-delà du Smic n'ont pas progressé aussi vite, conduisant à un tassement de la distribution salariale. Par ailleurs en 2023 et 2024, la TVA a évolué moins vite que le PIB, du fait entre autres d'une relative moindre progression des assiettes taxables, une partie de la croissance provenant des exportations, non soumises à TVA[21].

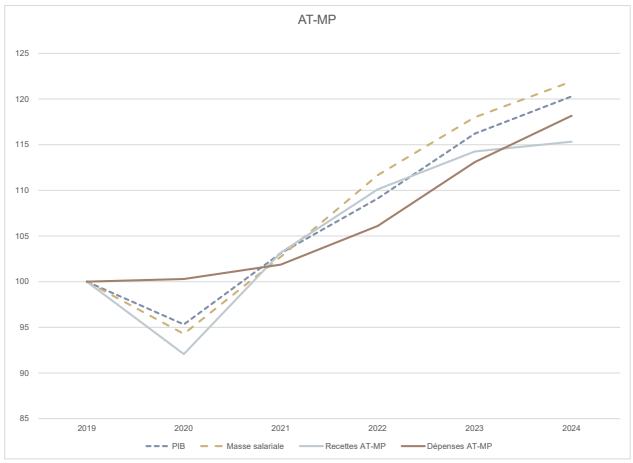
[21] Il est à noter qu'une partie du dynamisme des recettes provient en partie de la très forte progression des remises conventionnelles, qui sont retracées en recettes atténuatives dans l'Ondam. Inversement, l'évolution des dépenses apparaît plus dynamique comparativement à l'Ondam du fait de la non prise en compte des remises conventionnelles.

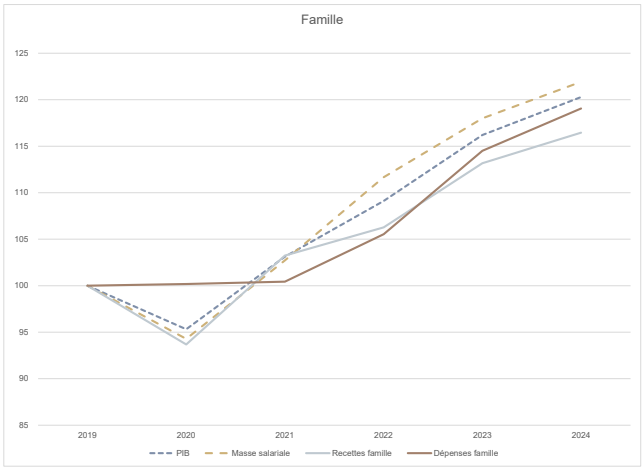
C. Seules les dépenses des branches famille et accidents du travail évoluent moins vite que le PIB sur la période 2019-2024[22]

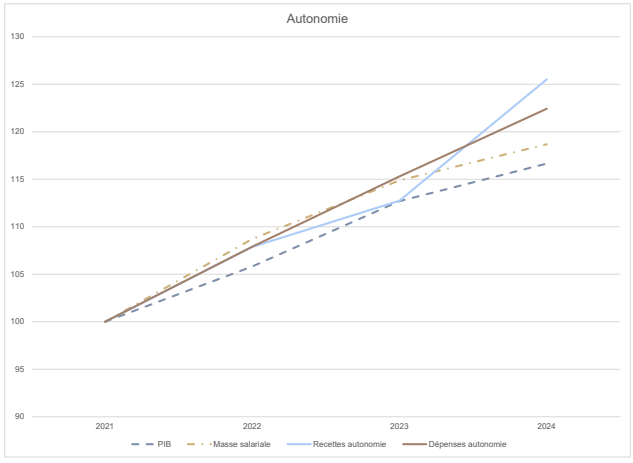
Graphiques 21 ▌ Évolutions comparées des recettes, dépenses des différentes branches à la masse salariale du secteur privé et au PIB en valeur entre 2019 et 2024











Note : les évolutions relatives à 2021 sont calculées à périmètre constant, en neutralisant la création de la branche autonomie qui intègre alors l'ensemble des régimes obligatoires de base. L'effet de l'augmentation des remises conventionnelles est traité en considérant les recettes hors « autres produits » de la Cnam et en minorant les dépenses des « autres produits » de la Cnam.
Source CCSS, DSS, calculs HCFiPS.

[22] Le détail des évolutions est retracé dans les parties du rapport consacré à chacun des risques.

Les dépenses de la branche maladie ont augmenté de plus de 25 % depuis 2019 (à comparer à une augmentation du PIB de 20 % sur la période)[23] : cette augmentation est bien sûr en lien avec la crise sanitaire mais une partie de la hausse s'est maintenue du fait de la dynamique spontanée de la dépense et de mesures pérennes (notamment le Ségur de la Santé, à hauteur de 13 Md€).

Les dépenses de la branche vieillesse ont également évolué plus vite que le PIB, mais dans des proportions moindres que la branche maladie (+ 22 % sur la période). Cette évolution est notamment due à l'importante revalorisation des pensions, conséquence de la forte inflation constatée en 2022 et 2023, la réforme des retraites produisant quant à elle peu d'effets à cet horizon.

Les dépenses de la branche autonomie sont très dynamiques, poussées sur la période, par les dépenses médico-sociales inscrites dans l'objectif global de dépenses (mesures salariales, création de places nouvelles dans les établissements pour personnes handicapées, réforme de la tarification des soins infirmiers à domicile, …) ainsi que par le financement supplémentaire apporté aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)[24].

À la différence de ces branches, les dépenses de la Cnaf ont tendance à progresser, à structure de dépenses inchangée, comme l'inflation sous l'hypothèse d'une stabilité des naissances. Les dépenses de la branche AT-MP ont tendance à évoluer, quant à elles, structurellement moins vite que le PIB[25].

IV. Une situation préoccupante pour les finances sociales : pourquoi une telle situation ?

Le déficit est dû, comme on vient de le voir, à de multiples facteurs. La conjoncture a été très compliquée : après la crise sanitaire, la période d'inflation a pesé lourdement sur les comptes ; les tendances structurellement à l'œuvre sont très difficiles à maîtriser ; à ces éléments se sont ajoutés des choix de politiques publiques dont la légitimité n'est pas ici en cause, mais qui ont été effectués dans un contexte global de déficit, sans que des mesures d'économie ne compensent ces surcoûts ou que des recettes ne soient affectées à due concurrence, retardant ainsi les perspectives de retour à l'équilibre.

---

[23] Prévision LFSS 2025.

[24] La branche autonomie, comme les autres affectataires de CSG, verra par ailleurs ses recettes diminuer en 2026 du fait de l'application de la mesure décidée en LFSS pour 2024 consistant pour les travailleurs indépendants à diminuer l'assiette de CSG pour rehausser l'assiette des cotisations. La mesure est censée être globalement neutre toutes finances publiques confondues, la hausse attendue des cotisations de retraite complémentaire obligatoires venant compenser la baisse de CSG.

[25] L'annexe pluriannuelle de la LFSS 2025 prévoit un transfert supplémentaire de cotisation de la branche AT-MP vers la branche vieillesse en 2026, ainsi qu'un transfert vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration passant à 2 Md€ d'ici 2027, expliquant le déficit de la branche à compter de 2026. Pour plus de détail sur les dépenses de la branche famille, se reporter au chapitre consacré à la branche famille.

Encadré 5 I Des mesures nouvelles dans un contexte de fort déficit

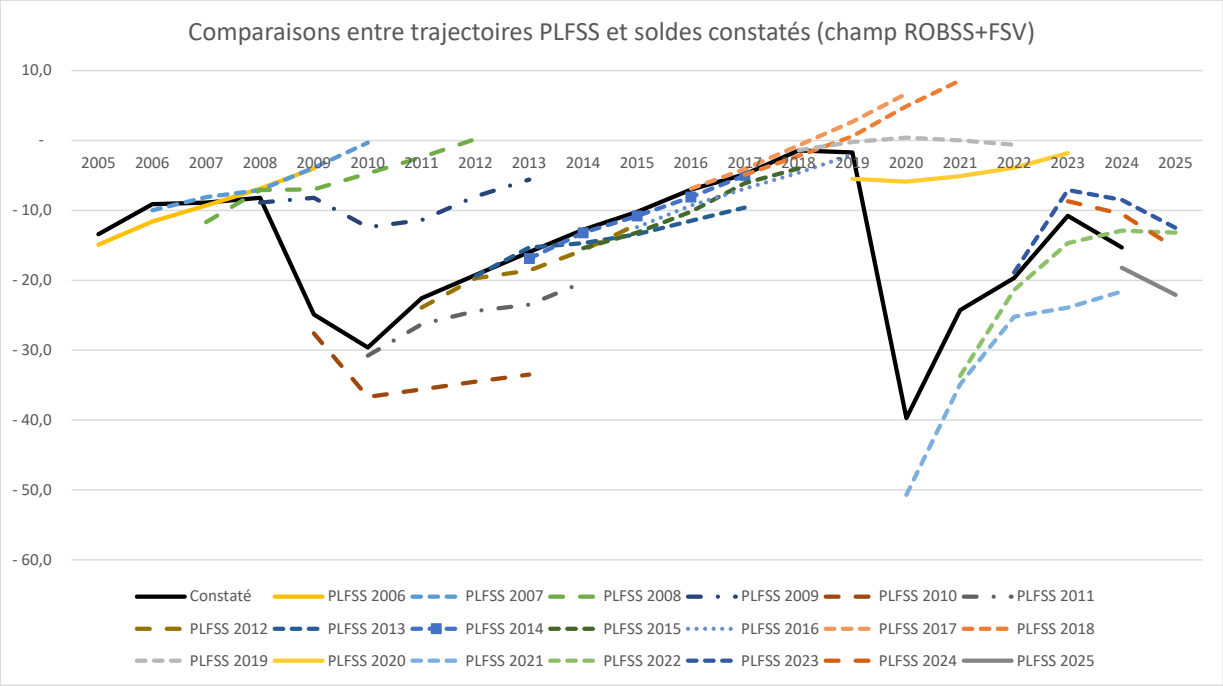
Des mesures très coûteuses ont été prises dans des branches déjà déficitaires : c'est le cas, pour la branche maladie, du Ségur de la santé ou du financement des retraites de la fonction publique hospitalière, avec une augmentation des taux des cotisations CNRACL financée, pour partie à partir de l'Ondam (à hauteur de 1 Md€ environ en 2025, et autant à venir pour chacune des années 2026 à 2028). La convention médicale a eu un coût d'1 Md€.

Des mesures nouvelles ont été mises en œuvre dans des branches excédentaires, en faveur de la famille (avec la linéarisation du complément mode de garde, applicable à compter de 2025, et correspondant à une dépense supplémentaire de 0,6 Md€ à terme) ou, dans des proportions bien plus faibles, en faveur de la dépendance (avec le financement de l'allocation journalière du proche aidant par la CNSA pour 15 M€).

Certains engagements, initialement financés, ont été indirectement privés d'une partie de ce financement. Ainsi, alors même que l'augmentation de ses dépenses est tirée par des mesures décidées par les pouvoirs publics (en vue d'améliorer les accompagnements ou de remonter le taux de couverture des dépenses de compensation des départements), l'apport de 0,15 point de CSG affecté à la CNSA en 2024 dans ce cadre a été pour partie réduit dès 2026 suite à la réforme de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants qui reprend 550 M€ de CSG à la branche.

Le déséquilibre structurel des comptes sociaux a été identifié assez rapidement après la crise sanitaire : l'absence de poursuite de redressement des comptes sociaux est visible depuis les prévisions présentées dans l'annexe pluriannuelle de la LFSS pour 2022. Il était prévu alors qu'à compter de 2024 le déficit se stabiliserait à hauteur de 13 Md€. L'annexe indiquait qu'une partie du déficit avait une origine ponctuelle du fait des mesures apportées pendant la crise sanitaire (effet sur les recettes de l'activité partielle, dépenses de santé apportées, …) mais aussi une origine structurelle du fait des mesures prises pendant la crise : « l*a crise sanitaire et économique sans précédent a conduit à dégrader fortement les comptes sociaux en 2020 et 2021. Cette dégradation relève en premier lieu de l'effondrement de l'activité économique en 2020 et du surcroît de dépenses occasionné par la crise sanitaire, mais aussi de mesures pérennes visant à rénover le système de soins, dans le cadre du Ségur de la santé, et à renforcer les politiques de soutien à l'autonomie* ». La LFSS pour 2022 indiquait alors un montant de plus de 10 Md€ consacrés au Ségur à horizon 2023, montant qui s'élèvera à terme finalement aux alentours de 15 Md€.

Graphique 22 I Comparaison des trajectoires de solde des régimes obligatoires de base entre les projections pluriannuelles des LFSS et les soldes constatés



Source : PLFSS.

Plusieurs alertes ont été lancées sur les risques encourus.

Dès le début de l'année 2022, le HCFiPS soulignait la difficulté de l'équation dans son rapport « Pour des finances sociales soutenables adaptées aux nouveaux défis ». Il notait : que, « *dans [l]e contexte à la fois prévisible et incertain, il est indispensable que les pouvoirs publics se dotent d'une boussole, fixant une stratégie de retour à l'équilibre sur un horizon de moyen terme qu'il semble raisonnable de fixer à 10 ans au regard notamment des expériences passées* ». Il soulignait que « *cette stratégie ne saurait reposer sur le seul pari de la croissance économique* ». Dans sa note de décembre 2022, le HCFiPS soulignait que, si les comptes s'amélioraient, le redressement était « *inégal et fragile* ».

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie appelait dès avril 2023 « à *la vigilance sur les dépenses ne relevant pas directement de la crise sanitaire. L'évolution en 2022 de certaines dépenses de soins de ville plus rapide que prévu conduit à un effet base défavorable qui réduit les marges de manœuvre en gestion. Les effets sur certaines dépenses d'une inflation qui reste élevée appellent une attention particulière. Les fortes dynamiques de certaines grandes dépenses régulièrement soulignées par le comité nécessitent un suivi renforcé. Les économies votées dans la loi de financement pour 2023 n'ont pas encore toutes été traduites dans les faits. La dégradation prévisible des comptes des hôpitaux en 2022 requiert une remontée plus rapide des informations pour un meilleur pilotage financier et une analyse plus précise de la dynamique de charges rapprochée de celle de l'activité* ». En octobre 2023, il soulignait à nouveau « *l'exigence qui s'attache à la définition, à la traduction dans les textes et à la mise en œuvre effective de (…) mesures de régulation, sauf à considérer*

l'Ondam comme relevant d'une budgétisation glissante qu'il suffirait d'amender par des hausses successives dans la partie rectificative des lois de financement suivantes[26]».

Pour sa part, la Cour des Comptes soulignait également en 2023 « *La situation financière de la sécurité sociale : une amélioration temporaire, une dégradation prévisible* » : « *À partir de 2024, une nouvelle dégradation de la situation financière de la sécurité sociale est attendue du fait du déficit croissant de la branche vieillesse et de la progression des dépenses d'assurance maladie, malgré la réforme des retraites récemment adoptée* »[27].

L'ensemble de ces alertes était réitéré en 2024 : en janvier 2024, le HCFiPS notait : « *le redressement apparait toutefois provisoire pour certaines branches, dans la mesure où 2024 marquerait l'arrêt de l'amélioration des comptes des régimes de base, principalement les branches maladie et vieillesse. Dans ce contexte, les perspectives de désendettement des régimes de base apparaissent compromises. La situation de la dette est préoccupante dans la mesure où, avec la reconstitution des déficits, la perspective d'extinction de la Cades en 2033 apparait de moins en moins crédible* ». En avril, le comité d'alerte appelait l'attention sur le point de fuite que pouvait constituer le déficit des établissements publics de santé. La Cour titrait, dans son rapport de mai : « *la situation financière de la sécurité sociale : une trajectoire de déficits non maîtrisés, un redressement nécessaire* ».

Les différentes alertes n'ont pas été prises en compte dans le cadre de la loi de financement pour 2024. Elles l'ont été en revanche ultérieurement, lors de la préparation de la LFSS pour 2025. Ce retard dans la prise de décision, dans un contexte politique très compliqué, a évidemment eu un coût puisque l'absence de décision impose de rattraper de nouveaux déséquilibres. Le vote de la LFSS pour 2025 a montré la complexité politique à porter ces sujets.

V. Le financement de la sécurité sociale a profondément évolué afin de moins peser sur le travail

Dans le débat public, certains pointent que le prélèvement social sur les salaires ne cesse de croître, que la structure de financement est très inerte et qu'une évolution forte permettrait de résoudre des problèmes, soit économiques pour les entreprises (les « charges sociales » sont trop élevées et nuisent à la compétitivité), soit de stagnation des salaires (« le travail ne paie pas », « l'écart entre le salaire brut et le salaire net est trop important »)[28].

L'augmentation constante du prélèvement social sur les salaires souvent mise en avant est contredite par la stabilité des taux faciaux. L'inertie supposée de la structure de

[26] Le comité attachera une attention particulière au suivi de la mise en œuvre des mesures de régulation prises en compte dans la trajectoire de LFSS pour 2024 afin d'apprécier s'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'Ondam voté par le Parlement avec une ampleur supérieure au seuil de 0,5 % fixé par les textes.

[27] La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023.

[28] Voir par exemple sur ce dernier point Antoine FOUCHER, 2024, *Sortir du travail qui ne paie plus*.

financement est contredite par les importantes évolutions opérées depuis trente ans, avec deux grands mouvements de fond : mise en place de la CSG en 1991 ; développement des allègements généraux sur les cotisations patronales et affectation progressive de la TVA aux régimes de sécurité sociale. Ces deux évolutions ont conduit à étendre l'assiette des ressources de la protection sociale au-delà des seuls revenus d'activité et à diminuer la part de ces revenus dans le financement.

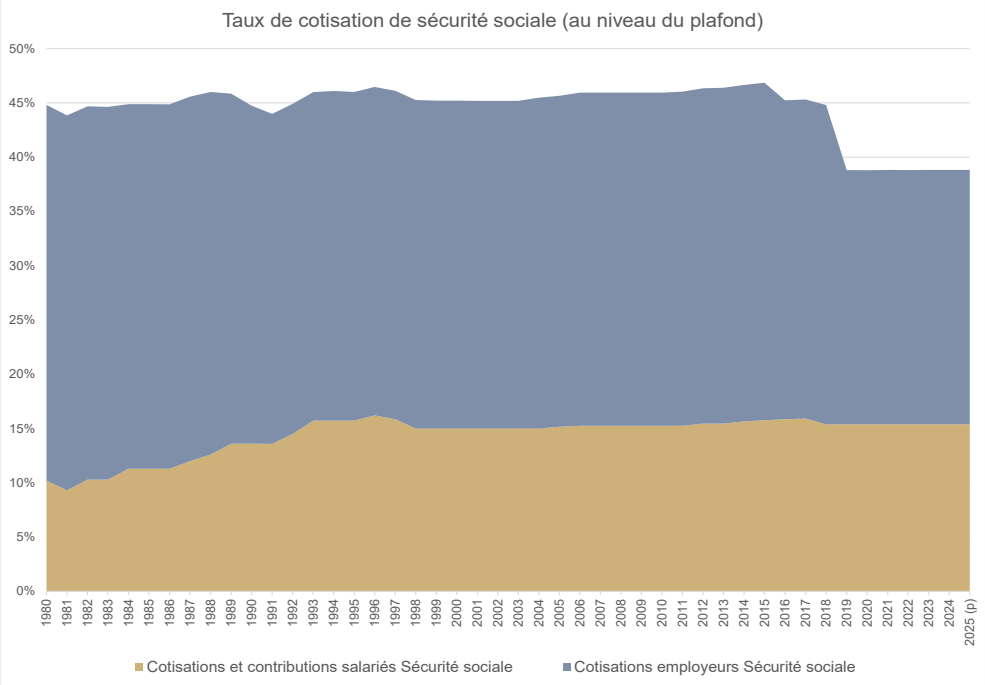
A. Une stabilité des taux faciaux de cotisation de sécurité sociale, voire une baisse pour les revenus les moins élevés

1. Des taux de cotisation de sécurité sociale portant sur les revenus d'activité stables, voire en baisse sur le bas de la distribution

Concernant les cotisations et contributions affectées au régime général et assises sur les salaires (y compris CSG, CSA et CRDS), le constat est que les taux de cotisation faciaux sont restés globalement stables sur longue période (45 % en 1980, comme en 2018).

Sur la période récente, les taux globaux de cotisations ont même fortement diminué sur le bas de la distribution, avec en 2015, la mise en place du « bandeau famille » portant réduction des cotisations patronales famille (1,8 point jusqu'à 3,5 Smic), en 2018, une diminution des taux de cotisations et contributions salariales (– 1,45 point) suite à la suppression des cotisations maladie et chômage, en partie compensée par une hausse de la CSG et, en 2019, la mise en place du « bandeau maladie », portant réduction des cotisations patronales maladie en-deçà de 2,5 Smic (– 6 points). Ils n'ont pas bougé au-delà de 3,5 Smic.

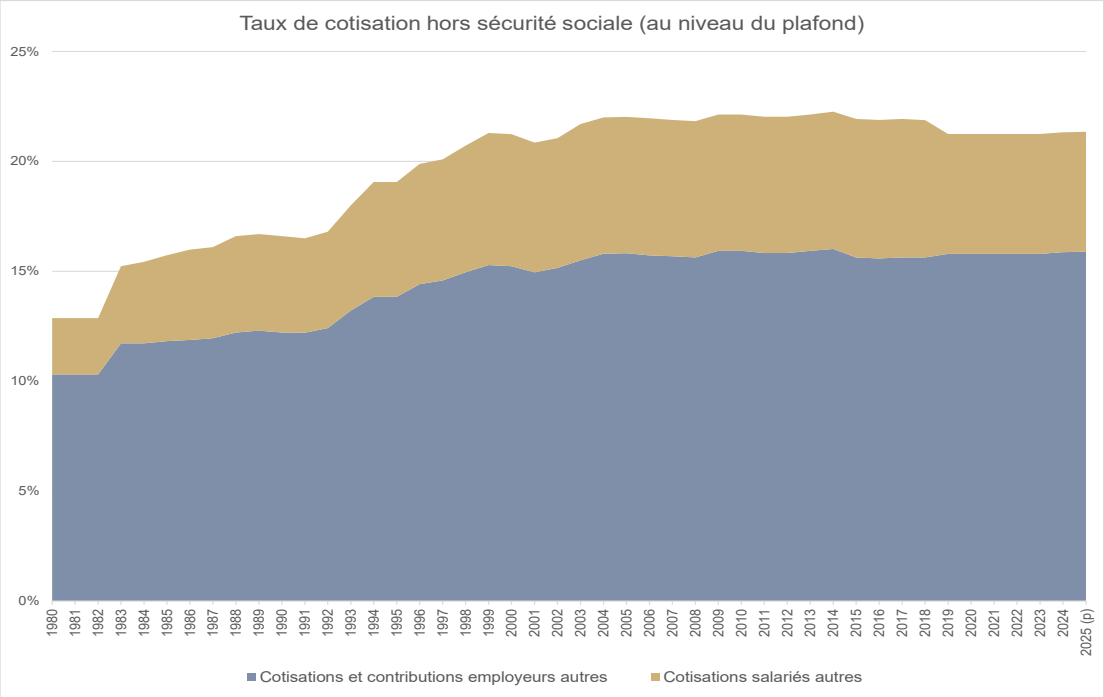
Graphique 23 I Niveau des taux de cotisations et contributions de sécurité sociale (au niveau du plafond) en %



2. Les taux de cotisations hors sécurité sociale ont eu tendance en revanche à progresser

Si des augmentations de taux ont été effectuées, elles l'ont été hors sécurité sociale, passant de 13 % en 1980 à 21 % en 2025. Les cotisations Agirc Arrco représentent les deux tiers de cette hausse. Cela dit, dans la période récente, et notamment depuis 2019, les cotisations, sur ce périmètre, sont, elles aussi, stables.

Graphique 24 I Niveau des taux de cotisations et contributions hors sécurité sociale (au niveau du plafond) en %



Au total, les taux de prélèvement ont baissé au niveau du Smic et même au niveau du plafond de la sécurité sociale ; au-delà de 3,5 Smic, ils ont en revanche augmenté compte tenu des hausses de taux opérées hors sécurité sociale.

B. Le recours à la CSG a contribué à limiter le prélèvement sur les revenus du travail avec souvent pour objectif des gains de pouvoir d'achat au profit des actifs

La mise en place de la CSG en 1991 a permis la création d'une recette nouvelle portant sur des assiettes s'étendant au-delà des seuls revenus d'activité (revenus de remplacement, revenus du capital, jeux d'argent) : composée de plusieurs cédules, elle est assise à 70 % sur les revenus d'activité, 18 % sur les revenus de remplacement, 12 % sur les revenus du capital, 0,4 % sur les produits des jeux.

Cette différence d'assiette a conduit à souvent utiliser la CSG comme un outil de redistribution et non comme un outil de rendement, les hausses de taux de CSG étant compensées par des baisses de taux de cotisations ayant pour objet d'apporter des gains

de pouvoir d'achat aux salariés. Cela a été le cas dès la création du prélèvement en 1991[29], puis en 1997 (+ 1 point de CSG et – 1,3 point de cotisation salariale maladie), en 1998 (+ 4,1 points de CSG contre une baisse de 4,75 points de cotisation maladie) et en 2018 (suppression de la cotisation salariale maladie restante et de la cotisation salariale Unedic soit -3,15 points de cotisations contre une hausse de 1,7 point de CSG).

Tableau 2 I Hausses de taux de CSG (hors CSG sur les jeux) et gains de pouvoir d'achat associés

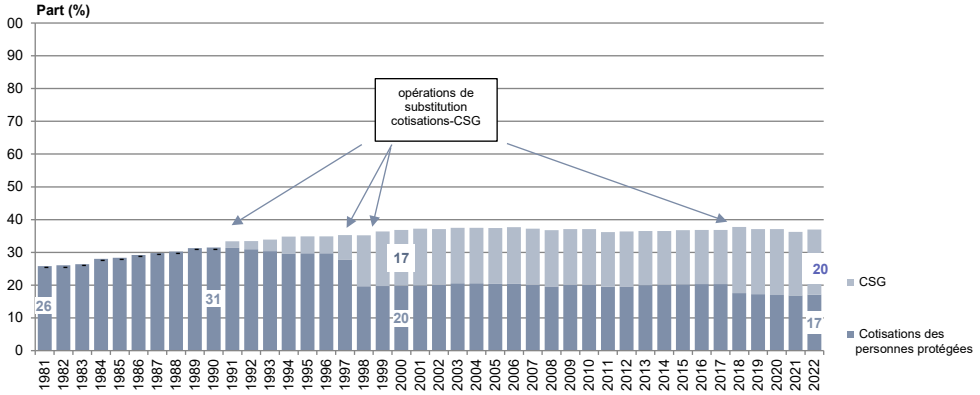
en %

	1991	1993	1997	1998	2005	2018	2019
Revenus d'activité	1,1	2,4	3,4	7,5	7,5	9,2	9,2
Pensions de retraite/invalidité	1,1/0	2,4/0	3,4/0	6,2/3,8/0	6,6/3,8/0	8,3/3,8/0	8,3/6,6/3,8/0
Allocations de chômage	1,1/0	2,4/0	3,4/0	6,2/ 0	6,2/0	6,2/0	6,2/0
Indemnités journalières			3,4	6,2	6,2	6,2	6,2
Revenus du patrimoine Produits de placement	1,1	1,1	3,4	7,5	8,2	9,9	9,2
Gain de pouvoir d'achat pour les salariés	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Note : Seules trois hausses de CSG ont poursuivi un objectif de rendement financier direct, avec une hausse de taux « sèche » de 1 point en 1993, puis, en application de la loi relative à l'assurance maladie de 2004, une hausse de taux sur les retraites et sur les revenus du capital (accompagnée d'une réduction de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG sur revenus d'activité), puis, au travers une réduction de l'abattement pour frais professionnels en 2012.

Ces évolutions se traduisent par une forte baisse des cotisations à la charge des ménages (et une augmentation de la CSG).

Graphique 25 I Part de la CSG et des cotisations des personnes protégées dans le champ des administrations de sécurité sociale



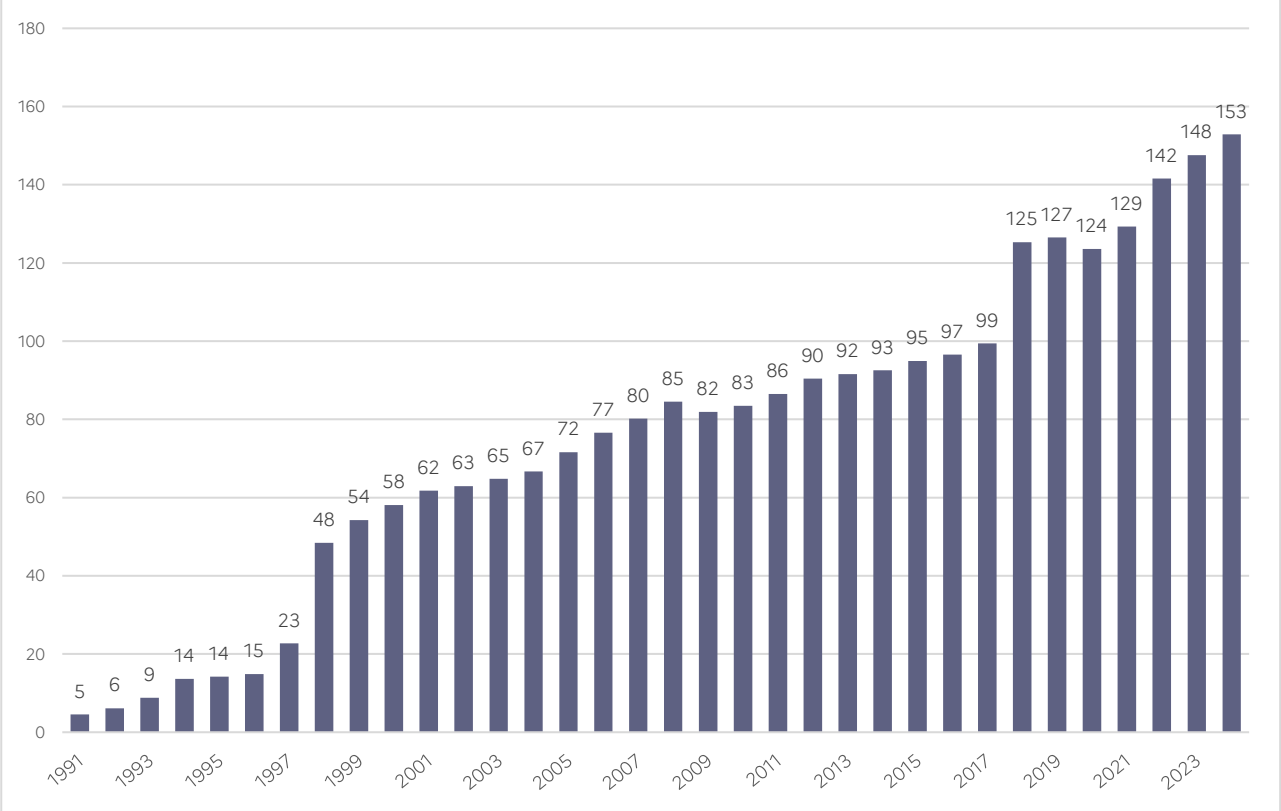
Observation : les cotisations des travailleurs indépendants sont incluses dans les cotisations des personnes protégées. En revanche, les cotisations patronales ne figurent pas dans ce graphique.
Source REPSS, PLACSS 2023.

[29] Avec notamment la mise en place d'une remise forfaitaire sur les cotisations vieillesse, dispositif supprimé en 1995.

En conséquence, le niveau des recettes de CSG a fortement augmenté en trente ans, avec des paliers significatifs aux années correspondant à des substitutions.

Graphique 26 I Évolution du montant de la CSG

en Md€



Source : CCSS, Drees comptes de la protection sociale.

C. Les allègements généraux ont fortement réduit le prélèvement à la charge des employeurs sur les plus bas revenus

1. Les allègements de cotisations ont réduit le coût du travail

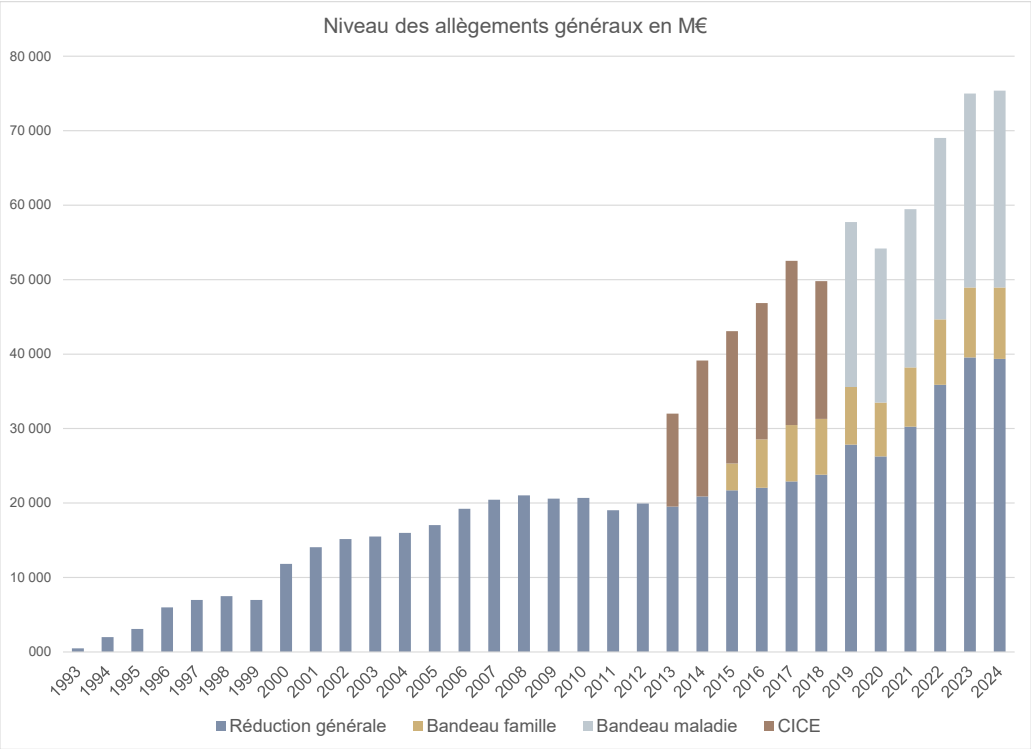
Le but des allègements généraux est de réduire le coût du travail, initialement à des niveaux proches du Smic, dans un contexte de chômage élevé notamment pour les personnes peu qualifiées, puis dans une logique de compétitivité.

Les différentes réformes et leurs évaluations en termes de créations d'emplois et en termes financiers ont été décrites dans le rapport d'Antoine Bozio et Étienne Wasmer[30], ainsi que dans le rapport du HCFiPS « Mieux concilier production et redistribution ».

[30] Bozio A., Wasmer É., 2024, *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*, Rapport.

Graphique 27 I Montant des allègements généraux, y compris CICE

en M€



Les grandes étapes du déploiement des allègements généraux

Les allègements généraux ont connu diverses modifications depuis 1993 avec notamment en 2000 leur utilisation pour compenser la hausse du Smic horaire au moment de la mise en place des 35 heures.

De 2002 à 2005, la fusion des différentes garanties mensuelles de rémunérations et la hausse subséquente du Smic a été compensée en termes de coût du travail au travers de la modification de la réduction générale dégressive (« allègement Fillon ») allant jusqu'à 1,6 Smic et maximale au niveau du Smic (réduction de 26 points de cotisation).

Par la suite, les allègements ont connu quelques modifications de moindre ampleur (neutralisation puis rétablissement des heures supplémentaires dans le salaire pris en compte, annualisation du salaire de référence, …).

Le rapport Gallois a constitué ensuite le démarrage d'une phase d'expansion massive des allègements avec la mise en place du CICE en 2013. Cette phase était initialement sans incidence sur la sécurité sociale, car le CICE correspondait à un crédit d'impôt sur les sociétés, calculé comme équivalant tout d'abord à 4 % de la masse salariale pour les salaires inférieurs à 2,5 Smic, taux qui est passé dès l'année suivante à 6 %.

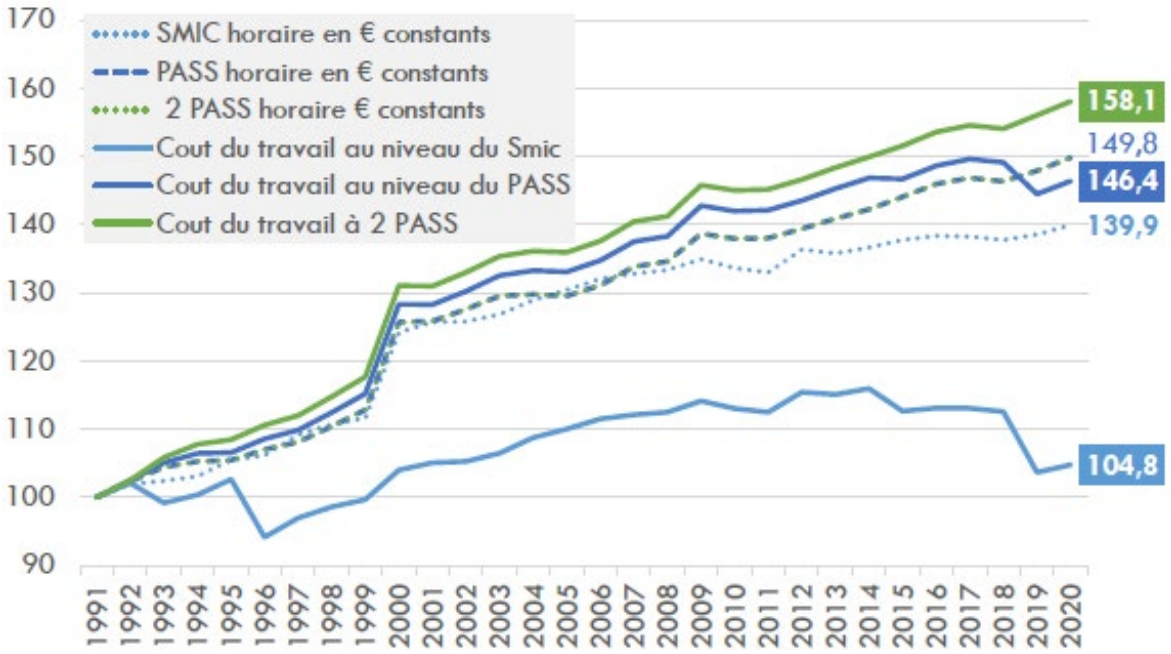
La suite s'est opérée via le pacte de responsabilité et de solidarité en 2014 avec la création d'un abattement de 1,8 point de cotisations famille (« bandeau famille ») pour les salaires inférieurs à 3,5 Smic. Le taux maximal d'exonération de la réduction générale dégressive est rehaussé en 2015 en incluant la cotisation solidarité autonomie, la cotisation FNAL et 1 point de cotisation au titre des accidents du travail.

En 2019, le CICE a été transformé en abattement de cotisations maladie (« bandeau maladie ») et la réduction dégressive inclut les cotisations AGIRC-ARRCO et Unedic, conduisant à un taux maximal de 32 points au niveau du Smic.

En lien avec la très forte progression du Smic en 2022 et 2023 du fait de l'inflation, les allègements généraux ont très fortement augmenté. Dans un contexte d'interrogation sur les effets des allègements au niveau des hauts salaires, le seuil de sortie des bandeaux a été figé en 2024 et la LFSS 2025 a ensuite baissé les seuils de sortie des bandeaux à 2,25 et 3,3 Smic. Une fusion des bandeaux avec la réduction dégressive est prévue pour 2026, avec un point de sortie à 3 Smic.

La forte progression des allègements généraux a conduit à contenir fortement le coût du travail situé au niveau du salaire minimum.

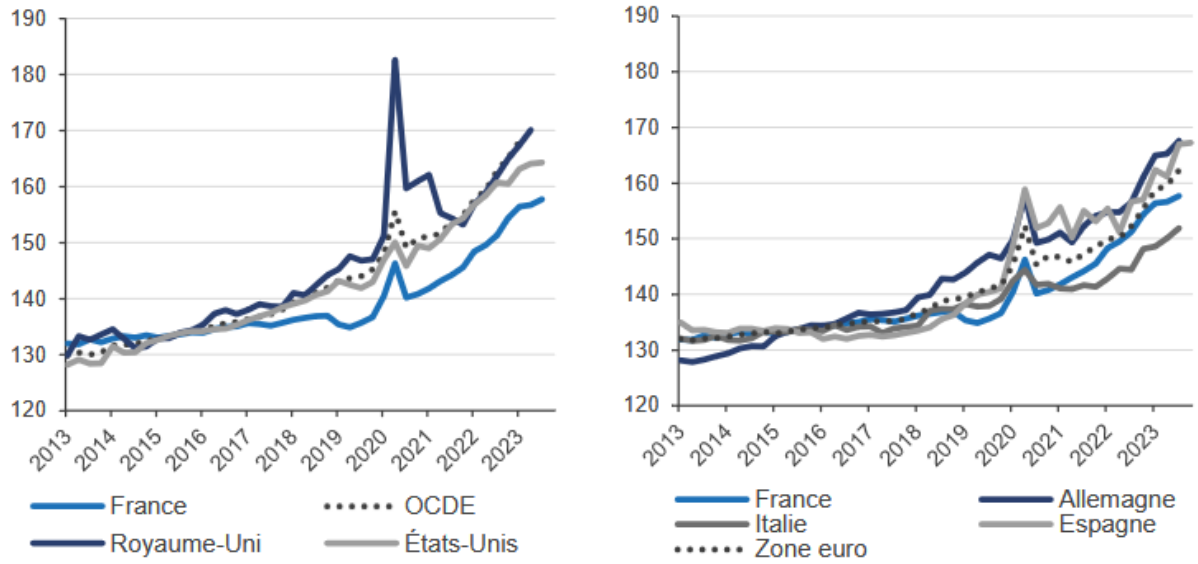
Graphique 28 I Évolutions des salaires et des coûts du travail associées au niveau du Smic, du plafond de la sécurité sociale et de deux plafonds



Source : DSS.

Plus largement, ainsi que relevé par le Conseil national de la productivité dans son 5e rapport, « *de manière globale, on observe une rupture dans l'évolution des coûts salariaux unitaires – mesurant le coût de la main-d'œuvre nécessaire pour produire une unité de produit – en France autour de l'année 2016. Cela est attribuable à la baisse des cotisations sociales patronales, d'abord sous la forme du CICE et de la baisse de cotisations salariales via le pacte de responsabilité de 2013 à 2019, et sous une forme pérenne ensuite qui a permis une progression plus faible des coûts salariaux unitaires de la France par rapport à ses principaux partenaires commerciaux* ».

Graphique 29 I Évolution des coûts salariaux unitaires des principaux partenaires commerciaux rapportés aux équivalents français (indice 1995 = 100)



Source : CNP, OCDE, Macrobond.

Si l'on procède à une comparaison du coût du travail actuel entre la France et l'Allemagne, on remarque des coûts aujourd'hui plus faibles en France qu'en Allemagne dans l'industrie, notamment manufacturière (44 € l'heure contre 46 €), mais un coût plus élevé en France dans les autres secteurs, l'écart provenant de la composante salariale (cotisations et contributions considérées de manière globale), les salaires étant en revanche plus faibles[31].

2. La forte progression des allègements généraux s'est accompagnée d'un changement de leur mode de compensation, avec un financement mobilisant désormais la consommation des ménages

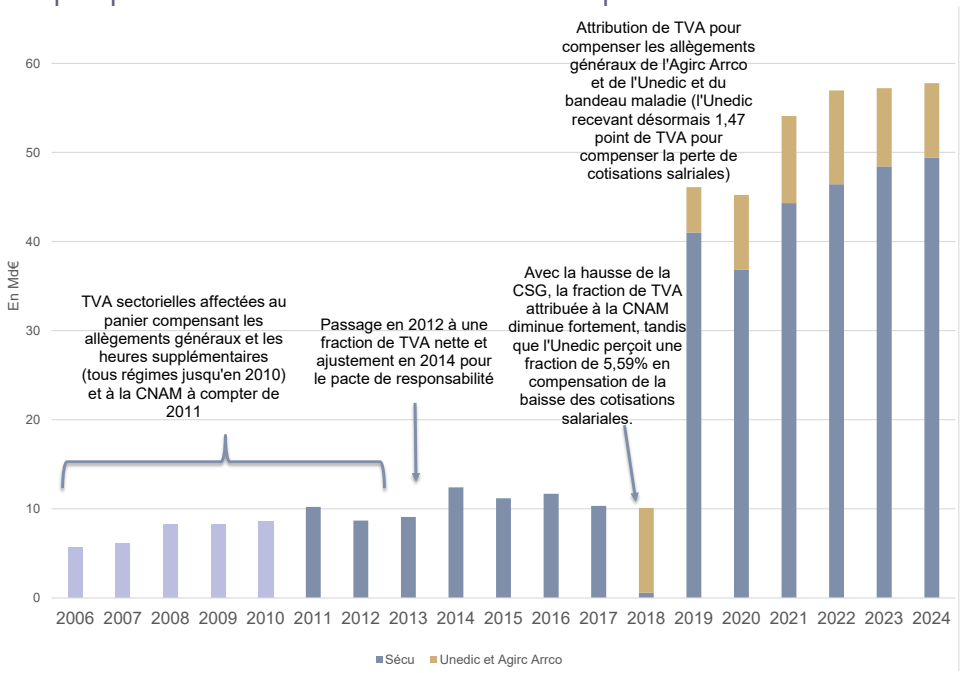
La compensation des allègements généraux s'opère depuis 2006 par affectation directe de recettes fiscales[32], conduisant à une hausse de la part des impôts et taxes affectés dans la structure de financement de la sécurité sociale. Le principal outil pour ce faire a été une affectation de TVA à la sécurité sociale, conduisant à substituer au prélèvement sur les entreprises un prélèvement sur la consommation[33].

[31] 5e rapport du CNP, avril 2025 : Le CNP relève que « *après une période de stabilité entre la fin de la crise financière de 2012 et celle du Covid-19 en 2020, le coût du travail est reparti à la hausse dès 2021 dans la plupart des pays européens, avec une hausse plus marquée en Allemagne et en France reflétant une période plus inflationniste. À la fin de 2023, le coût du travail total pour l'ensemble de l'économie marchande oscillait entre 24 euros l'heure (Espagne) et 42 euros (Allemagne et France) pour une moyenne de 32 euros et 36 euros l'heure respectivement pour l'Union européenne et la zone euro* »

[32] La compensation à l'euro l'euro est supprimée, pour les allègements, à compter de 2011.

[33] Ce point est développé dans la partie recettes du présent rapport.

Graphique 30 I L'affectation de la TVA à la protection sociale

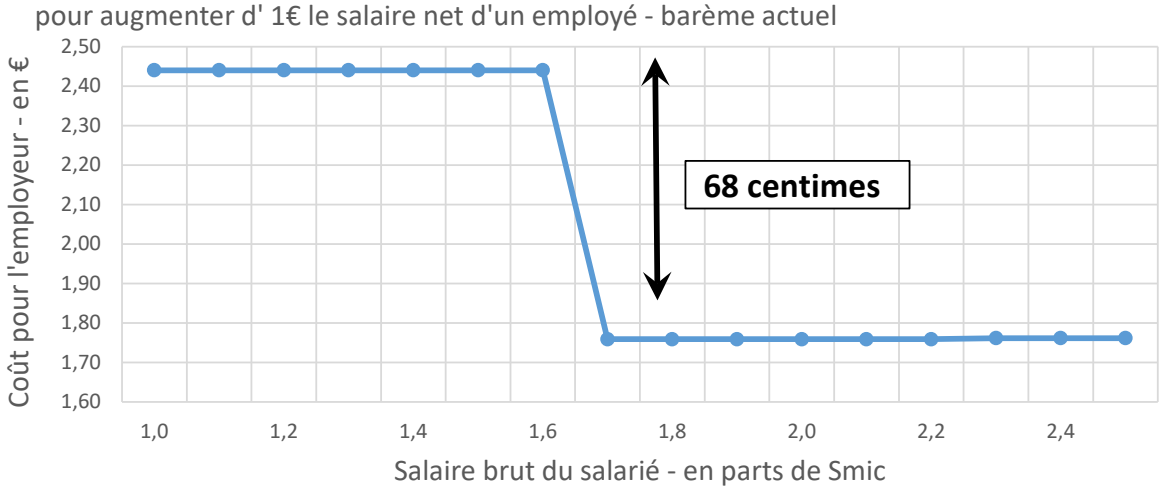


Source : CCSS et LFSS – Présentation HCFiPS.

D. Les incitations au travail ont été renforcées tout au long des dernières années

La mise en place et le renforcement d'allègements dégressifs ont pu faire craindre l'apparition de trappes à bas salaires : il est plus coûteux pour l'entreprise d'augmenter une personne dont le salaire est dans la pente des allègements, car elle devra acquitter proportionnellement plus de cotisations. Pour augmenter le salaire net de un euro, le coût du travail pour l'employeur est augmenté d'un peu plus de 2,40 € en deçà de 1,6 Smic et uniquement de 1,75 € au-delà.

Graphique 31 I Montant de hausse du coût du travail nécessaire pour augmenter le salaire net de 1 € selon le niveau de salaire initial (barème 2024)



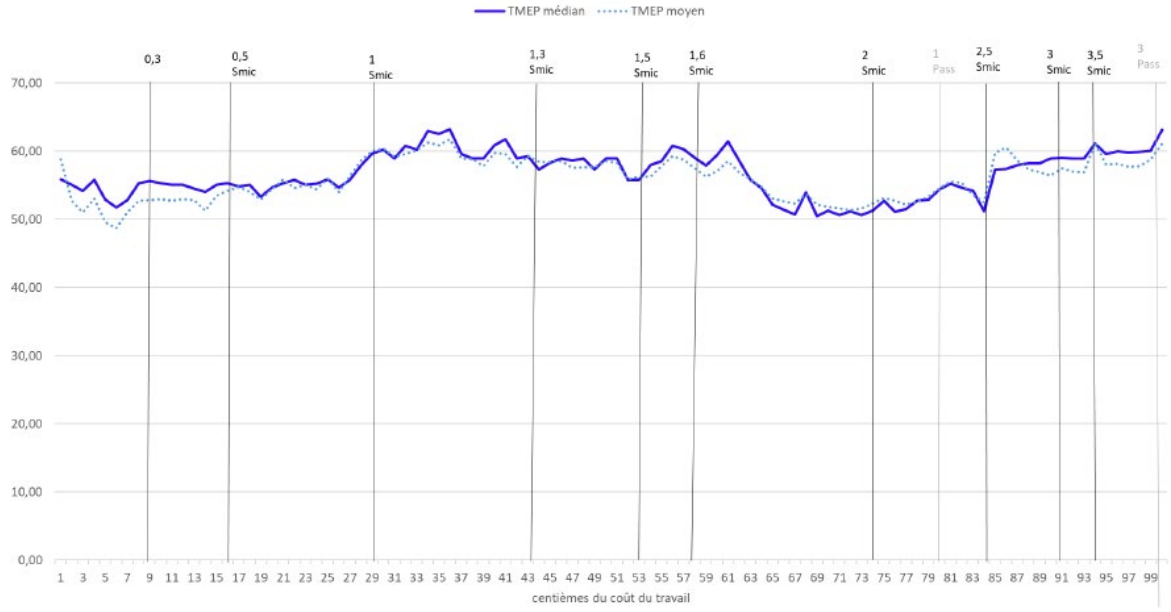
Source : Dares.

De la même manière, un gain de salaire brut ne se répercute pas complètement dans le revenu des salariés du fait de la prime d'activité perçue en deçà d'un certain revenu salarial (1,4 Smic pour une personne seule).

Le cumul de ces deux effets est théoriquement susceptible de désinciter à l'augmentation de l'offre comme de la demande de travail. Cet impact théorique appelle plusieurs observations :

- la prime d'activité est paramétrée de telle sorte que le travail « paie » plus que l'inactivité[34] ;
- le taux marginal du prélèvement réduit effectivement les gains des salariés quand ils sont dans les plages couvertes par les allègements généraux et la prime d'activité : alors que le taux marginal effectif de prélèvement (TMEP) est en moyenne de 56,5 % en 2019[35], il est plus élevé entre 1 et 1,6 Smic : il peut dépasser 60 %[36] ;

Graphique 32 I Taux marginaux effectifs de prélèvement moyens et médians par centièmes de coût du travail (2019)



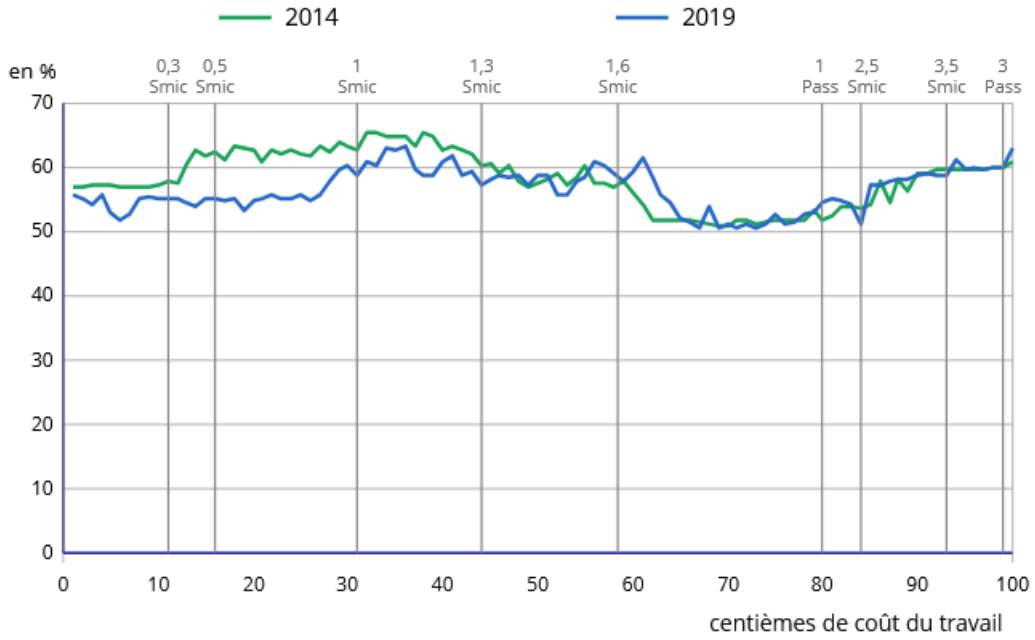
Source : Insee.

- pour les revenus les plus faibles, on constate par ailleurs une diminution des TMEP entre 2014 et 2019 provenant de la mise en place et de l'accroissement de la prime

[34] La réforme de la prime d'activité menée en 2014 ayant conduit à éliminer les cas où les gains pouvaient être nuls voire négatifs.
[35] Une augmentation marginale de 10 € du coût du travail se répercute à hauteur de 4,35 € dans le salaire net, la hausse des prélèvements et la baisse des prestations représentant 5,65).
[36] Sicsic M., Vermersch G., 2021, Les incitations monétaires au travail sont plus élevées en 2019 qu'en 2014, *Insee Analyses* ,n° 66.

d'activité. Cela signifie que par rapport à la situation de 2014, le travail « paie désormais plus »[37] ;

Graphique 33 I Comparaison des taux marginaux effectifs de prélèvement moyens par centièmes de coût du travail entre 2014 et 2019



Source : Insee.

- enfin, le rapport précité d'Antoine Bozio et Etienne Wasmer relève que les effets théoriques de limitation de l'offre et de la demande de travail générés par ces dispositifs n'ont pas été démontrés par les analyses menées jusqu'ici.

Le système cherche aujourd'hui à concilier plusieurs objectifs, à savoir un coût du travail réduit en bas de la distribution et des incitations à l'activité, mais avec comme contrepartie des taux marginaux plus élevés à ces niveaux de revenus. Cet équilibre qui est débattu nécessite d'être réinterrogé régulièrement.

E. Au-delà de ces évolutions systémiques, le déploiement des taxes comportementales s'est poursuivi, mais reste marginal

On rappelle ici que si les taxes comportementales peuvent présenter un rendement financier à court terme, leur dynamique n'a pas vocation à contribuer durablement à un objectif d'équilibrage des soldes, puisque leur rendement est censé décroître en lien avec la modification des comportements attendus. On rappelle également que la fiscalité ne constitue qu'un outil parmi d'autres pour modifier les comportements, parmi lesquels on peut citer les messages de sensibilisation, les messages éducatifs lors de la scolarité,

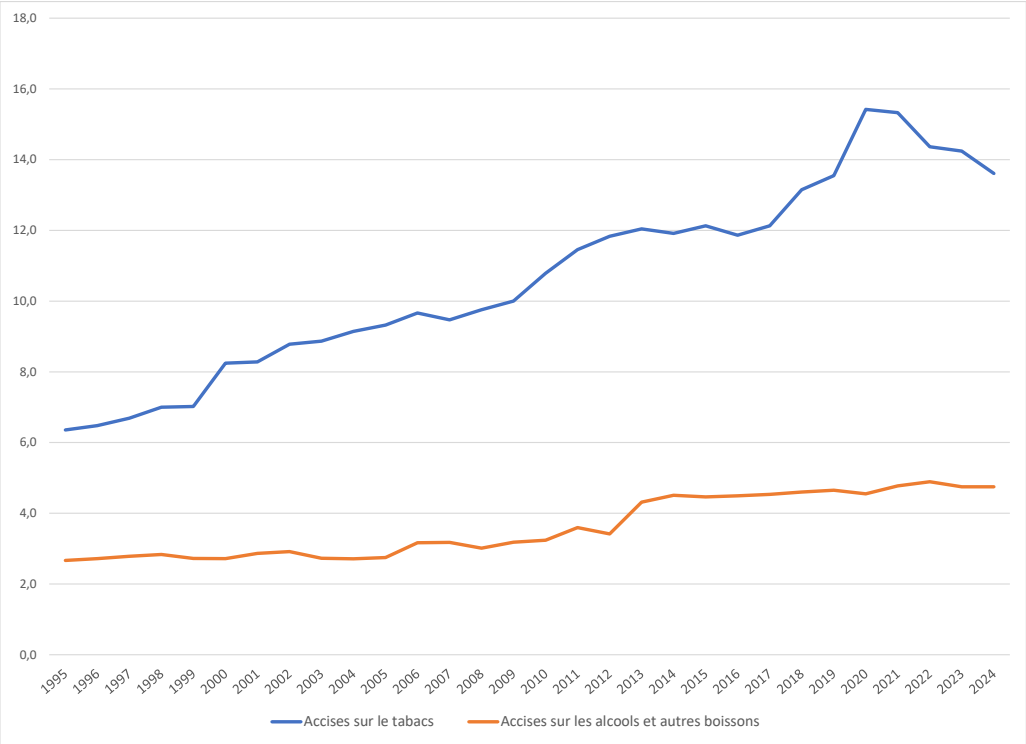
[37] Il est à noter que l'existence de TMEP relativement élevés dans la 1re moitié de la distribution est inhérent à la dégressivité des allègements et de la prime d'activité et découle d'un arbitrage entre niveau maximal des allègements (ou de la prime d'activité) et point de sortie des dispositifs.

l'interdiction de la publicité ou le subventionnement des aides pour les produits de substitution[38].

Les taxes comportementales attribuées à la sécurité sociale portent en premier lieu sur les tabacs et en second lieu sur les alcools, et de manière plus marginale sur les boissons sucrées et les jeux. Elles ont fortement progressé depuis la fin des années 1990, s'agissant en particulier du tabac, mais ne représentent qu'une partie marginale des recettes (environ 3 %).

Graphique 34 ▌Montants des accises sur les tabacs, et des alcools et autres boissons

en Md€



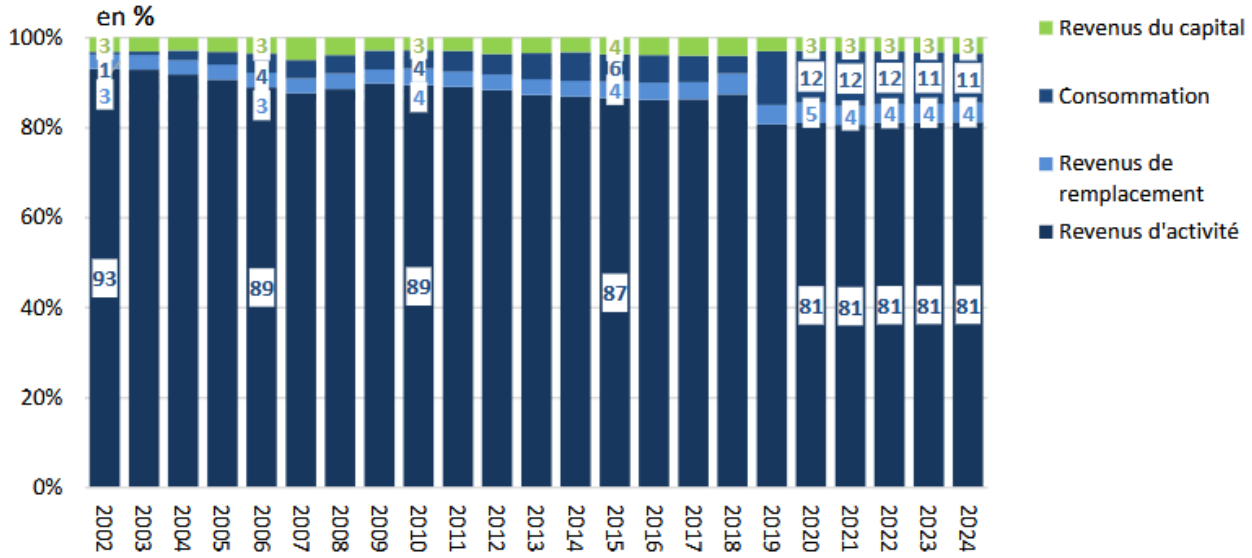
Source : Insee.

F. Conséquence de l'ensemble de ces évolutions, le prélèvement sur les salaires a diminué même s'il demeure prépondérant, celui sur la consommation et le capital s'est accru

Résultat de ces réformes successives, la structure des recettes a évolué fortement avec un accroissement des recettes assises sur capital (3 % du rendement) ainsi que – et surtout – sur la consommation (11 % des recettes) du fait notamment de l'affectation de la TVA, contrepartie des allègements qui viennent diminuer les cotisations patronales, mais aussi de la dynamique de la fiscalité des taxes comportementales.

[38] Cusset P-Y., 2013, *L'effet des taxes comportementales, une revue (non exhaustive) de la littérature*, Document de travail, France Stratégie.

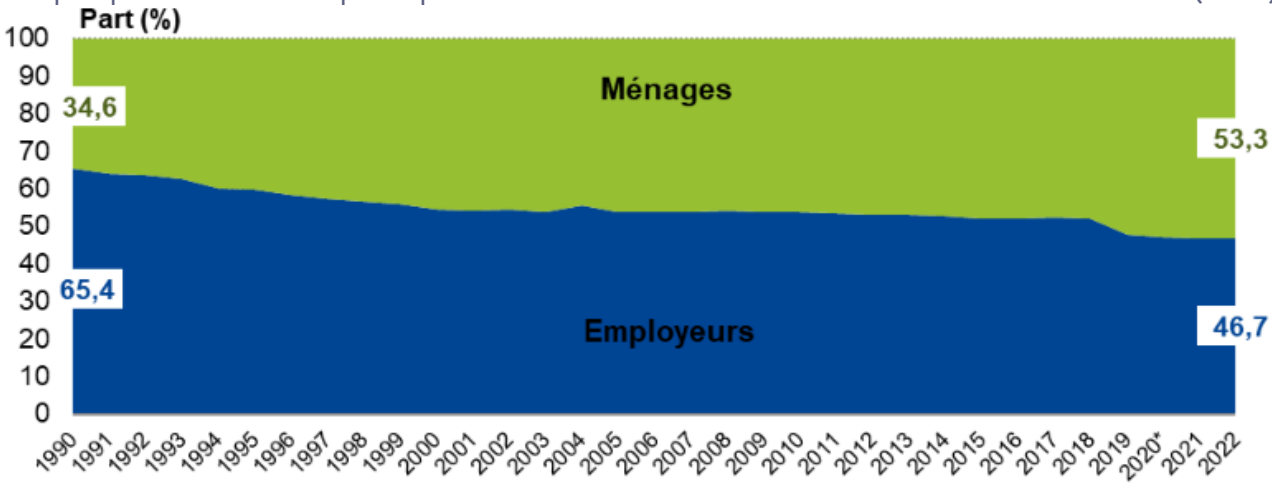
Graphique 35 I Structure des recettes des régimes de base par assiette économique



Source : REPSS, PLACSS 2024.

Au total, sur le champ des Asso (incluant donc Unédic et Agirc Arrco), la part financée par les ménages s'élevait à un peu plus d'un tiers en 1990 ; elle est aujourd'hui majoritaire (53,3 %). La part financée par les entreprises s'élevait symétriquement à près de 66 % ; elle est aujourd'hui de 46,7 %.

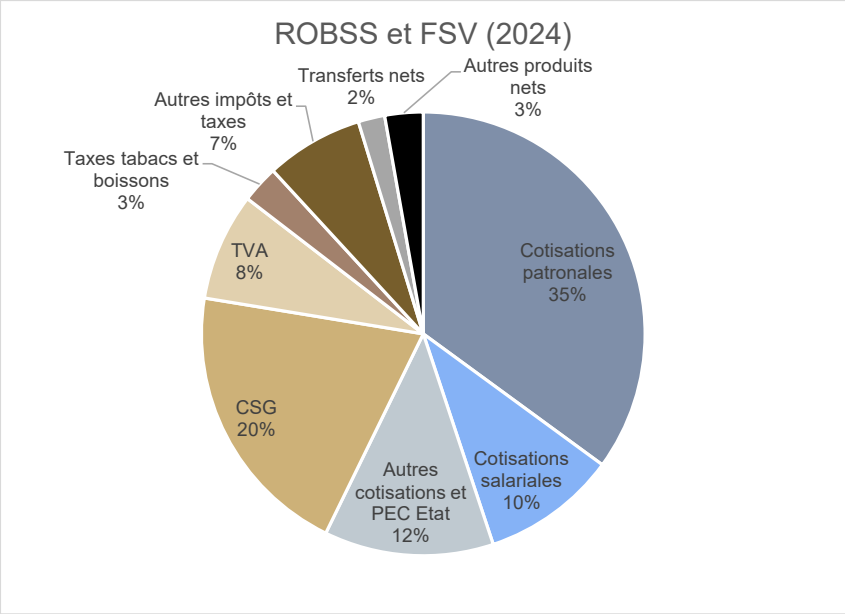
Graphique 36 I Part des principaux financeurs des administrations de sécurité sociale (Asso)



Source : REPSS, PLACSS 2024.

Sur le champ sécurité sociale, les recettes se distribuent comme suit :

Graphique 37 I Composition des recettes des régimes obligatoires de base et du FSV



Source : CCSS.

Il est à noter que la répartition ménages/entreprises peut être sujette à discussion. Il s'agit d'une répartition basée sur le concept juridique du prélèvement. Or on sait que l'incidence finale du prélèvement peut être différente de son incidence première, les cotisations patronales pouvant notamment se répercuter sur les salaires. Sur ce point, certains auteurs soulignent que les répercussions sont *a priori* différentes selon la nature des risques : sur les risques de nature universelle (maladie ou famille), une évolution des cotisations patronales serait principalement répercutée sur les employeurs, alors que sur les risques plus contributifs (chômage ou vieillesse), l'impact final serait progressivement répercuté en partie sur les salariés, ceux-ci acceptant plus aisément une baisse du salaire net au bénéfice d'un revenu différé[39].

[39] Bozio A., Breda Th., Grenet J., 2019, *Does Tax-Benefit Linkage Matter for the Incidence of Social Security Contributions?*, document de travail PSE, n° 2019-43. Un résumé en français de cet article figure dans un document disponible sur le site Internet du Conseil d'orientation des retraites : https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2019-11/Doc_4_incidence_site%20web.pdf.
Voir également par exemple Michaël Zemmour, *Économie politique du financement progressif de la protection sociale* : « *Un point de discussion concerne l'incidence fiscale des exonérations de cotisations employeurs : il s'agit de savoir, des employeurs ou des salariés, qui bénéficie effectivement (par un accroissement de son revenu disponible) des exonérations de cotisations employeurs. La littérature suggère qu'un partage s'opère, d'autant plus favorable à analyse empirique commence en 2000, nous restreignons notre analyse aux exonérations de cotisations employeurs, principal changement dans le financement de la sécurité sociale au cours de la période. 12 Il s'agissait à l'origine d'un transfert de l'État ; depuis 2011, la compensation prend la forme d'une affectation d'un panier de recettes fiscales de même montant* ».

G. La structure de financement a évolué pour tenir compte de l'universalisation

L'approche consistant à séparer protection sociale d'origine contributive ou non contributive n'est pas adéquate : des éléments de contributivité sont présents dans les prestations universelles (la CSG sur revenus d'activité et de remplacement n'est pas due par l'ensemble des résidents fiscaux en France mais par uniquement ceux qui sont bénéficiaires de la sécurité sociale française, donc à l'exception des frontaliers qui travaillant dans un pays voisin ; ceci indique bien une relation de contrepartie entre le fait de payer et le fait de recevoir) ; des éléments de solidarité sont présents dans les régimes versant des revenus de remplacement (via le FSV, par exemple pour les retraites). Pour clarifier les concepts, il est indispensable d'y substituer une approche séparant prestations universelles et prestations destinées à remplacer des revenus du travail.

Les branches qui ont une logique de remplacement des revenus associés au travail (vieillesse et AT-MP) disposent d'une répartition de leurs recettes très majoritairement axée sur les cotisations[40].

Les branches à vocation universelle sont celles qui sont le plus largement financées par CSG et TVA. Les recettes de la branche autonomie sont quasi exclusivement composées de CSG (et de la contribution sociale autonomie dans une moindre part). S'agissant des branches maladie et famille, la situation est plus contrastée pour des raisons historiques liées à la composition des recettes précédant l'universalisation de ces branches. Toutefois, les cotisations patronales sont désormais minoritaires dans la branche maladie ; elles demeurent majoritaires dans la branche famille (financé à près de 60 % par des cotisations patronales), mais, avant création de la CSG, cette branche était quasi intégralement financée par cotisations patronales. En outre, on peut noter que les prestations familiales bénéficient en très grande majorité aux actifs, qui représentent les trois quarts des allocataires, ce qui n'est pas incompatible avec un financement reposant largement sur des cotisations et qu'elles sont destinées, pour une part importante à des prestations qui permettant la conciliation vie familiale/vie professionnelle (les prestations associées à la garde d'enfant représentent 1/3 des prestations légales et environ 80 % du Fond National d'action sociale (près de 6 Md€) est dédié à l'accueil des enfants (crèche et périscolaire), soit environ 40 % de la dépense de prestations de la branche famille[41].

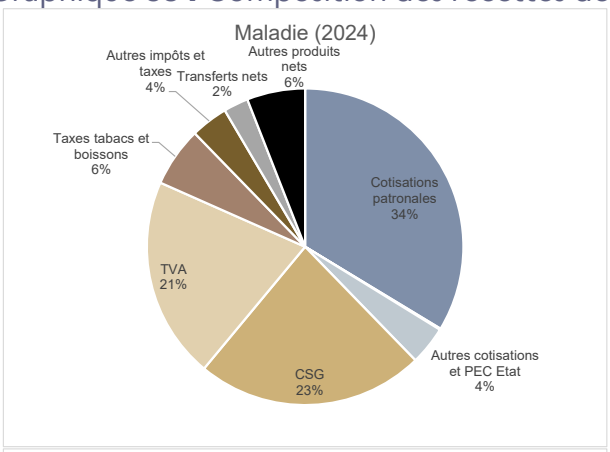
Même si l'assurance chômage est hors champ la saisine, il est signalé ici qu'elle représente une très forte atypie au regard de ces principes, puisque les cotisations salariales y ont été supprimées et remplacées par de la CSG sur revenus d'activité, conduisant à faire financer

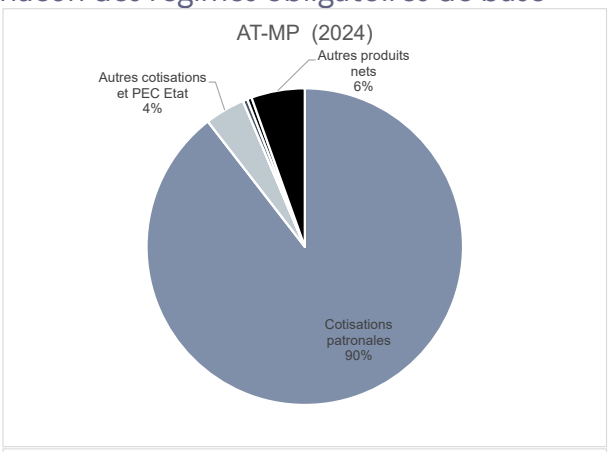
[40] La Drees a publié une étude indiquant que 20 % des dépenses de retraite relèvent de dispositifs de solidarité. Chopard M., Guirriec R., Herbillon-Leprince S., Katossky A., 2025, Fin 2020, les dispositifs de solidarité représentent 20 % des dépenses de retraite, *Les Dossiers de la Drees*, n° 130, avril.

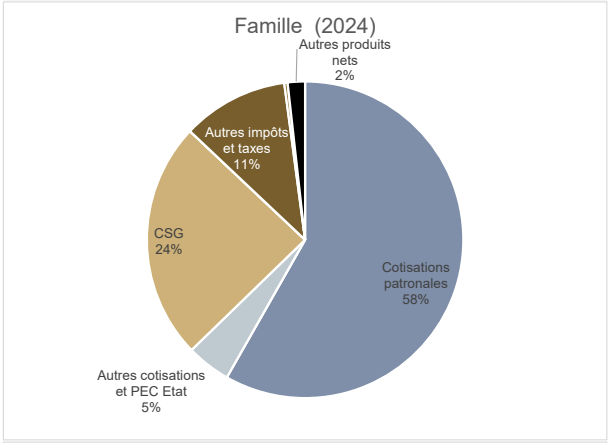
[41] Les transferts à la charge de la branche famille incluent également des dépenses venant financer pour les autres branches des revenus de remplacement d'activité (AVPF, majorations de pensions, IJ maternité).

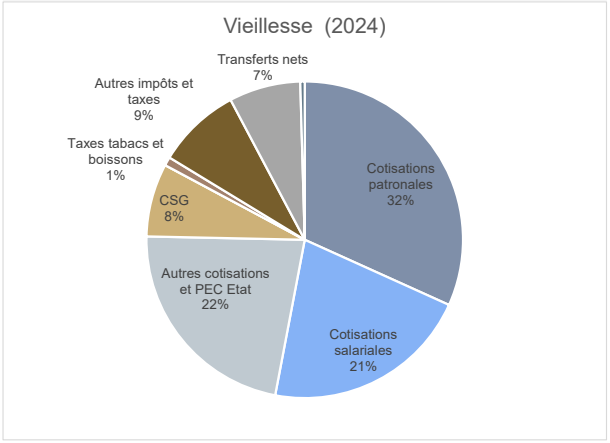
le risque par des travailleurs indépendants et surtout par des fonctionnaires qui n'ont pas vocation à bénéficier des prestations.

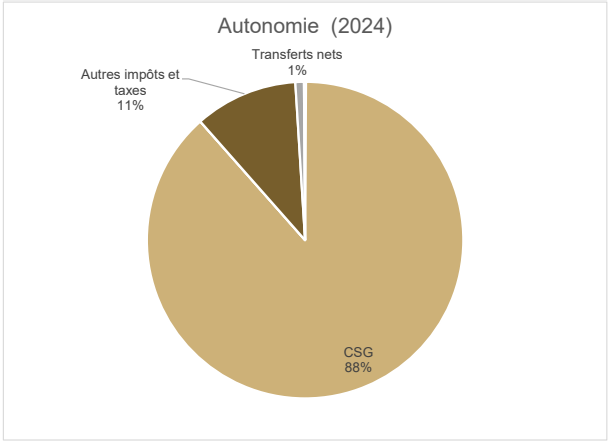
Graphique 38 I Composition des recettes de chacun des régimes obligatoires de base











Source : CCSS.
Note : la branche vieillesse est présentée y compris FSV.

VI. La part importante des prélèvements obligatoires liés à la protection sociale traduit à la fois le poids de l'ensemble des dépenses sociales mais également le fort taux de socialisation associé

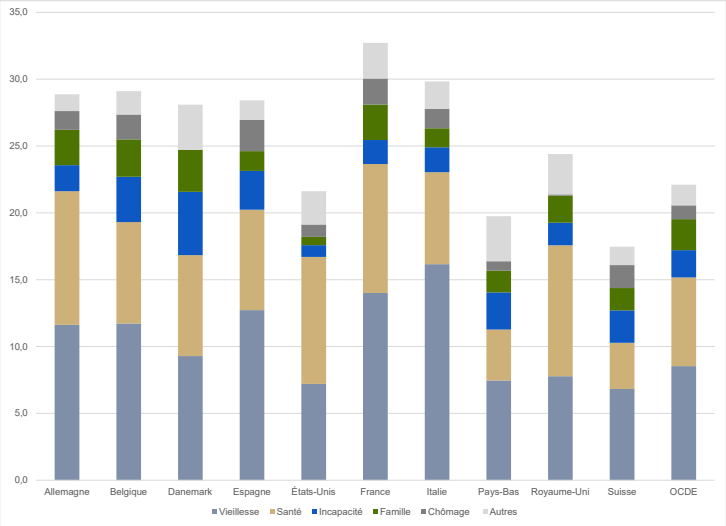
Le niveau de prélèvements obligatoires (PO) sociaux est souvent cité comme élément impactant la compétitivité des entreprises. Celui-ci étant en France particulièrement élevé au regard des autres pays, on en déduit que sa réduction constitue un objectif de politique publique. De fait, le niveau de PO traduit un niveau de dépenses sociales important mais aussi un niveau de socialisation élevé. De ce point de vue, il est nécessaire de ne pas regarder le niveau de PO, et donc de dépenses publiques, mais surtout le niveau qu'un pays consacre à tel ou tel risque, que ce risque soit financé par ressources publiques ou privées. Les dépenses privées ont aussi un impact sur les ménages et les entreprises qui peut se répercuter sur le coût salarial total. L'exemple des États-Unis est frappant à cet égard[42].

Cette approche conduit à une analyse plus nuancée.

Il est indéniable que les dépenses sociales publiques rapportées au PIB sont les plus élevées en France et sensiblement supérieures à la moyenne de l'OCDE. Ceci est dû notamment au poids des dépenses de retraites (seule l'Italie ayant des dépenses publiques plus élevées pour ce risque) mais aussi au niveau des dépenses chômage, famille et santé.

Graphique 39 I Poids des dépenses publiques sociales par risque

en % du PIB, 2021



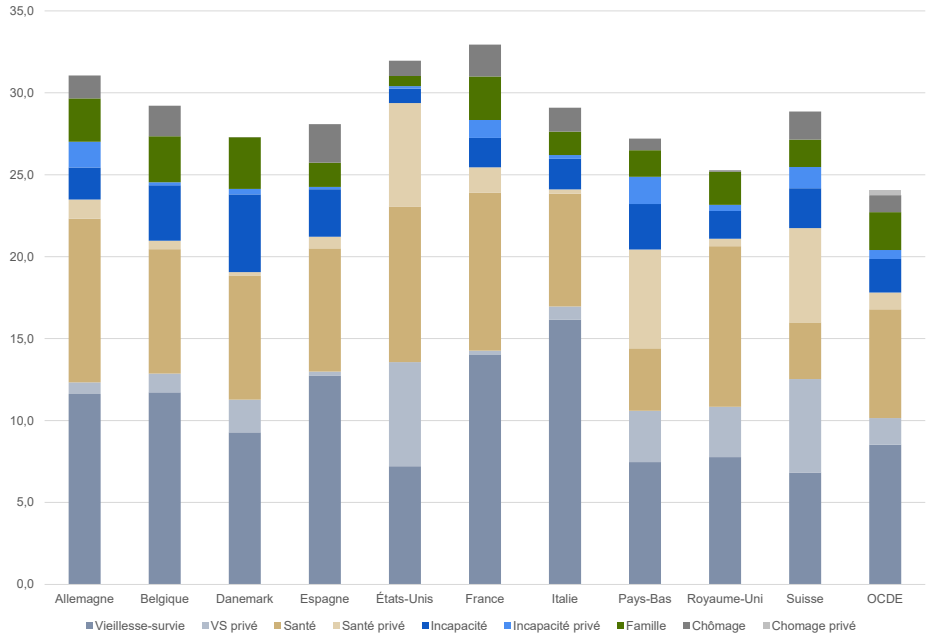
Pour faciliter les comparaisons, les dépenses sociales sont rapportées au PIB (bien que n'en étant pas une composante).
Source : OCDE.

[42] Voir aussi https://www.ofce.sciences-po.fr/blog2024/fr/2025/20250521_XT/
« La France réussit à maintenir un modèle plutôt égalitaire (au prix d'une taxation importante des 1 % les plus riches), alors que les Etats-Unis sont marqués par une polarisation extrême ».

En incluant les dépenses privées, l'écart avec les autres pays s'atténue :

Graphique 40 I Poids des dépenses sociales publiques et privées par risque

en % du PIB, 2021

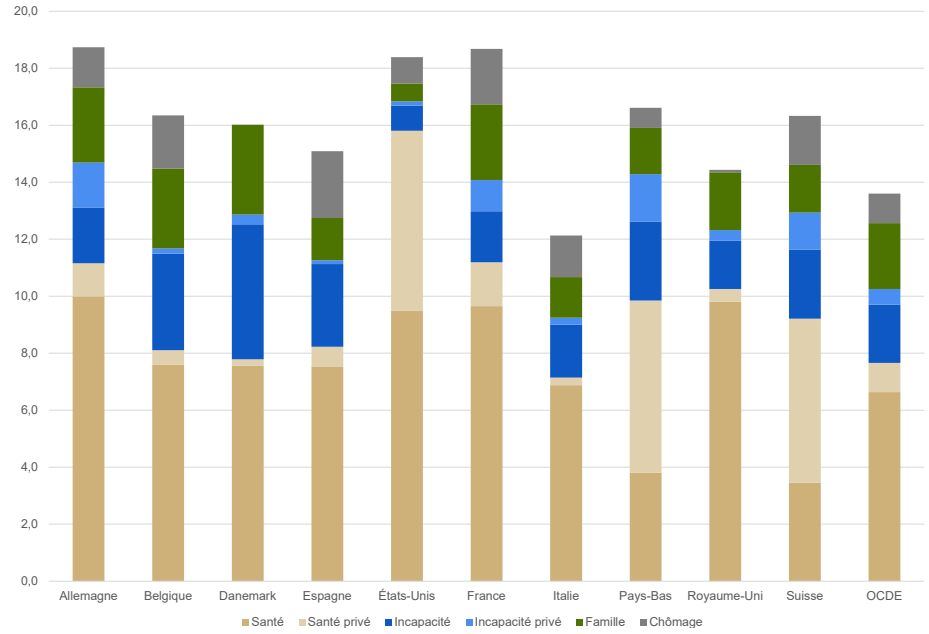


Source : OCDE.

Si l'on fait abstraction des dépenses de retraite (où l'écart avec les autres pays s'est également réduit en incluant les dépenses privées), les dépenses sociales en France (santé, incapacité, famille et chômage) restent élevées mais très proches de celles de l'Allemagne ou des États-Unis.

Graphique 41 I Poids des dépenses sociales publiques et privées par risque

en % du PIB, 2021



Source : OCDE.

Un transfert de dépenses d'un financement public vers un financement privé ne signifie pas nécessairement une diminution de la dépense globale. Dans le cas par exemple d'une hausse du ticket modérateur, cela peut se traduire par un simple transfert de dépenses, avec un financement via les primes d'assurance, qui bien que représentant un financement supplémentaire pour les salariés et les employeurs via les contrats prévoyance n'est pas comptabilisé comme prélèvement obligatoire. Un financement public mutualisé est susceptible d'accroître la capacité de régulation du système de protection sociale, dès lors qu'il permet mieux que les acteurs privés en concurrence de gérer la relation avec les offreurs de soins et d'éviter des hausses de coût non justifiées.

Partie II

Quels grands principes doivent guider le rétablissement des comptes sociaux ?

Le présent chapitre a été réalisé par le HCFiPS : son architecture a été présentée aux membres du HCFiPS le 3 avril 2025, puis transmise aux membres des autres Hauts conseils, qui ont pu faire part d'un certain nombre d'observations. Le document présenté ci-après est le fruit de ce processus.

Il pose neuf grands principes nécessaires au pilotage des finances sociales.

Les 9 grands principes

Principe n° 1 : Il faut retrouver une trajectoire d'équilibre des comptes sociaux.

Principe n° 2 : La production de richesse et le taux d'emploi sont des déterminants fondamentaux du retour à l'équilibre, qu'il s'agit de soutenir.

Principe n° 3 : La trajectoire de retour à l'équilibre doit prendre en compte le vieillissement et préserver les dépenses d'avenir.

Principe n° 4 : La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner de nouvelles règles de gouvernance.

Principe n° 5 : Le plan de redressement d'ensemble doit rechercher à concilier des mesures de rendement de court terme et une stratégie de moyen terme.

Principe n° 6 : Des mesures de prévention doivent être mobilisées dans le cadre de la stratégie de moyen terme.

Principe n° 7 : Un des axes fondamentaux de la stratégie de moyen terme doit reposer sur l'efficience.

Principe n° 8 : Le financement doit être clarifié en garantissant la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité, au champ des bénéficiaires et à l'équité du financement.

Principe n° 9 : L'ensemble doit s'accompagner de la mise en place d'une pédagogie citoyenne durable en matière de sécurité sociale.

L'élaboration de ces grands principes structure depuis plusieurs années la réflexion des Hauts Conseils, particulièrement celle du HCFiPS, qui les a travaillés dans plusieurs rapports récents, en particulier dans ses rapports de 2019 (*Les lois de financement de la sécurité sociale, bilan et perspectives*), 2022 (*Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis)* et 2025 *(Mieux concilier production et redistribution).* Le Hcaam a également largement abordé ces questions dans son rapport de 2021 sur la régulation du système de santé. Le document qui suit reprend très largement ces travaux.

Nombre des éléments présentés soulignent la nécessité, en premier lieu, du retour à l'équilibre des comptes sociaux, en second lieu, d'intégrer ce retour à l'équilibre dans une vision de moyen terme. Cette insistance sur le moyen terme peut paraître paradoxale alors que le sentiment que la « maison brûle » pourrait inciter à se concentrer sur le court terme. Or, les Hauts Conseils ont la conviction profonde que, sans trajectoire de moyen terme assumée et claire, toute volonté de rétablissement des comptes sociaux axée sur le seul court terme ne peut aboutir qu'à affaiblir fortement les fondamentaux de la sécurité sociale.

Principe n° 1 : Il faut retrouver une trajectoire d'équilibre des comptes sociaux

A. La sécurité sociale doit être gérée à l'équilibre

Les dépenses de protection sociale sont des dépenses essentiellement constituées de transferts entre différentes catégories de la population : ces transferts doivent être *a priori* équilibrés (sauf circonstances exceptionnelles, telles que la crise sanitaire de la Covid 19)[43]. Formulé différemment, la redistribution (entre malades et bien portants, en faveur des familles, entre jeunes et générations plus âgées, entre actifs et chômeurs…) doit reposer sur un principe d'équilibre entre des dépenses de prestations courantes et des recettes[44].

Méconnaître cette règle et accepter des déficits récurrents conduit à :

- reporter les sommes non financées sur les générations futures, ce qui crée un risque de forte iniquité intergénérationnelle ;
- miner la confiance dans le système, les assurés sociaux et les professionnels de santé craignant pour la pérennité de la sécurité sociale, alors qu'elle est un fort pourvoyeur de revenus et que de nombreux emplois en dépendent ;
- mettre en question *in fine* le modèle de protection sociale.

L'affirmation d'une trajectoire de retour à l'équilibre est également essentielle pour assurer une bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale auprès des marchés financiers.

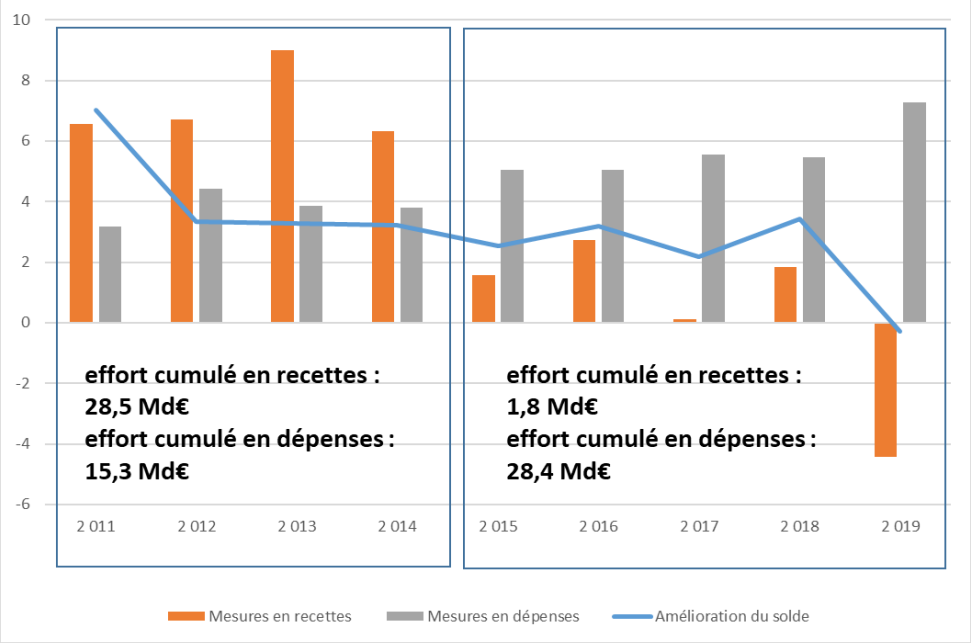
Cette gestion à l'équilibre signifie qu'il faut penser les finances sociales au sein des finances publiques, mais avec un portage propre, qui assure une cohérence globale entre dépenses et recettes. Cette cohérence est essentielle : en effet, la pertinence de la redistribution, au cœur des politiques de sécurité sociale, doit s'apprécier sur cet ensemble. Cela impose que soit clairement identifié un pilotage spécifique des finances sociales, qui doit être porté en tant que tel et avec constance par le ministre en charge des finances sociales.

B. Un retour à l'équilibre est possible même dans une situation financière très dégradée

Affirmer le principe de gestion à l'équilibre dans un contexte de financement très dégradé n'est ni une posture facile ni un vœu pieux. C'est un objectif accessible, même si le chemin est long et difficile, comme en témoignent les différents plans de redressement qui ont émaillé l'histoire de la sécurité sociale et, tout particulièrement, celui mis en œuvre à la sortie de la crise financière de 2010 : celui-ci s'est échelonné sur une dizaine d'années, avec un quasi-retour à l'équilibre en 2019.

[43] Les lois de financement de la sécurité sociale, bilan et perspectives, HCFiPS, 2019.
[44] Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis, HCFiPS, 2022.

Graphique 1 I Gestion de la sortie de crise de 2010



Note : Le schéma de redressement consécutif à la crise de 2010 est produit ici uniquement à titre d'exemple. Il montre qu'il est possible de redresser les comptes dans un délai de 10 ans. Bien entendu, il n'a nullement vocation à être reproduit à l'identique dans son contenu, il convient notamment d'éviter certains effets à retardement sur les dépenses, notamment dans le secteur de la santé : les dépenses effectuées dans le cadre du Ségur de la Santé ont été souvent considérées comme la suite de la trop forte pression ayant pesé sur ce secteur à la fin des années 2010 ; plus généralement, les difficultés consécutives à la crise sanitaire sont de nature tout à fait différentes de celles qui ont fait suite à la crise de 2010. Le choc de 2008-2009 a porté largement sur les recettes et a été très long à se résorber. Le choc de la crise sanitaire présente des composantes non pérennes (les destructions d'emplois étant limitées et le choc sur les dépenses maladie étant partiellement temporaire). Deux effets durables sont néanmoins à noter :

- les revalorisations de rémunérations liées au Ségur de la santé ;
- le choc d'inflation, qui n'est pas seulement dû à la crise sanitaire mais aussi au contexte géopolitique, et à ce titre largement importé via les prix de l'énergie et qui a fait perdre du revenu à l'ensemble de la nation et donc des recettes.

Le schéma de redressement a porté tant sur les recettes (en début de période essentiellement), pour un volume financier d'environ 30 Md€, que sur les dépenses (sur toute la période, mais surtout sur sa fin) pour un peu moins de 45 Md€.

Source : HCFiPS, 2022, *Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis*.

C. La trajectoire de retour à l'équilibre doit être pensée sur plusieurs années

Beaucoup de mesures, structurantes, ne se diffusent que progressivement, qu'elles aient trait à la prévention, à l'efficience –comme cela sera détaillé plus loin dans le document–,

mais aussi à la gestion de certaines prestations. On peut illustrer ce dernier point en matière de retraite[45], par l'impact très lent des réformes consistant à allonger la durée d'assurance.

Tableau 1 ▌Les effets de l'allongement de la durée d'assurance

en Md€

2014	2020	2030	2040
—	0	5,4	10,4

Note : tous les montants sont exprimés en Md€ 2011.
Source : étude d'impact du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites (septembre 2013) garantissant l'avenir et la justice du système de retraites[46].

Certaines mesures peuvent, en outre, avoir un coût de court terme, avant de produire les effets escomptés sur l'équilibre des comptes : tel est le cas de beaucoup de mesures de prévention pour lesquelles il faut payer, pendant une certaine période, à la fois les programmes destinés à modifier les comportements des patients et des prescripteurs et les soins consommés par les patients dont on n'a pas pu prévenir la pathologie dans le passé. Ce mécanisme ne concerne pas la seule prévention : ainsi que cela a pu être souligné par le Hcaam, ont pu être éludées « *des réformes qui, si elles génèrent certes des coûts immédiats, permettent des bénéfices plus lointains : restructuration de l'offre de soins* (…), *et, en régime de croisière, investissement, recherche et innovation, prévention – domaines dont on déplore aujourd'hui qu'ils ont servi d'ajustement à la contrainte budgétaire de la décennie passée. L'effort insuffisant sur ces dépenses d'avenir est indolore à court terme mais se traduit à moyen terme par une dette épidémiologique et organisationnelle* » [47].

Par ailleurs, toute mesure comporte des effets potentiellement hétérogènes selon les catégories sociales, qui influent sur la croissance (et donc sur les recettes et les dépenses de la sécurité sociale) et doivent donc être considérées dans le cadre d'un bouclage macroéconomique.

Dans une situation équilibrée, il est adapté à la nature des dépenses de protection sociale, de privilégier les mesures structurelles de moyen terme. Pour autant, la situation financière actuelle, très dégradée, impose des mesures de court terme, sans lesquelles un retour à l'équilibre n'est pas envisageable d'ici la fin de la décennie (voir principe n° 5).

[45] Qui ne sont pas dans le champ de la saisine.
[46] https://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1376-ei.asp.
[47] La régulation du système de santé, Hcaam, 2021.

Principe n° 2 : La production de richesse et le taux d'emploi sont des déterminants fondamentaux du retour à l'équilibre, qu'il s'agit de soutenir

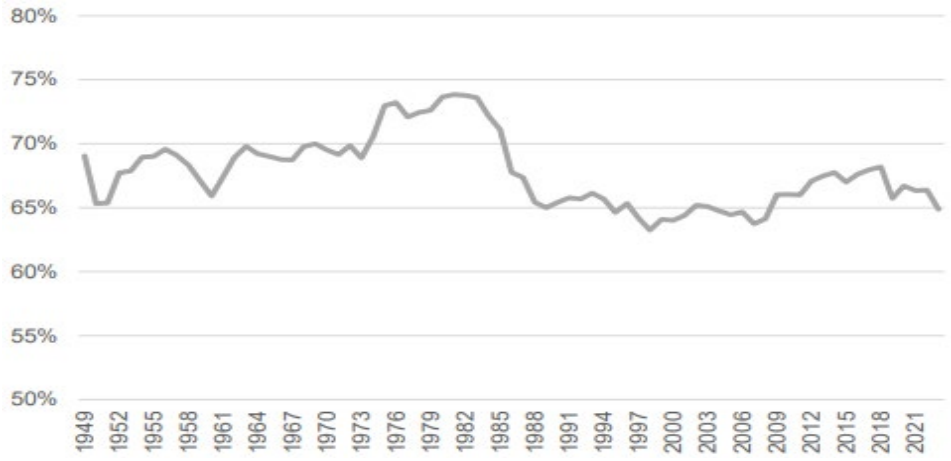
A. Le partage de la valeur ajoutée, la productivité, et le taux d'emploi déterminent largement la dynamique des ressources de la sécurité sociale

Les recettes de la sécurité sociale sont assises à plus de 80 % sur les revenus d'activité salariés et non-salariés.

Le partage de la valeur ajoutée, la productivité et le taux d'emploi – qui déterminent largement l'évolution des revenus salariaux – sont donc essentiels à la dynamique des recettes de la sécurité sociale.

Le partage de la richesse créée, c'est-à-dire de la valeur ajoutée, est globalement stable depuis le milieu des années quatre-vingt, avec une répartition d'environ un tiers pour le capital et deux tiers pour le travail ; cette stabilité devrait perdurer[48].

Graphique 2 ▌Part des rémunérations dans la valeur ajoutée (brute) des sociétés non financières en France en %



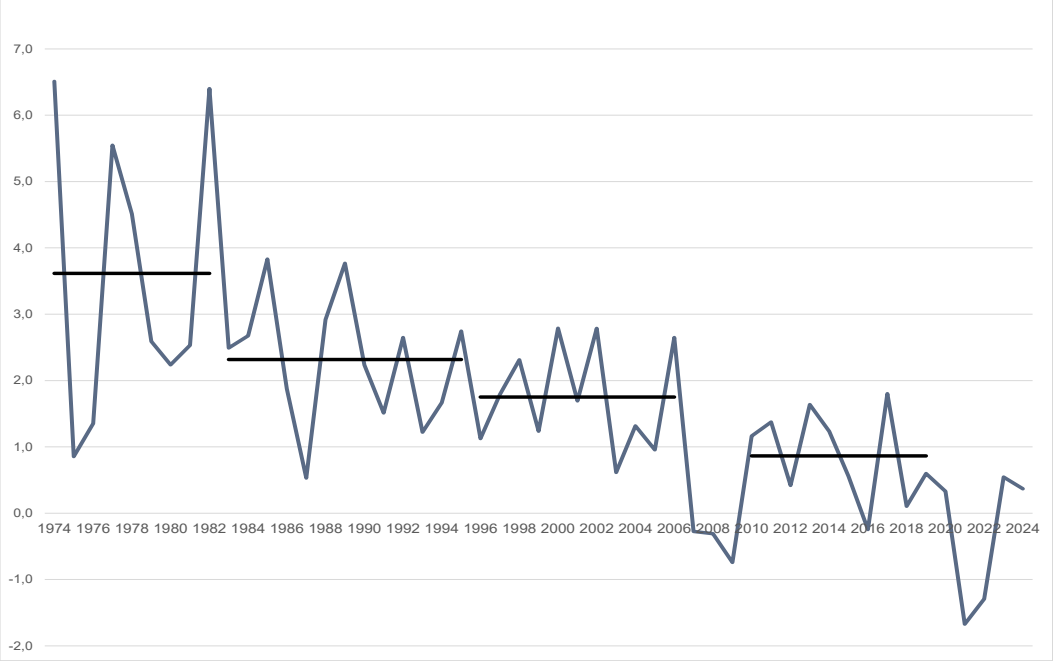
Note de lecture du tableau : la part des rémunérations dans la valeur ajoutée, après avoir atteint un pic au milieu des années 80 (près de 75% de la VA était affectée aux salaires), est relativement stable depuis cette période (environ 2/3 de la VA est affectée aux salaires).
Source : Insee.

[48] Voir développements sur ce sujet dans le rapport HCFiPS 2025 Mieux concilier production et redistribution. « *On peut supposer au vu de la stabilité du partage de la valeur ajoutée et d'une partie des théories économiques que les assiettes liées aux revenus d'activité et aux revenus du capital sont censées évoluer au même rythme dans une situation de régime de croissance équilibrée. C'est l'hypothèse majoritaire retenue par les économistes interrogés pour la séance du Conseil d'orientation des retraites de novembre 2021, même si certains d'entre eux proposent d'étudier des variantes où le partage de la valeur ajoutée se déformerait en faveur du capital, estimant sur longue période que « la stabilité est plutôt une exception française » et qu'il n'est pas possible « d'exclure une évolution à la baisse comme observée dans de nombreux autres pays.* »

La productivité évolue faiblement et son évolution est plutôt orientée à la baisse malgré le regain observé en 2023[49]. Sur le long terme, les projections convergent dans le sens d'une évolution qui demeure faible. Le Conseil d'orientation des retraites avait consacré sa séance plénière de novembre 2021 au choix des hypothèses de long terme et plus particulièrement à celui de la productivité. Les économistes sollicités ont répondu majoritairement qu'il fallait retenir parmi les scénarios proposés au moins un scénario où l'hypothèse de productivité tendancielle serait inférieure à 1 %. Suite à la discussion entre les membres du COR en 2024, les hypothèses de croissance de la productivité ont été décalées vers le bas (à 0,4 %, 0,7 %, 1,0 % et 1,3 % en réel par an).

[49] Voir sur l'analyse des tendances de court terme, Bruno Coquet et Eric Heyer, La productivité retrouve des couleurs, OFCE, Policy brief, 2025 : « *La productivité du travail en France a traversé un long passage à vide entre la crise sanitaire et la fin 2022. Elle s'est ensuite redressée, progressant au rythme annuel de + 1,3 % depuis le début de 2023 dans le secteur marchand non-agricole, soit plus rapidement que sa tendance de long terme (+ 0,9 % par an). Cela ne comble cependant pas le retard accumulé au cours des trois années précédentes : la productivité par tête n'a pas encore tout à fait rejoint le niveau qui était le sien fin 2019, et elle demeure 5 % en dessous de sa trajectoire tendancielle. Cette singularité française a fait l'objet de nombreuses conjectures. Celles-ci tenaient en partie aux données disponibles fin 2023 qui décrivaient une productivité déclinante mais qui révisées et complétées distinguent désormais clairement l'affaissement de la productivité en sortie de crise sanitaire du regain ultérieur. Nous revenons sur cette séquence afin de mieux en comprendre les ressorts. La politique de soutien à l'apprentissage apparaît comme le principal déterminant de l'affaiblissement de la productivité, puisque qu'elle explique actuellement près de 30 % de l'écart à la tendance antérieure, suivie par la politique de soutien aux entreprises (17 %) et la baisse du coût du travail principalement liée au retard d'indexation des salaires aux prix (13 %) ; la baisse du chômage et ce qu'elle emporte en termes de profil des actifs (9 %) et la contraction persistante de la durée du travail (6 %) jouent également un rôle significatif. Au total nous parvenons à expliquer 75 % de l'écart de productivité accumulé depuis 2019 par rapport à la tendance de long terme. L'usage est de mesurer la productivité du travail en attribuant l'ensemble de la valeur ajoutée marchande aux seuls salariés, comme si les non-salariés n'en avaient aucune. Mais la part de ces derniers s'accroît vigoureusement depuis 20 ans, et leurs caractéristiques se transforment (revenu, durée du travail, etc.). L'incorporation des non-salariés dans nos équations n'améliore cependant pas la qualité de celles-ci et modifie peu la hiérarchie des différentes variables identifiées dans notre modèle de base* ».

Graphique 3 I Évolution annuelle de la productivité horaire du travail[50]



Source : Insee.

B. L'augmentation du taux d'emploi est un facteur d'augmentation de la richesse

Si le taux d'emploi est historiquement haut (68,8 % en 2024), il est en retrait par rapport à la moyenne de la zone euro (70,2 %) et de l'Allemagne (77,3 %), ce qui suggère que des marges existent en la matière, ce qui a conduit le HCFiPS, suivant en cela de nombreux économistes, à mettre l'accent sur ce point dans ses travaux récents.

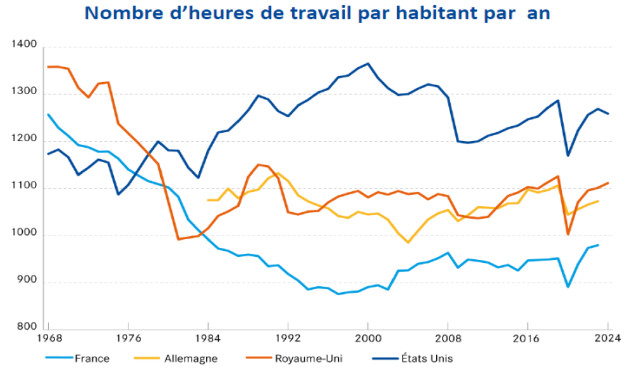
La plupart des analyses économiques convergent sur l'existence de ces marges. Une étude récente du Conseil d'analyse économique[51] confirme en particulier le relatif faible nombre d'heures de travail par habitant en France relativement à l'Allemagne et au Royaume-Uni (avec un déficit d'heures travaillées par habitant de l'ordre de 100 heures annuelles), situation qui provient d'un taux d'emploi plus faible en France (et non d'un nombre plus faible d'heures en emploi) : le taux d'emploi des seniors a certes augmenté mais reste inférieur à celui d'autres pays, les sorties du marché du travail y étant plus précoces ; l'insertion des jeunes reste lente ; la contribution des femmes à l'emploi, « *historiquement très forte, a tendance à s'essouffler* »[52]; le volume de travail des peu qualifiés diminue fortement « *révélant l'extrême difficulté de ceux qui sortent sans qualification du système éducatif ni formation à s'intégrer sur le marché du travail* ».

[50] Total des branches de la comptabilité nationale.

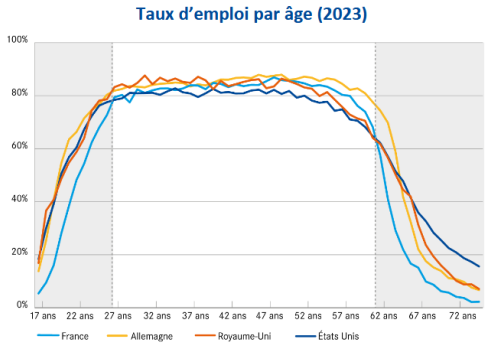
[51] Bozio A., Ferreira J., Landais C., Lapeyre A., Modena M., Molaro M., 2025, op. cit.

[52] Les salaires des femmes demeurent par ailleurs inférieurs à ceux des hommes. Voir *Égalité hommes-femmes : une question d'équité, un impératif économique*, Les notes du conseil d'analyse économique, 2024.

Graphiques 4.1 et 4.2 I Nombre d'heures de travail par habitant et par an et taux d'emploi par âge[53]



Note: Nombre moyen d'heures travaillées estimé sur l'ensemble des 16-74 ans.
Sources : enquête emploi (France, Royaume-Uni, Allemagne), enquête de population (États-Unis)



Note: Pour chaque pays, pour un âge donné, on récupère le taux d'emploi en 2023, défini comme la part de sa population en emploi.
Sources: enquête emploi (France, Royaume-Uni, Allemagne), enquête de population (États-Unis)

Note : le taux d'emploi ne retrace pas la question des temps partiels.

Afin de simuler l'impact financier d'un alignement du taux d'emploi de la France sur celui de l'Allemagne, le HCFiPS a commandé en 2023 une analyse à la DG Trésor, finalisée en 2024. Cette étude montre que cet alignement correspondrait à 1,5 million d'emplois, soit 15 Md€ de recettes sociales en plus, et 5 Md€ de dépenses sociales en moins. Il s'agit d'un exercice effectué à titre purement illustratif qui repose sur de nombreuses hypothèses simplificatrices ; par ailleurs, le chiffrage ne tient pas compte des coûts associés aux politiques publiques nécessaires pour l'atteinte d'un tel niveau d'emploi. Sur le champ des politiques de la branche famille, si les 160 000 parents qui déclarent qu'ils auraient travaillé s'ils avaient eu un mode d'accueil pour leur enfant en avaient obtenu un, alors le gain de recettes pour la sécurité sociale serait, selon une estimation du Conseil de la Famille, de l'ordre de 1 Md€[54].

Le Conseil d'analyse économique liste les différents leviers susceptibles, selon lui, de favoriser le taux d'emploi[55] : favoriser une meilleure adéquation de l'offre de formation susceptible d'entraîner une intégration plus rapide sur le marché du travail, permettre une augmentation du taux d'emploi des seniors capables de poursuivre leur carrière en réformant les dispositifs de retraite et en les adaptant à l'hétérogénéité des situations, favoriser encore l'intégration des femmes au marché du travail[56] et mettre des moyens spécifiques sur la trop grande part des jeunes qui sortent de notre système éducatif sans qualification ni emploi.

[53] Bozio A., Ferreira J., Landais C., Lapeyre A., Modena M., Molara M., 2025, Objectif « plein emploi » : pourquoi et comment ? , *Focus,* n° 110, mars, Conseil d'analyse économique.
[54] Par ailleurs, l'emploi des parents reste le premier levier de lutte contre la pauvreté des enfants. Le taux de pauvreté des couples avec enfants est multiplié par huit si un des parents est sans emploi, et celui des familles monoparentales fait plus que tripler si le parent est sans emploi.
[55] Bozio A., Ferreira J., Landais C., Lapeyre A., Modena M., Molara M., 2025, *op. cit.*
[56] Ce point est développé dans la partie du rapport consacrée à la branche famille.

Le HCFEA a instruit, depuis 2017, des expertises sur les facteurs favorables à l'accès, au retour et au maintien dans l'emploi des mères et des pères[57] et sur le repérage et l'inclusion dès la crèche des enfants en situation de handicap tout en sécurisant l'emploi des deux parents[58]. Il a formulé un ensemble de propositions sur une meilleure articulation entre l'implication dans le travail des adultes actifs, et les appuis nécessaires aux personnes plus âgées. Le HCFiPS a également fait des propositions en ce sens, notamment dans son rapport « *Mieux concilier production et redistribution* ».

Encadré 1 I Exemples de recommandations portées par le HCFiPS sur les politiques favorisant le taux d'emploi

Étudier les freins à la reprise d'emploi liés à la garde d'enfants et aux transports et suivre le taux de recours aux dispositifs proposés par France Travail et les collectivités locales ; analyser plus particulièrement les risques de non reprise d'activité pour les femmes.

Faire de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle un item du bilan social annuel de l'entreprise

Si certains de ces leviers relèvent bien évidemment de sphères de l'action publique externes à la sécurité sociale, d'autres sont en lien direct avec les politiques menées au sein de la sécurité sociale (retraite, conciliation vie familiale/vie professionnelle[59]). Le chapitre dédié à la branche famille développe ces différents points.

C. Cette augmentation du taux d'emploi doit reposer sur une stratégie de qualité de l'emploi

Ainsi que cela a été souligné dans le rapport du HCFiPS « *Mieux concilier production et redistribution* », la protection sociale, si elle repose sur des stratégies bien choisies, peut soutenir directement et indirectement l'activité économique.

En particulier, elle peut contribuer à l'investissement dans la ressource humaine, si elle est orientée sur la création d'activité (en aidant à la conciliation des responsabilités professionnelles et familiales). Elle peut aider à la fluidification des parcours professionnels, si elle facilite la mobilité des travailleurs (avec des systèmes de retraite non attachés à l'entreprise ou des systèmes d'allocations chômage qui permettent d'optimiser

[57] Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie, Rapport transversal HCFEA, 2017.

[58] Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille, Rapport HCFEA Conseil enfance, 2018.

[59] Dans une autre note, le CAE préconisait notamment « *la création de nouvelles places d'accueil des jeunes enfants [et] une réforme ambitieuse du congé paternité, en l'allongeant à 10 semaines, dont 6 obligatoires, faisant suite au rapport de la commission de 2021 : "Les 1 000 jours, là où tout commence" à l'origine de l'allongement du congé paternité de 14 à 28 jours. Cela devrait contribuer à une meilleure répartition des responsabilités parentales dès les premiers mois de l'enfant et réduire l'impact de la maternité sur la carrière des femmes* ». Emmanuelle Auriol, Camille Landais, et Nina Roussille, Égalité hommes-femmes : une question d'équité, un impératif économique, *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 83, novembre 2024.

l'appariement des compétences et des emplois). Elle peut contribuer à rendre plus soutenable la longévité au travail soit en contribuant à améliorer l'état de santé général de la population (avec une stratégie globale de prévention), soit en veillant à l'état de santé des travailleurs : la politique de santé au travail est favorable à tous les acteurs du système, qu'il s'agisse des salariés (qui sont protégés), des entreprises (qui peuvent réduire leur absentéisme et leur *turn over*), de la sécurité sociale (avec une réduction des coûts – qui peut par ailleurs bénéficier aux entreprises – via la tarification des accidents du travail).

Dans la lignée de ces travaux, nous souhaitons souligner ici l'importance que revêt la qualité des emplois créés.

De manière générale, des emplois de mauvaise qualité sont à la fois défavorables aux salariés, aux entreprises et aux finances publiques, en ce qu'ils s'accompagnent souvent d'une sinistralité élevée ; des temps partiels contraints sont coûteux pour les personnes, et pour les finances publiques (puisqu'ils conduisent à solliciter des revenus de solidarité – et notamment la prime d'activité)[60].

De manière plus spécifique et s'agissant des secteurs financés par la protection sociale, des emplois de qualité sont nécessaires, par exemple, pour garantir dans de bonnes conditions l'accueil du jeune enfant ou le déploiement du service public de la petite enfance, en renforçant l'attractivité des métiers[61]. Plusieurs scénarii ont été successivement proposés sur le déploiement des accueils du jeune enfant[62], pour favoriser leur meilleur

[60] Voir sur ces sujets les travaux de François-Xavier Devetter, Julie Valentin sur les travailleurs et travailleuses du nettoyage. *https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/actualites/francois-xavier-devetter-julie-valentin-les-travailleurs-et-travailleuses-du-nettoyage-deux-/*. « *45 % des personnels du nettoyage relèvent des emplois à bas salaire,* (…) *Cette faiblesse des salaires mensuels tient à la prévalence du temps partiel (55 % contre 18 % sur l'ensemble des emplois et 66 % si on se restreint au champ du secteur privé de ces professions)* (…) *Environ 40 % des nettoyeurs et nettoyeuses du secteur de la propreté et des aides à domicile travaillent* (…) *moins de 24 heures par semaine. Or, ces horaires réduits sont mal localisés sur la journée, avec une concentration des heures de travail entre 6 et 9 heures du matin et entre 18 et 21 heures, notamment pour les salariés du secteur privé. Ces localisations qui compliquent la vie sociale mettent à mal l'hypothèse d'un temps partiel choisi par les femmes pour mieux concilier leur vie professionnelle à leurs contraintes de famille. La (non) régulation des temps de travail se répercute également sur la fragmentation des horaires : les journées sont hachées et impliquent de nombreuses coupures (et souvent des déplacements) qui n'entrent que très partiellement dans le temps de travail décompté. C'est ainsi que ces salariés sont payés à temps partiel alors que l'emprise du travail sur leur vie est celle d'un temps plein.* »

[61] Le Conseil de la famille, dans son rapport de 2023, affirme que cela « *passe par une hausse des salaires, mais aussi par une amélioration de la qualité de vie au travail (conditions de travail, sens du travail, etc.) et par une augmentation de l'offre de formation, accessible financièrement, notamment pour les auxiliaires de puériculture* ».

[62] Y compris la consolidation d'un parc d'accueils flexibles, mieux ajustés à la diversité des situations de freins à l'emploi, pour les 43 % d'enfants d'une classe d'âge qui n'accèdent pas à des offres d'accueils formels.

développement, notamment par une offre non seulement quantitative mais aussi de nature à garantir une meilleure qualité affective, éducative et sociale[63].

Le rapport *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile* recommande des mesures permettant d'atténuer les contraintes et la pénibilité subies par les professionnelles intervenant chez les personnes âgées vulnérables, en adaptant mieux le domicile de ces dernières, en limitant les temps d'intervention inférieurs à la demi-heure et en déployant les lieux de vie partagés de seniors, permettant de regrouper les interventions et limiter les déplacements[64].

Principe n° 3 : La trajectoire de retour à l'équilibre doit prendre en compte le vieillissement et préserver les dépenses d'avenir

A. Avec le vieillissement de la population, la démographie est un accélérateur spontané des dépenses de protection sociale

Le vieillissement de la population, décrit dans le chapitre consacré à l'état des lieux, a des conséquences sur les différentes branches de la sécurité sociale, selon une temporalité différente.

L'arrivée des générations du *baby-boom* à des âges élevés a affecté la branche vieillesse à partir des années 2000. Elle va impacter fortement la branche autonomie particulièrement à compter de 2030 avec l'augmentation, à cet horizon, du nombre de personnes de 80 ans et plus[65], personnes plus susceptibles que les autres de recourir aux prestations gérées par la branche[66]. Cet effet démographique s'ajoutera, pour cette branche, à la montée en charge des mesures d'ores et déjà décidées.

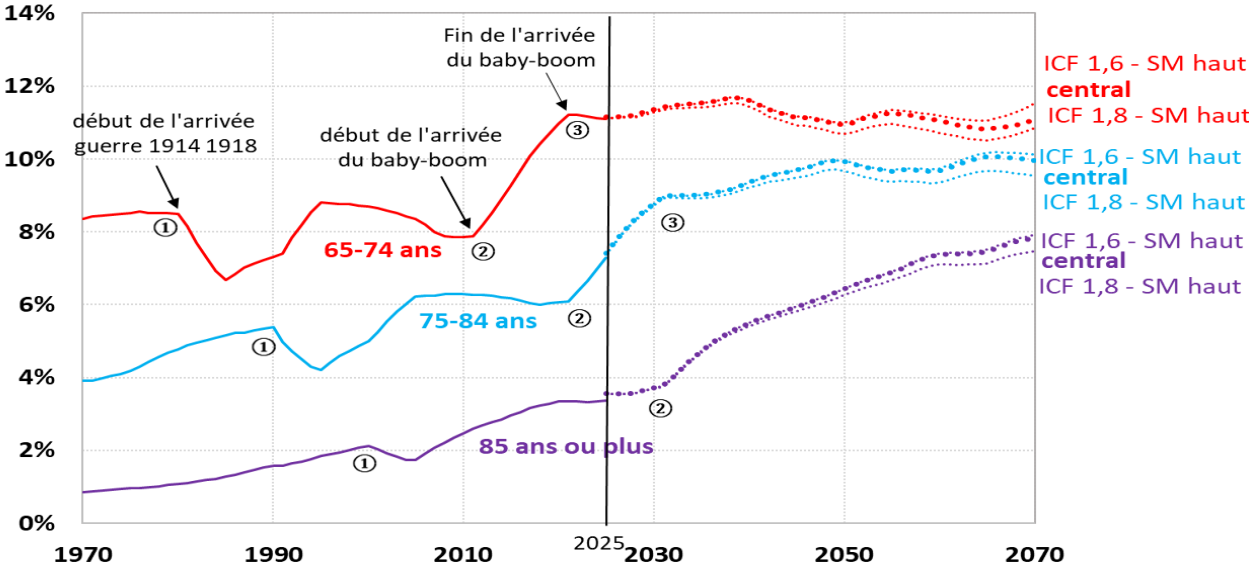
[63] Conformes à la définition de la Charte nationale pour la qualité d'accueil du jeune enfant.
Cet ensemble génère mécaniquement une économie de dépenses de santé et de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

[64] Voir *infra* partie 3.

[65] Alors que la décennie 2020-2030 est marquée par l'augmentation de 50% de la tranche d'âge des 75-85 ans, c'est logiquement la tranche d'âge des plus de 85 ans qui augmentera très fortement dans la décennie suivante.

[66] Entre 80 et 89 ans, 17 % de la population perçoit l'APA (20 % parmi les femmes et 12 % parmi les hommes). À partir de 90 ans, la moitié de la population en bénéficie (56 % des femmes et 36 % des hommes). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2015%20-%20L%E2%80%99allocation%20personnalis%C3%A9e%20d%E2%80%99autonomie%20%28APA%29.pdf.

Graphique 5 I Impact du vieillissement

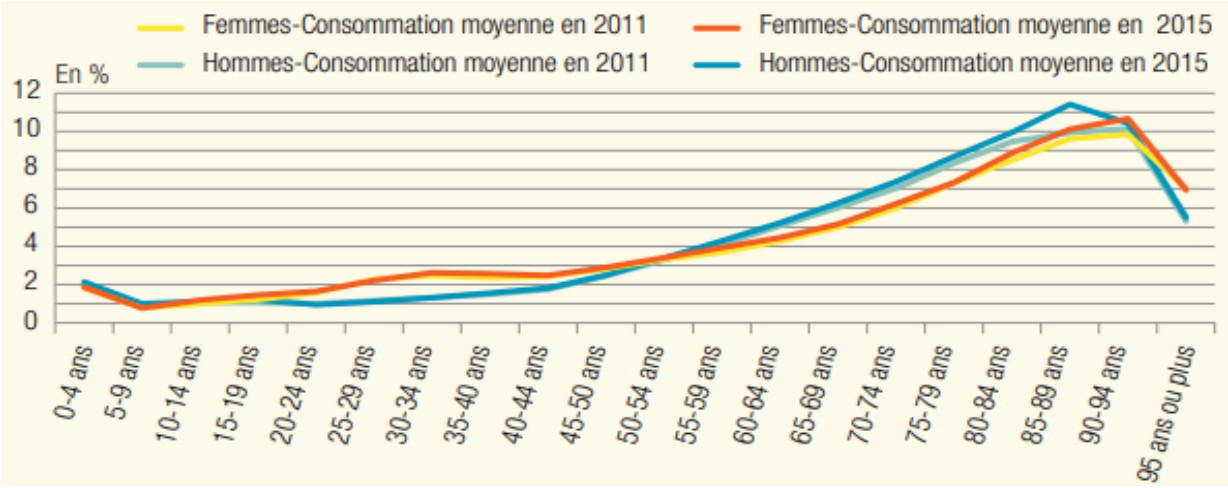


Le graphique repose sur des hypothèses démographiques en cours de révision, notamment s'agissant du scénario central.
Note : (1) début de l'arrivée des générations creuses 1915-1919 ; (2) début de l'arrivée des générations du *baby-boom* ; (3) fin de l'arrivée des générations du *baby-boom* ; (4) sortie des générations du *baby-boom*. L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge d'une année donnée. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une génération fictive de femmes qui connaîtrait, tout au long de leur vie féconde, les taux de fécondité par âge observés cette année-là. Les projections sont établies sous deux hypothèses : un scénario central de fécondité, avec 1,8 enfant/femme ; une hypothèse basse de fécondité, avec 1,6 enfant/femme à partir de 2030.
Sources et champ : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil de 1920 à 2020 ; Insee, scénario central des projections de population à partir de 2021 (avant réactualisation des données). France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014.

L'accroissement du volume de population âgée se conjugue au fait que les dépenses par tête augmentent avec l'âge[67]. Ainsi, selon une étude réalisée par la DREES en 2017[68], la dépense de santé[69] avait progressé de 8,9 % entre 2011 et 2015[70]. Plus de la moitié de cette croissance s'explique par des facteurs démographiques : l'accroissement de la population pour un quart, et son vieillissement pour un autre quart. Le reste de la croissance tenait à l'ensemble des autres facteurs influant sur la dépense de santé : modifications de comportement des assurés et des professionnels de santé, avancées techniques et innovations, évolution de la réglementation, etc.

[67] Voir Rapport Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis, HCFiPS, 2022.
[68] Grangier J., Mikou M., Roussel R., Solard J., 2017, *Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015*, *Études et résultats*, n° 1025.
[69] Tous financeurs confondus, telle que retracée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).
[70] Sur cette période, la part de la population de 60 à 79 ans est en effet passée de 17,7 % en 2011 à 18,7 % en 2015, et celle des personnes de 80 ans ou plus de 5,4 % à 5,8 %.

Graphique 6 I Consommation moyenne de dépense de santé par âge et sexe entre 2011 et 2015[71]

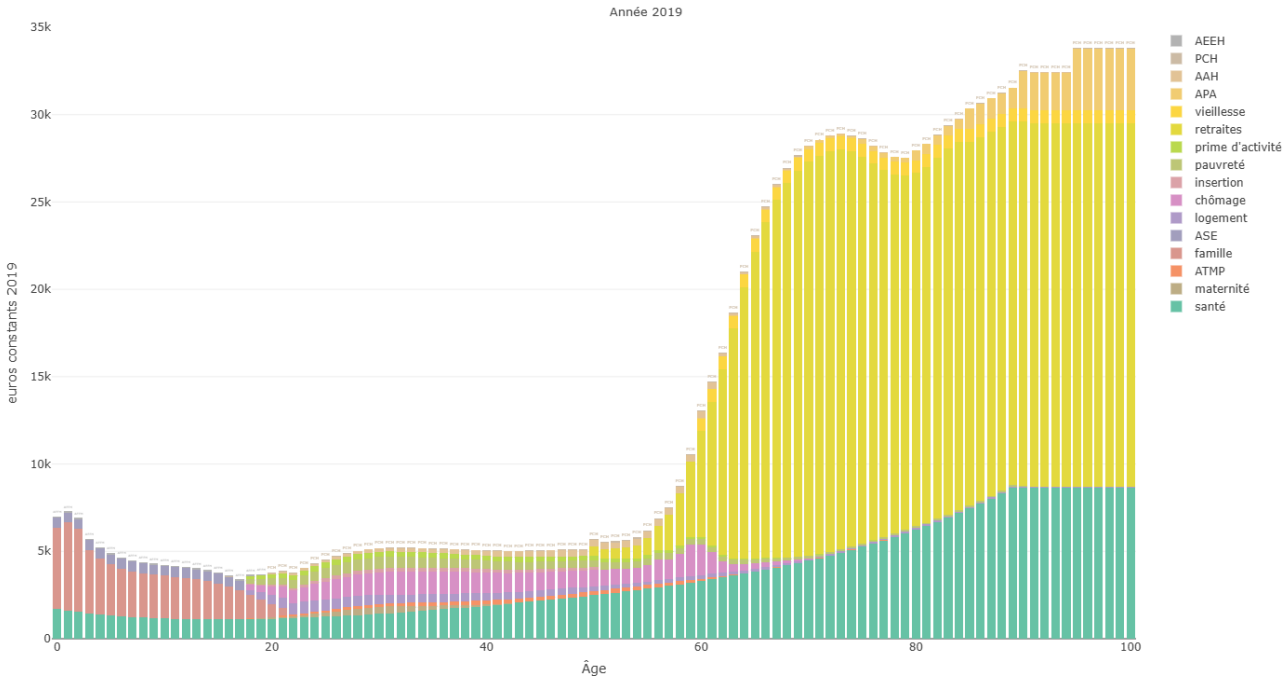


Lecture : en 2011, la dépense moyenne des hommes de 35 à 40 ans est 1,5 fois supérieure à celle des hommes de 20 à 24 ans.
Source : CNAMTS, EGB, Drees, comptes de la santé.

Un travail de France Stratégie permet de visualiser l'impact de l'âge notamment sur les dépenses par tête dans l'ensemble des branches.

[71] Juliette Grangier J., Myriam Mikou M, Romain Roussel R., Julie Solard J., 2017, Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015, *Études et résultats*, n° 1025, Drees.

Graphique 7 I Consommation moyenne de dépense de santé par âge et sexe entre 2011 et 2015[72]



Source : Comptes de transferts nationaux.

L'ensemble de ces constats amène à souligner que la trajectoire d'équilibre des comptes sociaux doit comprendre une stratégie anticipatrice du vieillissement de la population française.

B. Les mesures associées à la trajectoire d'équilibre doivent viser à limiter l'accélération spontanée des dépenses liées au vieillissement

C'est en ce sens que le Conseil de l'âge[73] souligne la nécessité de revoir le cadre d'intervention auprès des personnes âgées : « *la progression attendue des dépenses d'autonomie – liée à l'impact du vieillissement et au rattrapage "quantitatif" d'une aide insuffisante actuellement – impose de repenser le cadre actuel d'accompagnement des personnes âgées, toujours très "compensatoire". La plupart des pays s'oriente vers une approche "finaliste et globale" qui vise à construire une réponse transversale coordonnée, avec une attention particulière à la prévention et à la vie sociale. Le Conseil recommande de prévoir un droit opposable à une évaluation multidimensionnelle, comportant une visite à domicile, recensant l'ensemble des besoins et des adaptations nécessaires (au-delà du seul périmètre de l'APA), permettant de sécuriser les accompagnements et de prévenir les risques associés à l'aidance* ».

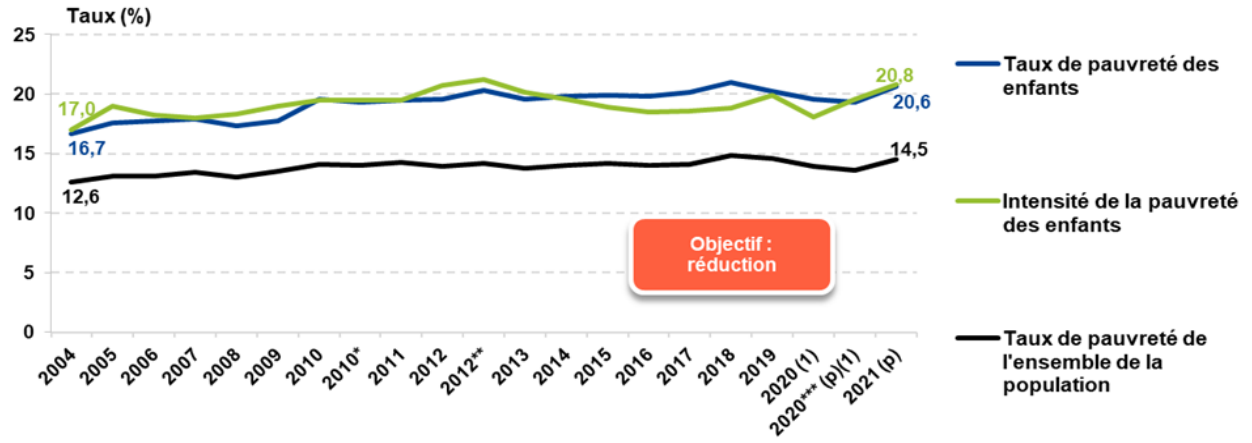
[72] Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ? | France Stratégie.
[73] Rapport domicile, 2024.

C. La trajectoire de retour à l'équilibre doit préserver les dépenses d'avenir

En 2021, la pauvreté monétaire touche 14,5% de la population française. La pauvreté des enfants est sensiblement supérieure à celle de l'ensemble de la population puisqu'elle atteint 20,6 % de la population (contre 19,8 % en 2014).

Ainsi que le soulignent les REPSS[74], la pauvreté des enfants est liée à certaines caractéristiques socioéconomiques des ménages : en 2021, plus du tiers (36,1 %) des enfants vivant dans une famille monoparentale étaient en situation de pauvreté[75]. Près d'un tiers des enfants dont au moins l'un des deux parents était sans emploi et près des trois quarts de ceux dont les deux parents étaient sans emploi vivaient dans un ménage dont le niveau de vie était inférieur au seuil de pauvreté[76].

Graphique 8 I Part des enfants de moins de 18 ans vivant dans des familles dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté (60 % du niveau de vie médian) et intensité de la pauvreté des enfants



Lecture : Depuis 2004, le taux de pauvreté monétaire des enfants tend à augmenter plus fortement que celui de l'ensemble de la population.
Source : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétropolées 2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2021. *In* Rapports d'Évaluation des Politiques de Sécurité Sociale (REPSS), Famille.

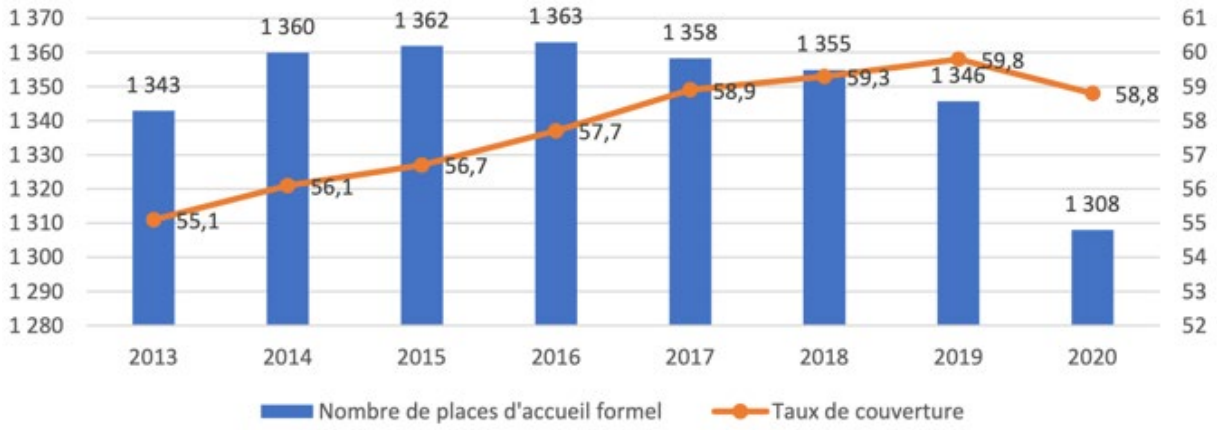
Dans le cadre de la contribution du HCFEA à la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté lancée par le Président de la République en septembre 2018, le Conseil de la famille soulignait[77] qu'« *il est impératif qu'une politique dynamique et volontariste de lutte contre la pauvreté soit engagée, qui devrait se fixer pour ambition l'éradication de la pauvreté*

[74] https://evaluation.securite-sociale.fr/home/famille/22-reduire-via-les-impots-et-p-1.html.
[75] Soit 15,5 points de plus que celui de l'ensemble des enfants.
[76] La séparation parentale se traduit par une baisse de niveau de vie marquée et durable pour les enfants concernés : 19 % en moyenne l'année de la rupture et toujours 12 % cinq ans après, France Stratégie, 2024.
[77] Rapport de 2018.

des enfants ». Il soulignait « *l'importance des phénomènes de reproduction sociale en la matière : l'enfant d'une famille pauvre a beaucoup plus de risques de se retrouver lui aussi dans une position disqualifiée socialement lorsqu'il atteint l'âge adulte, parce qu'il ne dispose pas des ressources économiques, sociales, ou relationnelles nécessaires ; lutter contre les conséquences de la pauvreté pour les enfants, en termes de risque accru d'exclusion sociale, est donc particulièrement important* ». Il constatait que « *notre système de redistribution, notamment les prestations familiales et sociales, jouent* (…) *un rôle important en matière de lutte contre la pauvreté. Mais elles restent certainement à améliorer en ce qui concerne les familles monoparentales et les familles nombreuses, même si le problème de fond reste celui de l'insuffisance des revenus primaires, notamment ceux issus du travail* ».

Les politiques sociales ont évidemment un rôle pour prévenir ces situations, notamment pour permettre aux femmes d'avoir le taux d'activité le plus élevé possible[78]. Or, ainsi que le souligne le Conseil de la Famille, un enfant sur cinq de moins de trois ans est gardé par ses parents, faute pour ces derniers d'avoir trouvé un mode d'accueil formel[79] et le nombre de places d'accueil formel a baissé par rapport à 2017[80].

Graphique 9 ▌Nombre de places d'accueil formel (en milliers) et taux de couverture des enfants de moins de 3 ans par des modes d'accueil formel (en %) de 2013 à 2020[81]



Champ : France hors Mayotte.
Source : Onape, rapports 2014 à 2022.

Le Conseil de l'enfance dans ses rapports annuels sur la mise en œuvre par la France de ses engagements internationaux en matière de droits de l'enfant[82] souligne à cet égard les

[78] Les écarts de taux d'activité entre femmes et hommes sont les plus prononcés entre 25 et 49 ans (9,4 points en 2020) et le taux de temps partiel des femmes est 3 fois plus élevé que celui des hommes (27% contre 8%) Insee, 2022.
[79] Enquête mode de garde 2021.
[80] Rapport du HCFEA « Accueil des enfants de moins de 3 ans : Relancer la dynamique », 2023.
[81] *Idem*.
[82] La France devant le Comité des droits de l'enfant des Nations unies, 2009-2023. Quinze ans de mobilisation vers une prise de conscience institutionnelle, Rapport du HCFEA, Conseil enfance, 2023.

devoirs de la France en matière de réduction de la pauvreté des enfants[83], et les engagements pris par la France, notamment celui de mettre en place un service public de la petite enfance d'ici 2030.

Dans la continuité de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, la France s'est engagée au respect de la mise en œuvre de la Garantie européenne pour l'enfance 2022-2030, dont l'objectif est de faire en sorte que tout enfant menacé de pauvreté ou d'exclusion sociale en Europe ait accès aux droits les plus fondamentaux que sont les soins de santé et l'éducation[84]. Le Pacte des solidarités 2023-2027 est entré en vigueur en 2024, avec comme constat : « *Si le modèle social français fait partie des plus robustes et redistributifs au monde, trois fragilités persistent : la forte reproduction de la pauvreté entre générations, la difficulté à sortir de la pauvreté rapidement, notamment en retrouvant un emploi et le non-recours persistant aux droits*[85] ».

D. La stratégie de retour à l'équilibre doit permettre l'innovation

L'innovation est l'un des facteurs d'amélioration de l'état de santé de la population, mais aussi d'efficience de la dépense. Par essence multidimensionnelle (elle peut concerner les produits de santé, l'organisation etc…), elle doit être soutenue.

Principe n° 4 : La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner de nouvelles règles de gouvernance

A. Une trajectoire d'équilibre ne peut être conçue que dans la durée : cela implique que le pilotage de cette trajectoire puisse s'inscrire dans un horizon pluriannuel

Gérer la sécurité sociale à l'équilibre ne signifie pas que la sécurité sociale doive être à l'équilibre chaque année. La sécurité sociale est dépendante de la conjoncture économique en raison tant de la nature des recettes (essentiellement assises sur les revenus d'activité), que de la nature de certaines de ses dépenses (en particulier les dépenses d'assurance chômage – ici hors champ de l'analyse, mais aussi le soutien aux familles pauvres qui

[83] CIDE art. 27, 18 et 26, European Child Guarantee.

[84] L'objectif de la garantie européenne pour l'enfance est de prévenir et de combattre l'exclusion sociale en garantissant l'accès effectif des enfants dans le besoin à un ensemble de services essentiels : des structures d'éducation et d'accueil des jeunes enfants gratuites ; une scolarisation gratuite (y compris des activités périscolaires et au moins un repas sain chaque jour d'école); des soins de santé gratuits; une alimentation saine; un logement adéquat. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/addressing-poverty-and-supporting-social-inclusion/investing-children/european-child-guarantee_fr.

[85] Rapport national de mise en œuvre de la garantie européenne pour l'enfance, 2022-2023.

augmente avec le chômage ou plus marginalement, certaines prestations comme les prestations d'accidents du travail). En phase de ralentissement économique, elle joue en outre un rôle de stabilisateur automatique, qu'il convient de maintenir. La gestion financière de la sécurité sociale doit donc autoriser des déficits conjoncturels. En revanche, elle doit garantir un équilibre pluriannuel, en intégrant dans son pilotage, lorsque la situation économique devient plus favorable, des mesures correctrices, en recettes ou en dépenses, lissées dans le temps.

Encadré 2 ▌L'équilibre doit être appréhendé de manière pluriannuelle, notamment pour prendre en compte les impacts de la conjoncture économique – les propositions du HCFiPS[86]

Développée dans le rapport du HCFiPS de 2019 sur les lois de financement de la sécurité sociale, la question de l'équilibre pluriannuel des comptes sociaux avait conduit à la formulation des trois recommandations suivantes :

- envisager une disposition organique prévoyant le vote d'une trajectoire financière équilibrée à terme ;
- prévoir une clause de non-application en cas de situation conjoncturelle très dégradée, avec justification par le Gouvernement des raisons conduisant à la non-application de la règle et précisions sur l'échéance prévue de retour à l'équilibre ;
- envisager un mécanisme d'amortissement de la dette résiduelle accumulée.

S'il ne fait pas de doute que la trajectoire d'équilibre ne peut être conçue que dans la durée, la question du pilotage pluriannuel de cette trajectoire de retour est politiquement et juridiquement complexe. Politiquement, car elle implique potentiellement plusieurs législatures. Juridiquement, parce que les lois de financement de la sécurité sociale, qui sont l'outil juridique du pilotage des comptes sociaux -et qui doivent le demeurer- ont un horizon essentiellement annuel.

L'annualité des lois de financement[87] découle directement de la Constitution et de la loi organique[88]. Ainsi que le précise le Conseil constitutionnel[89], ce principe répond « *au double*

[86] Les lois de financement de la sécurité sociale, bilan et perspectives, HCFiPS, 2019, recommandation n° 23.
[87] Comme celle des lois de finances.
[88] Aux termes de l'article 34 de la Constitution, les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. Aux termes de l'article LO 111.3 du code de la sécurité sociale : Ont le caractère de loi de financement de la sécurité sociale : 1°La loi de financement de la sécurité sociale de l'année ; 2°La loi de financement rectificative de la sécurité sociale ; 3°La loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale. Aux termes de l'article LO 111-3-1, la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend un article liminaire et trois parties : 1°Une première partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ; 2°Une deuxième partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ; 3°Une troisième partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.
[89] Conseil constitutionnel, décision n° 2012-653 DC, 9 août 2012, cons. 19 à 21.

impératif d'assurer la clarté des comptes de l'État et de permettre un contrôle efficace par le Parlement ».

Conséquence de ce principe, les éléments de pluriannualité contenus dans les lois de financement de la sécurité ne peuvent pas être juridiquement contraignants. Ils sont en outre de faible portée stratégique : « *Force est de constater que la mise en œuvre de ces outils est très décevante. Souvent de nature purement financière, ils ne permettent pas de se doter d'une vision stratégique de nature à mettre en perspective les objectifs et les moyens* »[90].

Encadré 3 I Recensement des éléments de pluriannualité figurant dans les LFSS

Dispositions figurant dans la LFSS :

- Depuis la révision, en 2005, de la loi organique relative aux lois de financement, un rapport doit décrire, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses ainsi que l'Ondam (horizon 2028 dans la LFSS 2025 - article LO111-4 du code de la sécurité sociale) ; ce rapport est approuvé (article LO 111-3-4 CSS).
- Depuis 2022, l'annexe comprend un compteur des écarts entre les prévisions de dépenses de la LFSS et les éléments dans la LPFP.
- Peuvent figurer en LFSS des dispositions ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes applicables : a) À l'année ; b) À l'année et aux années ultérieures ; c) Aux années ultérieures, à la condition que ces dispositions présentent un caractère permanent.

Dispositions figurant en annexe :

- Avec la modification organique de 2009, le PLFSS doit présenter une annexe relative aux évaluations préalables des dispositions soumises au vote, évaluations qui portent non seulement sur l'année à venir, mais également sur l'horizon pluriannuel (jusqu'en 2028 dans la LFSS 2025).
- S'agissant du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale de la branche vieillesse, il est précisé qu'il analyse l'évolution de la soutenabilité financière de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires, en précisant les hypothèses de prévision et les déterminants de l'évolution à long terme des dépenses, des recettes et du solde.
- L'annexe 2 du PLFSS décrit, pour les années à venir, les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont les organismes des régimes obligatoires de base disposent pour les atteindre.

B. Le pilotage pluriannuel doit reposer sur une cohérence réelle entre action publique et objectifs des finances publiques

« *L'objet principal de la pluri annualité consiste à partager des stratégies de moyen ou long terme pertinentes et assumées, non déconnectées des réalités sociales et de leur mise en œuvre opérationnelle* »[91]. En particulier, la trajectoire ne peut être fixée de manière implicite ou non documentée, au détour de la loi de programmation des finances publiques lorsqu'elle fixe les trajectoires à horizon de moyen terme (2027, aujourd'hui) ou de la trajectoire budgétaire transmise aux autorités européennes (2029). S'agissant de la trajectoire budgétaire transmise aux autorités européennes, son insuffisante

[90] Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis, HCFiPS, 2022.
[91] *Ibid*.

documentation a été dernièrement soulignée par le Haut Conseil des Finances Publiques, dans le cadre de l'examen du rapport d'avancement annuel d'avril 2025[92] : « *Au-delà de 2025, le scénario de finances publiques n'est pas détaillé et ne se prête pas à une réelle appréciation au-delà de commentaires généraux. Selon la présentation communiquée par les administrations, le déficit serait réduit à 4,6 points de PIB en 2026 puis continuerait à baisser jusqu'à moins de 3 % en 2029.* (…) *Les mesures nécessaires à l'atteinte de ces objectifs restent entièrement à préciser et à crédibiliser* »[93].

[92] Pour les années 2025-2029 : dans le cadre de la nouvelle gouvernance européenne adoptée en avril 2024, les États membres soumettent à la Commission européenne avant le 30 avril un rapport d'avancement annuel (RAA) de leur plan budgétaire et structurel à moyen terme (PSMT), qui vise à placer la dette publique sur une trajectoire soutenable.

[93] Le rapport d'avancement annuel 2025 communiqué à Bruxelles en avril 2025 se contente de dire : « *Un plan d'action pour améliorer le pilotage des finances publiques a été présenté le 3 mars 2025 pour renforcer nos capacités de suivi et d'anticipation. Il s'agit à présent de consolider et poursuivre cet effort, avec plus de 100 Md€ supplémentaires afin de réduire le déficit public en dessous de 3 % à l'horizon 2029. Cet effort ne pourra pas être seulement supporté par l'État et ses opérateurs, qui représentent moins de 40 % de la dépense publique, et devra voir une contribution significative des sphères sociale et locale (…) Afin d'accroître l'efficacité de la dépense publique, le Gouvernement entend poursuivre une démarche rénovée et ambitieuse de revue des dépenses. L'exercice annuel d'évaluation et de revue de dépenses est transformé en exercice permanent et roulant. Assis sur un portage au niveau du Premier ministre, les revues de dépenses permettront chaque année d'identifier des pistes d'économies avec un objectif à l'horizon 2027 fixé à au moins 8 Md€ d'économies cumulées, couvrant le champ de la baisse de la dépense publique et celui de la rationalisation des dépenses fiscales et sociales* ».
S'agissant plus particulièrement de la santé, il fournit les éléments suivants : « *Engager des actions qui permettent d'optimiser son fonctionnement, d'assurer une responsabilisation du patient et du système de soins, est primordial pour garantir la pérennité du système de santé et maintenir une qualité des soins apportés aux citoyens élevée. Dans la continuité du plan Ségur de la santé, des investissements et réformes seront réalisés afin d'améliorer l'efficacité et l'accessibilité du système de santé. Il s'agira, par exemple, de lutter contre les déserts médicaux et la pénurie de soignants et permettre à tous les patients, vivant en zone urbaine ou rurale, de pouvoir être rapidement pris en charge par des professionnels de santé. Il s'agira également de renforcer la pertinence des soins et des prescriptions en s'appuyant notamment sur des outils offerts par l'intelligence artificielle. Il s'agira enfin d'accentuer le système de prévention avec notamment la publication d'indicateurs territoriaux autour des patients en affection de longue durée sans médecin traitant. Enfin, dans un contexte de vieillissement démographique, la rénovation des établissements médico-sociaux, en particulier des établissements d'accueil pour les personnes âgées dépendantes, améliorera la capacité d'accueil et les conditions de prise en charge* ».

Encadré 4 ▌L'Ondam dans la loi de programmation des finances publiques[94] : des objectifs peu documentés

Aux termes de l'article 18 de la LPFP, « *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peut, à périmètre constant, conformément à la méthodologie décrite dans le rapport annexé à la présente loi, excéder les montants suivants, exprimés en milliards d'euros courants* ».

2023	2024	2025	2026	2027
247,6	254,0	262,5	270,1	278,0

Ces montants sont déclinés en sous-objectifs (soins de ville, établissements de santé, établissements et services pour personnes âgées, établissements et services pour personnes handicapées, Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement, autres prises en charge.

La justification des montants est portée par le rapport annexé à la LPFP, mais les termes y sont très généraux : « *les administrations de sécurité sociale, qui représentent plus de la moitié de la dépense publique, participeront également à la maîtrise de l'évolution des dépenses. Cette participation sera rendue possible grâce (…), à la poursuite de la transformation du système de santé, engagée avec le « Ségur de la santé », ainsi qu'au développement de la politique de prévention. (…) A partir de 2024, la progression des dépenses sous Ondam deviendrait plus modérée et intégrerait des mesures d'économies : l'Ondam évoluerait de 3,2 % en 2024, de 3,0 % en 2025 puis de 2,9 % en 2026 et 2027. Cette modération sera permise notamment par la maîtrise de certaines typologies de dépenses de soins de ville et de produits de santé ainsi que par le développement de la politique de prévention. Renforcer la prévention constitue en effet un levier d'efficience de la dépense et d'amélioration de l'état de santé de la population* ».

C. Le cadre de la stratégie de retour à l'équilibre doit être pleinement assumé, partagé et suivi

Pour être crédibles et tenus, les principes qui régissent le retour à l'équilibre doivent être clairs et lisibles.

Un temps doit impérativement être dédié à ce sujet au printemps pour préparer les échéances budgétaires de l'automne : les conditions de l'examen du PLFSS, selon une procédure d'urgence, rendent en effet difficile une analyse en profondeur et une mise en perspective de moyen/long terme au dernier trimestre de l'année.

Ce temps dédié doit notamment permettre des échanges approfondis au niveau du Parlement, comme l'avaient suggéré tant le HCFiPS que le Hcaam dans différents rapports, mais aussi avec les partenaires sociaux et les organisations représentatives concernées.

La dernière réforme organique des lois de financement a permis que les caisses saisies dans le cadre de la loi de financement disposent dorénavant d'un délai plus long afin de pouvoir se prononcer sur le texte.

[94] Loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

Ce nouveau cadre doit être l'occasion que ces consultations puissent être les plus constructives possibles dans la discussion parlementaire et que les avis rendus puissent nourrir des échanges utiles à l'élaboration de la loi.

Encadré 5 ▌Renforcer le printemps de l'évaluation : les préconisations du HCFiPS et du Hcaam[95]

Recommandation n° 9 du rapport HCFiPS sur les lois de financement de la sécurité sociale, Bilan et perspectives, 2019

« *Dédier, au printemps, un temps parlementaire à l'évaluation des politiques de sécurité sociale. Ce temps, dans la logique des printemps de l'évaluation, permettrait une meilleure appropriation des enjeux, en s'appuyant notamment sur un certain nombre de documents dont la publication serait anticipée et par le biais d'auditions éventuelles des présidents et vice-présidents des organismes de sécurité sociale.* (…) »

Proposition n° 11 de l'avis du Hcaam sur la régulation du système de santé, 2021

« *Il convient notamment de donner une plus grande envergure au printemps de l'évaluation que l'Assemblée nationale a amorcé ces dernières années. Le débat sur la réalisation de la stratégie précèderait ainsi celui sur les financements et les éventuelles mesures de régulation associées (en cohérence avec les objectifs et la trajectoire financière pluriannuelle), qui aurait toujours lieu, pour ce qui concerne l'Ondam, au 2e semestre lors de la discussion du PLFSS. Ces débats du 1er et 2e semestre devraient s'appuyer sur des évaluations des résultats obtenus (avec des indicateurs relatifs à des objectifs) et notamment un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des mesures de la précédente LFSS, ainsi que des négociations conventionnelles ; ils se traduiraient par l'expression d'avis motivés sur la mise en œuvre de la stratégie. Afin d'alimenter ces travaux, tant sur la stratégie que sur le financement, les rapports Charges et produits votés par les conseils de la CNAM et de la MSA pourraient être publiés dès la mi-mai. Les travaux des missions parlementaires de contrôle et d'information seraient aussi mobilisés.* »

Avec l'instauration des lois d'approbation des comptes sociaux, le Parlement est désormais « tenu » de consacrer un temps aux finances sociales au mois de juin de chaque année. Le HCFiPS avait émis des réserves sur la mise en place d'une telle loi, calquée sur la loi de règlement du budget de l'État, sans que le parallèle ne fasse réellement sens, puisque les comptes de la sécurité sociale sont arrêtés selon un processus qui leur est propre et qui ne nécessite aucune intervention du Parlement. De fait, il craignait que la loi d'approbation des comptes sociaux ne renforce les débats techniques aux dépens des débats stratégiques, allant ainsi à l'opposé de l'objectif recherché[96]. Force est de constater que, depuis la mise en œuvre de la LACSS, le débat stratégique n'a pu être approfondi.

Or, suite à la création de cette loi, le Parlement, mais aussi, l'ensemble des acteurs intéressés au sujet, disposent désormais de nombreux documents, ce dès le mois de juin, avec notamment la mise à disposition de l'ensemble des rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), d'une présentation des mesures de réduction et d'exonération de

[95] Loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

[96] HCFiPS - 2021 - Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée Nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale.pdf.

cotisations et contributions ainsi que de leur compensation (annexe 2), d'une annexe consacrée à l'Ondam et aux dépenses de santé (annexe 3), d'une annexe consacrée à la gestion de la sécurité sociale (annexe 5) et d'annexes sur les comptes. À cette même échéance, la Commission des comptes de la sécurité sociale offre une vision très détaillée des comptes de l'exercice clos et une nouvelle prévision sur l'exercice en cours.

L'enjeu est sans doute aujourd'hui de voir comment faire un bon usage de cette documentation fournie et étayée, pour qu'elle serve réellement à une prise de décision éclairée, et sans qu'elle ne conduise à se perdre collectivement dans un trop grand nombre d'informations : faut-il introduire le suivi prioritaire et récurrent d'un certain nombre d'indicateurs ou de chiffres clé ? faut-il prévoir une revue annuelle approfondie de telle ou telle branche, en programmant sur la durée la revue de l'ensemble des branches de la sécurité sociale ? Il semble indispensable qu'une réflexion soit engagée sur le sujet avec l'ensemble des acteurs.

D. Le cadre de la stratégie de retour à l'équilibre doit être outillé financièrement

Un outillage financier adapté doit impérativement accompagner le retour à l'équilibre. Ce dernier doit être pensé en deux phases : une fois l'équilibre atteint d'une part, pendant la phase de retour à l'équilibre d'autre part.

1. Une fois l'équilibre atteint

Il peut sembler irréel d'envisager ce point dès maintenant, alors que l'horizon du retour à l'équilibre n'est pas connu et que la trajectoire est loin d'être fixée.

Or, l'expérience de la sortie de la crise de 2010 montre, au contraire, que le retour à l'équilibre doit être anticipé et que l'usage d'éventuels excédents doit être prévu très en amont. Faute d'une telle anticipation, c'est en effet un choix mettant à mal toute capacité de la sécurité sociale à s'équilibrer sur le moyen terme qui a été effectué alors que l'équilibre des comptes sociaux était envisageable : le budget de l'État continuant d'enregistrer des déficits significatifs, il avait été décidé que les nouvelles pertes de recettes de la sécurité sociale ne donneraient plus lieu par principe à une compensation systématique, ceci dans une logique de « solidarité » entre les budgets de la sécurité sociale et de l'État[97].

Pour outiller financièrement la sécurité sociale une fois l'équilibre atteint, il convient, ainsi que cela a été évoqué au titre du principe n° 1, de raisonner de manière pluri annuelle afin de prendre en compte les sursauts conjoncturels auxquels la sécurité sociale est confrontée. C'est en ce sens que le HCFiPS[98] a suggéré, dès 2019, la mise en place d'un fonds de lissage

[97] Dans la suite du rapport de Christian Charpy et Julien Dubertret sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, 2018. Ce principe est mis en application dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avec un certain nombre de mesures non compensées, à l'instar des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires. Voir https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b1297_etude-impact.pdf.

[98] Rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale, HCFiPS, 2019.

conjoncturel, abondé par les excédents en haut de cycle économique et finançant les déficits en bas de cycle. Le rapport de 2022 du HCFiPS a conforté cette idée, quand bien même ce fonds de lissage ne pourrait être utilisé dans un horizon court, ce pour structurer les mécanismes de gestion financière de moyen /long terme.

2. Jusqu'à atteinte de l'équilibre

Il s'agit ici d'éviter une dérive des comptes par rapport à la trajectoire de retour à l'équilibre fixée. Cette dérive peut découler soit de déséquilibres en gestion, soit de mesures nouvelles non financées.

En gestion et pour renforcer la régulation pluriannuelle des dépenses, des systèmes de provision pourraient être mis en place. C'est ce que le Hcaam avait préconisé dans son rapport de 2021 pour le pilotage de l'Ondam.

Encadré 6 I Instaurer une provision prudentielle pluriannuelle transversale à tous les secteurs[99]

La trajectoire financière votée serait constituée, sur une période quinquennale par exemple, des montants annuels plus un montant de provision non affectée. Cette provision constituerait une autorisation de dépassement temporaire par rapport à la trajectoire définie par les niveaux d'Ondam, dont l'utilisation déclencherait des mesures correctives. Il s'agit de réduire la régulation infra-annuelle mais de renforcer en contrepartie la régulation pluriannuelle des dépenses. L'objectif de cette provision est de répondre aux aléas d'ampleur habituelle (et non à une crise exceptionnelle comme la Covid) : chocs et évolutions épidémiologiques, d'innovation… non anticipables ou mal anticipés. Son bon fonctionnement suppose de se doter d'outils prospectifs pour améliorer les anticipations et de fixer des niveaux d'Ondam compatibles avec les objectifs de santé, économiques et organisationnels.

« *Les grands principes de fonctionnement de cette provision, dont les règles de fonctionnement seront précisées ultérieurement, seraient :*

- *pas de reprise automatique d'un dépassement observé une année donnée ;*
- *une utilisation d'une partie de la provision peut ne pas s'accompagner de mesures correctrices si existe une justification épidémiologique ;*
- *dans les autres cas, des mesures de régulation sectorielles sont à prendre pour éviter que le dépassement ne se reproduise les années suivantes, au regard des évolutions constatées par poste ;*
- *pas de "droit" à utiliser toute la provision ; la part de provision non dépensée à l'issue des 5 ans pourra être mobilisée pour reconstituer une provision pour la période pluriannuelle suivante* ».

Structurellement et pour ne pas créer de nouvelles dérives, il est indispensable de poser les principes sur les conditions dans lesquelles des mesures nouvelles en dépenses peuvent être prises. En effet, les mesures nouvelles en dépenses, aussi légitimes soient elles, s'ajoutent aux dérives spontanées liées à la démographie et rendent le pilotage particulièrement difficile en cas de déficit important. Formulé positivement, toute mesure nouvelle devrait être financée par des économies ou des ressources équivalentes, cette équivalence étant vérifiée par exemple par la Cour des comptes ; cette règle s'appliquerait naturellement dans des conditions particulières dans le champ de l'Ondam, puisque, par nature, dès lors que

[99] Proposition n° 12 de l'avis du Hcaam sur la régulation du système de santé, 2021.

l'Ondam est calibré, les mesures qui y figurent doivent être considérées comme financées ; mais au-delà de ce particularisme, il y aurait lieu de considérer que le principe s'applique de manière inconditionnelle dans les situations de déficit aggravé, justifiant une vigilance particulière.

En outre, le rôle du Parlement pourrait être renforcé en termes d'évaluation et de contrôle. Ce renforcement du rôle du Parlement renvoie au point précédent.

Il est à noter que l'outillage financier doit être compatible avec le principe du pilotage par les soldes des différentes branches de la sécurité sociale. Ce pilotage par branche doit tenir compte de la situation globale des finances sociales : *« Le pilotage par les soldes, en permettant de visualiser la situation financière de chaque branche, crée une capacité d'arbitrage pour le Parlement, compte tenu des objectifs stratégiques associés à chacun des risques et au sein de chacun des risques : cette faculté doit s'exercer au sein de chaque branche, mais aussi entre branches, ce à la fois en dépenses et en recettes, et ouvrir la possibilité à des réaffectations de ressources qui doivent être explicites et partagées entre les acteurs de la protection sociale »*[100] et faire sens au regard des objectifs de la branche.

E. Les nouvelles règles de gouvernance doivent respecter les principes posés en 1994 régissant les relations financières entre l'État et la sécurité sociale

En prévoyant la compensation par l'État à la sécurité sociale des mesures d'allégement ou d'exonération de cotisations sociales, la loi « Veil » repose sur un principe de responsabilité : chaque financeur porte financièrement les politiques dont il a la charge : l'État finance les politiques en faveur de l'emploi dès lors qu'elles ont un impact sur la sécurité sociale. La sécurité sociale porte l'intégralité de ses politiques. Ces principes doivent perdurer[101].

Principe n° 5 : Le plan de redressement d'ensemble doit rechercher à concilier des mesures de rendement de court terme et une stratégie de moyen terme

Des mesures d'économies ou de recettes avec un impact de court terme sont nécessaires pour stopper la dérive des comptes : faute de stopper cette dérive, le déficit ne peut que continuer à s'accroître en raison notamment de l'effet « base ». Plus les mesures sont prises tôt, plus leur impact est favorable sur le solde : ainsi, une même économie de 5 Md€ de dépenses réalisée en 2024 plutôt qu'en 2025 a un impact sur le solde de 150M€ dès 2025 - qui s'ajoute aux 5 Md€ d'économie[102].

[100] Pour des finances sociales soutenables, HCFiPS, 2022.
[101] *Idem*.
[102] Élément calibré sur l'ensemble de la dépense.

Tableau 2 **I** Quelques exemples de rendement

1 point d'Ondam	2,7 Md€
1 point de revalorisation toutes branches	3,4 Md€
dont branches familles	*0,3 Md€*
dont retraite	*3,1 Md€*
1 points de cotisation	10,5 Md€
1 point de CSG	18 Md€

Note : Les valeurs de point de cotisation représentent le rendement théorique d'une augmentation d'un point du taux de cotisation. Elles prennent en compte l'hypothèse d'une compensation intégrale de la hausse des exonérations compensées induites par la hausse de taux (y compris des allègements généraux sur les bas salaires).
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Ces mesures de court terme doivent être cohérentes et combinées avec des mesures de plus long terme, assises sur des leviers d'action qui infléchissent réellement ou à tout le moins modèrent les tendances spontanées. Cet élément, fondamental, a sans doute été insuffisamment porté dans les années récentes.

Les leviers d'action de moyen terme relèvent, pour l'essentiel, de mesures de prévention des risques sociaux et sanitaires et de mesures portant sur l'efficience des organisations qui assurent les services solvabilisés par la sécurité sociale (santé, enfance…). La crédibilité de ces leviers d'action est essentielle pour assurer un redressement à moyen terme et mettre en œuvre un plan progressif.

Comment mettre en œuvre cette double temporalité en matière de dépenses ? De manière schématique, on peut agir sur le périmètre couvert (pertinence des prestations), sur les paramètres du système (conditions d'éligibilité, niveau des prestations) et sur l'efficience (rapport coût/efficacité). Les mesures de court terme porteront plutôt sur le périmètre ou le niveau des prestations, alors que les mesures de moyen long/terme portent plutôt sur l'efficience.

L'expérience du passé montre par ailleurs la nécessité de mesures de recettes qui doivent être choisies à raison de leur caractère équitable. Ce point sera développé dans la partie du rapport consacrée aux recettes.

Principe n° 6 : Des mesures de prévention doivent être mobilisées dans le cadre de la stratégie de moyen terme

La nécessité de déployer des mesures de prévention est portée par l'ensemble des Hauts Conseils.

Après avoir adopté un avis en 2017 incitant à « *refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé* », le Hcaam a approfondi cette thématique, en 2018, avec un nouvel avis consacré à la prévention dans le système de soins, en s'intéressant aux questions

d'organisation, de territoires et de financement. À partir de l'exemple de l'obésité, l'avis concluait : « *les recommandations sont connues, les obstacles sont identifiés, il s'agit de mettre en musique de manière organisée les différents modules constitutifs d'une prise en charge intégrant pleinement la prévention, dans un objectif de qualité et de pertinence des soins* »[103].

Pour sa part, le Conseil de la famille a rappelé que les enjeux d'éducation à l'alimentation peuvent être portés dans le cadre d'une organisation différente de la restauration scolaire : « *La restauration scolaire porte d'abord un enjeu d'accès à une alimentation équilibrée pour les enfants durant la journée d'école. Il s'agit là d'une condition nécessaire de l'apprentissage scolaire. La restauration scolaire participe aussi à la lutte contre la malnutrition des enfants issus de milieux sociaux défavorisés et permet ainsi de réduire les effets délétères de la pauvreté sur le développement de ces enfants*. (…). *À plus long terme, la restauration scolaire est associée à un enjeu éducatif en matière d'alimentation et donc de prévention de risques liés à l'alimentation dans une perspective de santé publique* ».

Les Conseils de la famille et de l'enfance mettent régulièrement l'accent sur le développement d'un service public d'accueil du jeune enfant pour favoriser l'emploi des femmes mais aussi garantir un accueil de qualité à tous les enfants sur le territoire, au titre notamment des politiques de lutte contre la pauvreté des enfants.

Le Conseil de l'enfance dans plusieurs rapports récents sur le bien-être[104] et la santé mentale des enfants[105] et des adolescents a alerté sur l'effet ciseau d'un contexte d'aggravation des troubles mentaux chez les enfants et adolescents, en particulier chez les filles, et de manque d'accessibilité de l'offre pédiatrique globale (pédopsychiatrique, médecine scolaire, rendez-vous en CMP) qui entraine aggravation, chronicisation et retard de soin d'un côté, saturation et délais rallongés de prise en charge de l'autre. Veiller à répondre à ces demandes de soin avant qu'elles ne s'aggravent, et soutenir les accompagnements socio-médico-éducatifs constituent des éléments clé de prévention.

Dans le rapport de 2018 sur la petite enfance[106], le Conseil de l'enfance a également étudié un ensemble de propositions facilitant l'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap, l'expérience montrant une évolution meilleure de leur prise en charge et de leur socialisation ultérieure.

Le Conseil de l'âge, dans son rapport de 2024 « Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile » a souligné qu'« une politique qualitative de l'autonomie à domicile des personnes

---

[103] https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/Hcaam/2018/Avis%20pr%c3 %a9vention%20-%20HCAAM%20-%2025%20octobre%202018.pdf.

[104] La traversée adolescente des années collège, Rapport HCFEA Enfance, 2022.

[105] Quand les enfants vont mal : comment les aider ? Rapport HCFEA Enfance, 2023 ; Avis « Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents », 2024 ; L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale, Rapport HCFEA Enfance, 2025.

[106] Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille, Rapport HCFEA Conseil famille, 2018.

âgées, incluant un volet prévention fort – est un facteur d'efficience de la dépense publique et privée, et peut éviter des coûts et engendrer des économies sur d'autres dépenses sociales, notamment de santé et d'assurance maladie ». Il a noté que « l'accès aux soins de santé doit être mieux assuré et les parcours mieux articulés avec les accompagnements à l'autonomie des personnes âgées à domicile. Deux filières devront faire l'objet d'une mobilisation particulièrement forte, en profitant de la redéfinition en cours des plans associés : l'accompagnement des personnes atteints de maladies neurodégénératives et de leurs aidants, et l'accompagnement des fins de vie à domicile. Le Conseil de l'âge estime que la future stratégie nationale de santé doit faire de la prévention du développement des besoins d'aide à l'autonomie une de ses priorités, dans le cadre d'un plan pour le vieillissement en santé »[107].

La question de la prévention a enfin été largement portée par le HCFiPS dans son rapport de 2025 sur les liens entre systèmes de production et de redistribution, en posant comme principe général la nécessaire promotion, dans toutes les branches de la protection sociale, d'une démarche de prévention des risques, nécessaire à la soutenabilité de leurs interventions et de leurs financements, mais aussi en mettant l'accent sur la prévention en matière de santé au travail, autour de plusieurs recommandations comme « *Renforcer le rôle de la branche AT-MP comme acteur du pilotage du risque, en la requalifiant de branche « prévention et santé au travail »*, « *Penser la prévention du risque professionnel de manière globale (aller au-delà des approches techniques, axées sur l'outillage, en développant des approches globales, prenant en compte les dimensions organisationnelles et managériales)* » ou encore « *Capitaliser sur la démarche mise en place pour les jeux olympiques, notamment pour les grands chantiers, pour placer la prévention au cœur du processus et en tirer les conséquences en termes d'organisation, de management, de formation* ».

Le sujet – qui est également porté par de nombreuses autres instances[108] – fait indéniablement consensus. L'enjeu est de l'opérationnaliser beaucoup plus qu'il ne l'est aujourd'hui, autour de politiques efficientes, dont le déploiement doit être fondé sur les preuves. Les parties thématiques du présent rapport proposeront quelques pistes concrètes en la matière. À titre purement illustratif, on cite ci-dessous quelques pistes de prévention évoquées par la Cour des Comptes dans son rapport sur l'Ondam d'avril 2025 et associées à la fois à des économies et à une amélioration de la santé des patients.

---

[107] https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_i_bien_vivre_et_vieillir_dans_l_autonomie_a_domicile.pdf.

[108] Voir dernièrement, le rapport de la Cour des Comptes sur l'Ondam : « *La prévention en santé vise à améliorer la qualité de vie des patients, qu'il s'agisse de la réduction future du nombre de nouveaux cas, du dépistage de patients ou de la moindre aggravation de leur situation. Elle peut être un levier d'efficience des dépenses de santé en atténuant des dépenses curatives, plus élevées. Les pouvoirs publics se sont récemment attachés à relancer la prévention en santé qui devrait s'inscrire dans une démarche de recherche d'efficience du système de santé L'enjeu est de prendre davantage en compte le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la prévalence des maladies d'origine comportementale ainsi que de mobiliser et coordonner les nombreux acteurs et financements en fonction des besoins des patients et des dépenses par pathologie* ». https://www.ccomptes.fr/fr/documents/74821.

Encadré 7 I Quelques mesures de prévention présentées par la Cour des Comptes et associées à des économies[109]

Proposition n° 6 : améliorer la détection et la prise en charge des maladies chroniques : (économie de 0,4 Md€)

Proposition n° 7 : améliorer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et viser une réduction des chutes et des décès induits (économie de 0,8 à 1,2 Md€)

Proposition n° 8 : poursuivre le virage ambulatoire dans les établissements de santé (économie) : 0,8 Md€ - Augmenter les taux d'activité ambulatoire de 60% à 80 % pour la chirurgie et de 33 % à 45 % pour la médecine

Proposition n° 9 : viser l'amélioration de la qualité des soins pour réduire les évènements indésirables graves en établissements de santé (de 0,5 à 1 Md€ d'économie)

Principe n° 7 : Un des axes fondamentaux de la stratégie de moyen terme doit reposer sur l'efficience

La recherche d'efficience - qui peut, sur certains points être portée par les mesures de prévention évoquées ci-dessus - doit être un élément central de la prise de décision sur les politiques portées par la sécurité sociale. Elle n'est pas totalement absente du processus législatif, puisque, pour chaque mesure, le Gouvernement est tenu, dans le cadre de l'étude d'impact, de décrire les options autres que celles qu'il propose et de justifier, par suite, le choix opéré. Cette justification peut intégrer des éléments d'efficience, avec une balance coûts/bénéfices, mais rien ne l'oblige. On peut, par suite, s'interroger sur certaines décisions prises, à impact financier important, dont on peut penser qu'un objectif identique aurait pu être atteint à moindre coût.

Encadré 8 I L'exemple du financement des fauteuils roulants ou comment tendre vers une prise en charge intégrale des fauteuils nécessaires pour les personnes en situation de handicap[110]

« *La dépense publique par fauteuil est plus faible dans les systèmes publics (autour de 370 € en Suède et en Angleterre) que sur les marchés privés qui solvabilisent la demande par des montants fixes de remboursement (autour de 600 € en France et 775 € en Belgique).* »

« *La Suède et l'Angleterre relèvent de systèmes majoritairement publics dans lesquels les fauteuils roulants sont seulement mis à disposition des usagers, qui n'en sont pas propriétaires.* (…) *Dans ces*

[109] L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, Cour des Comptes, 2025.

[110] Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants, IRDES, 2025, Questions d'économie de la santé 296 : Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d'une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède – Irdes.

systèmes, la mise à disposition des fauteuils roulants se fait généralement avec un reste à charge nul ou très limité pour l'usager. En France et en Belgique, l'achat neuf du fauteuil roulant demeure majoritaire. »

La question de l'efficience peut être travaillée sous de nombreux angles. Si l'on se limite à l'organisation, elle doit être travaillée à plusieurs niveaux : au niveau des structures (établissements de santé, Ehpad…), dans l'articulation entre les structures, mais aussi au niveau des parcours, en décloisonnant l'action des différents acteurs, par la création des outils nécessaires au partage d'information, la valorisation des actions qui facilitent les contacts entre les offreurs de soins[111]…

Des marges de manœuvre existent indubitablement si l'on parvient à changer de modèle, en garantissant à la fois un service de qualité et des solutions favorables aux finances publiques.

Encadré 9 I Des exemples d'amélioration de l'efficience portés par le Conseil de l'âge[112]

« Orientation I Selon le Conseil de l'âge, le modèle tarifaire de l'APA doit être aménagé afin de supprimer l'arbitrage contraint entre accompagnement humain et autres catégories d'aide. »

« *Les situations dans lesquelles le plafonnement des plans d'aide APA impose un arbitrage entre l'accompagnement humain et les aides techniques ou les aménagements du logement, qui peuvent conduire à des dépenses ponctuelles coûteuses, ne sont pas rares. L'équipement technique ou les aménagements du logement sont pourtant susceptibles de réduire les besoins en heures d'aide humaine. Compte tenu des pénuries importantes en termes de ressources humaines dans le secteur médicosocial, il apparaît nécessaire de lever les contraintes en termes d'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement afin de renforcer l'efficience globale de l'allocation des moyens.* »

« *Orientation I Le Conseil de l'âge recommande de donner de la visibilité sur les différentes formes d'habitats qui permettent d'ajouter de l'autonomie et du lien social dans la vie à domicile et les bonnes stratégies pour les intégrer dans l'organisation spatiale et sociale des territoires, dans toute leur diversité.* »

« *Face au constat des difficultés à apporter des aides dans le « diffus » de domiciles historiques parfois difficiles à adapter, en raison de déplacements longs et coûteux pour les professionnels, promouvoir de l'habitat regroupé de seniors a toute sa pertinence.* »

L'amélioration de l'efficience suppose de travailler sur la régulation des acteurs économiques qui sont financés par la sécurité sociale pour mettre en œuvre des services (santé, autonomie, petite enfance) à la population. À cet égard, des travaux universitaires, les constats de certains acteurs, des autorités de contrôle[113] et des ouvrages récents ont mis au jour les défauts de régulation des acteurs privés lucratifs dans le domaine des Ehpad, des crèches, de la santé (notamment du fait de la financiarisation). Le paiement de la non-qualité pose un problème d'efficience. Deux axes de travail devraient être mis en œuvre sans tarder. Premièrement, une meilleure observation des stratégies économiques des acteurs au sein du ministère de la santé, avec une cellule dédiée et des ressources humaines

[111] Mieux concilier production et redistribution, HCFiPS, 2025, Document *Éclair'âge* du Conseil de l'âge sur « les aspects relatifs à la santé et aux soins des personnes âgées », février 2024.
[112] Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile, 2024.
[113] Notamment de l'Igas.

ad hoc. Deuxièmement, la conclusion de conventions avec des groupes dépassant une certaine taille, ces conventions portant sur un *reporting* de transparence financière, des engagements et un *reporting* qualité notamment sur la formation des managers et des professionnels en contact avec les personnes accueillies, des engagements de continuité d'exercice territorial. Ces contrats devraient, bien évidemment, trouver également leur place dans le secteur public. Travailler sur l'efficience de la dépense publique sociale suppose une réforme en profondeur de la tutelle.

Principe n° 8 : Le financement doit être clarifié en garantissant la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité, au champ des bénéficiaires et à l'équité du financement

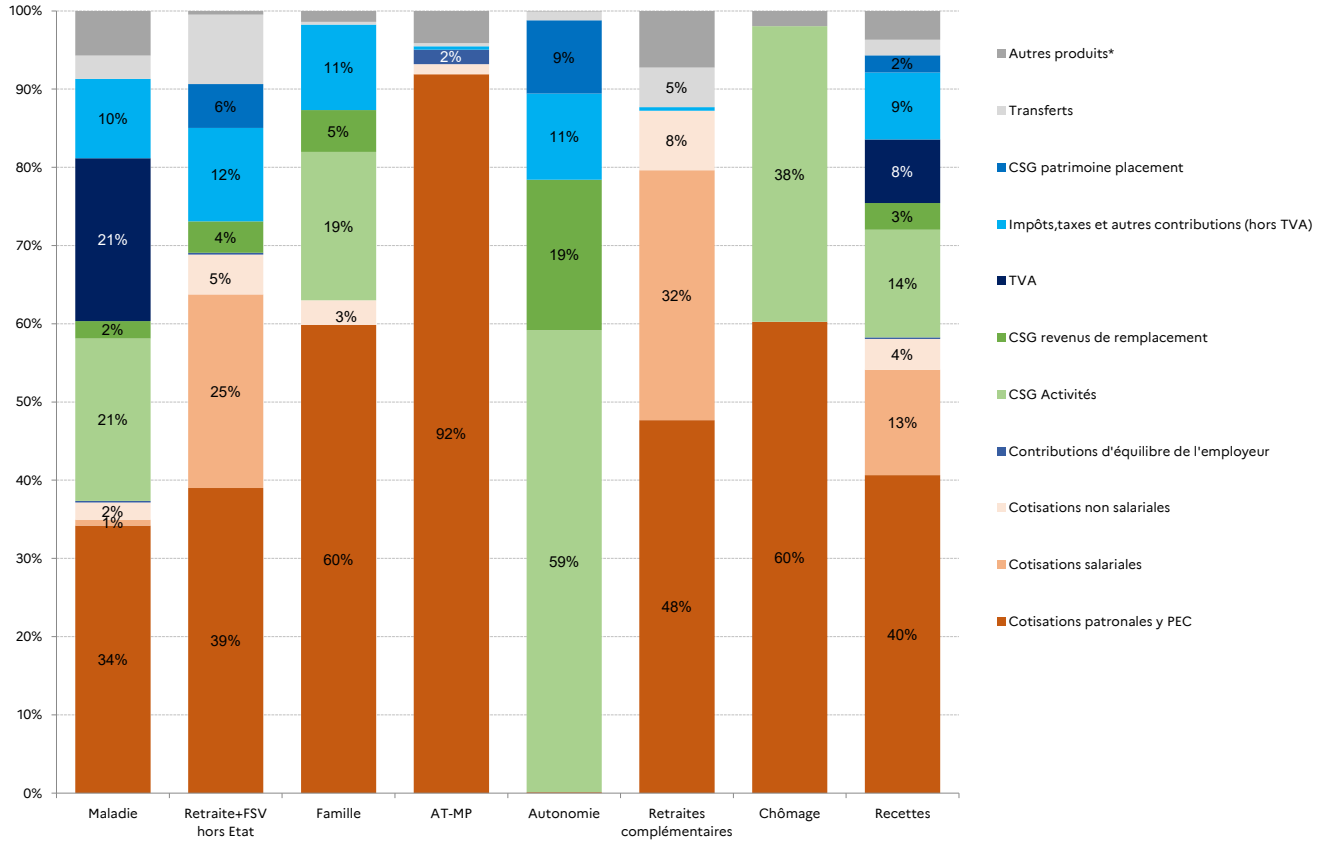
A. Garantir la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité et au champ des bénéficiaires

Le HCFiPS a souvent rappelé l'importance qu'il attache à un pilotage construit autour de dépenses et de recettes affectées à des branches distinctes et spécialisées. Ce rapprochement des dépenses et des recettes permet, en effet, de rechercher une cohérence entre l'objet des dépenses et la nature des recettes : les prestations qui garantissent des revenus de remplacement doivent être fonction des revenus d'activité qu'elles sont amenées à remplacer et qui doivent prioritairement servir d'assiette à leur financement ; le financement des prestations pour lesquelles l'ouverture de droits est fonction, non de critères professionnels, mais de la résidence régulière sur le territoire national, repose logiquement sur des prélèvements dont les assiettes sont plus larges, tels que la CSG.

Cette cohérence garantit à la fois la lisibilité et l'acceptation du prélèvement : connaître la destination précise du prélèvement est l'un des éléments clé de la confiance dans le système, et donc du consentement[114]. Elle n'est aujourd'hui pas toujours respectée : on remarque notamment le caractère très atypique du financement de la branche chômage depuis 2019 avec la suppression des cotisations salariales au bénéfice d'un transfert vers la CSG, alors qu'elle sert essentiellement des revenus de remplacement.

[114] *Pour des finances sociales soutenables*, HCFiPS, 2022. Voir également le chapitre relatif à la branche famille dans le présent rapport.

Graphique 10 I La structure du financement des différentes branches

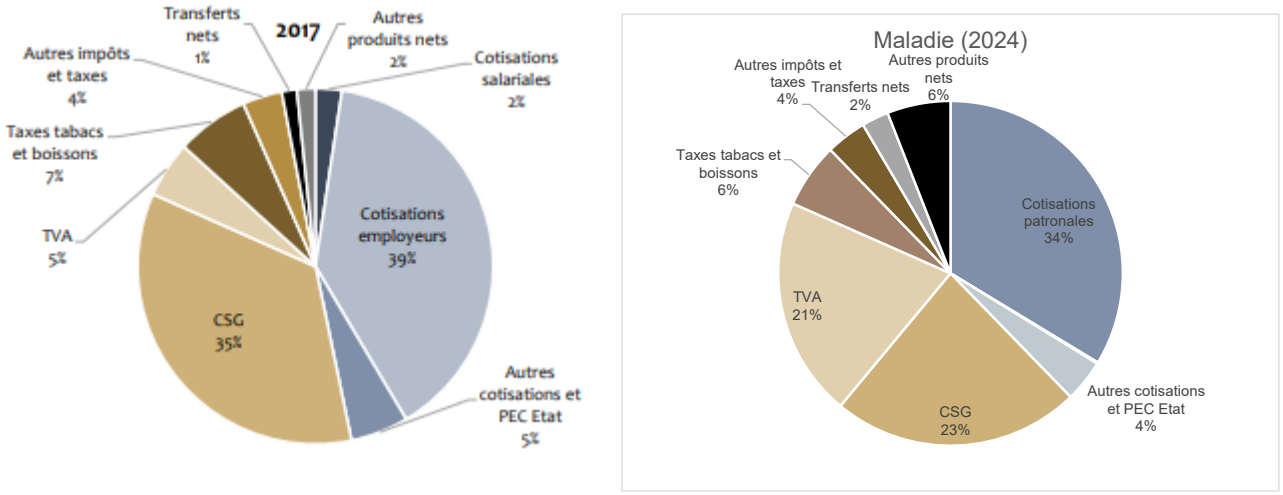


Notes : L'assurance vieillesse et la branche AT-MP qui soit garantissent des revenus de remplacement, fonction des revenus d'activité, soit couvrent des prestations trouvant directement leur origine dans le travail sont très majoritairement financées par des cotisations sociales.
L'assurance maladie ou la branche famille reposent sur un financement beaucoup plus diversifié. La structure de leurs recettes est encore marquée par l'histoire de chacune des deux branches, alors qu'elles n'étaient pas « universelles » et obéissaient à des logiques professionnelles avec un financement par cotisations. En cohérence avec le fait qu'elles servent désormais des prestations à raison du seul critère de résidence régulière sur le territoire national, elles bénéficient aujourd'hui de larges apports de CSG. La branche autonomie, également ouverte à l'ensemble de la population, est très largement financée par de la CSG.
Alors qu'elle sert de revenus de remplacement, l'assurance chômage bénéficie d'un large apport de CSG sur revenus d'activité[115], ce qui met cette branche dans une situation atypique. La suppression de la contribution salariale d'assurance chômage en contrepartie d'une hausse du taux de la CSG s'est traduite par l'affectation directe d'une fraction de CSG à l'assurance chômage à compter de 2019.
Source : CCSS – Présentation HCFiPS.

[115] S'il s'agit d'une fraction de la seule CSG assise sur les revenus d'activité, on doit noter que la dynamique de l'assiette est différente de celle des cotisations salariales du seul secteur privé, puisqu'elle intègre également la CSG assise sur les rémunérations du secteur public, des travailleurs indépendants, etc.

Cette cohérence peut en outre être mise à mal par une certaine instabilité, ainsi que le montre l'évolution de la structure de financement de la branche maladie. Or, il est très important qu'elle soit assurée dans la durée.

Graphique 11 ▌L'évolution de la structure de financement de la branche maladie



Note : La part des contributions des employeurs a baissé de 5 points entre 2017 et 2024, reflétant notamment la transformation du CICE en allégement pérenne de 6 points du taux de cotisation d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC. Les cotisations salariales (2% en 2017) ont été supprimées en 2018. La part de la CSG a connu des évolutions heurtées entre 2017 et 2021, mais a globalement baissé puisqu'une fraction de la CSG a été affectée au financement des dépenses de la nouvelle branche en charge de la perte d'autonomie. La part des recettes fiscales - essentiellement la TVA- a plus que doublé, passant de 16% à 31% entre 2017 et 2024.
Source : CCSS – Présentation HCFiPS.

B. Garantir l'équité du financement

Ainsi que souligné dans le rapport HCFiPS de 2022[116], « *le rapprochement entre dépenses et recettes peut contribuer à s'assurer du caractère équitable du prélèvement au regard des prestations ouvertes, et d'apporter, le cas échéant, des mesures correctrices : il est admissible que le niveau de prélèvement ne soit pas identique pour tous les assurés sociaux selon les régimes, mais le niveau de leur couverture, à revenu équivalent, doit être corrélé à l'effort contributif* ». Ce point fera l'objet de plus amples développements dans la partie du rapport consacrée aux recettes.

[116] Pour des finances sociales soutenables, HCFiPS, 2022.

Principe n° 9 : L'ensemble doit s'accompagner de la mise en place d'une pédagogie citoyenne durable en matière de sécurité sociale

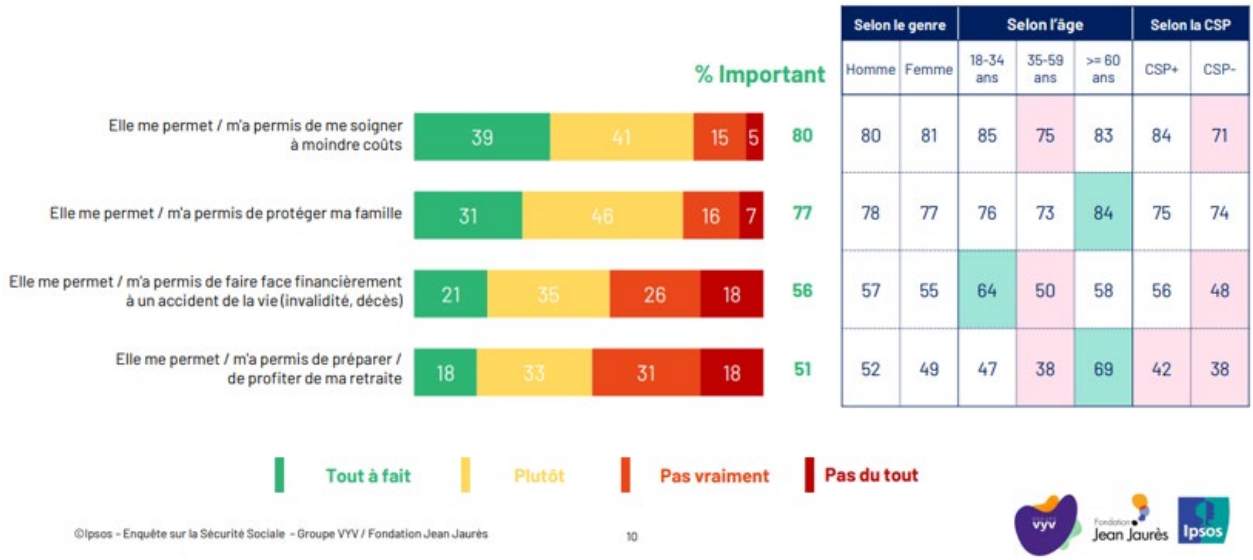
A. L'adhésion au système de protection sociale doit être confortée

La sécurité sociale repose sur un modèle très socialisé auquel les Français sont très attachés : cette socialisation a des vertus très importantes en termes d'élimination « *de l'incertitude du lendemain* »[117], de contrat social, de citoyenneté ; elle est aussi un gage d'efficacité financière, en ce qu'elle permet une régulation du système.

L'adhésion au système de protection sociale est indubitable : ainsi que le montrent toutes les enquêtes d'opinion -et notamment les dernières d'entre elles, les Français affirment, dans leur immense majorité, l'importance de la sécurité sociale dans leur vie de tous les jours, que ce soit pour se soigner ou pour protéger leur famille.

Graphique 12 ▌Les Français sont attachés à la sécurité sociale

Question : « Dans votre vie de tous les jours, jugez-vous importantes les choses suivantes que peut vous apporter la Sécurité Sociale ? »
(Base : Ensemble de l'échantillon)



	Selon le genre		Selon l'âge			Selon la CSP	
	Homme	Femme	18-34 ans	35-59 ans	>= 60 ans	CSP+	CSP-
Elle me permet / m'a permis de me soigner à moindre coûts	80	81	85	75	83	84	71
Elle me permet / m'a permis de protéger ma famille	78	77	76	73	84	75	74
Elle me permet / m'a permis de faire face financièrement à un accident de la vie (invalidité, décès)	57	55	64	50	58	56	48
Elle me permet / m'a permis de préparer / de profiter de ma retraite	52	49	47	38	69	42	38

Ces mêmes Français se montrent cependant très pessimistes quant à l'avenir de la sécurité sociale : près de 90 % d'entre eux estiment probable ou assez probable que la sécurité sociale n'ait pas les moyens de se financer et que toutes les cotisations vont augmenter ; 86 % jugent probable ou assez probable que la sécurité sociale doive faire des priorités et ne puisse plus rembourser un certain nombre de traitements ; 71 %, que « *les gens auront tous des assurances privées* »[118]. Cette dernière crainte nécessite sans doute un travail

[117] Selon la formule de Pierre Laroque.
[118] https://www.groupe-vyv.fr/presse/80-ans-de-la-securite-sociale-un-pilier-du-modele-social-francais-face-aux-defis-de-demain/, 2025.

d'explicitation dans l'opinion publique : le fait qu'une couverture soit privée ne limite pas en soi la charge sur les acteurs économiques ; à niveau de dépense donné, le financement pèse nécessairement sur les assurés ou les entreprises ; l'exemple de la dépense de santé aux États-Unis, montre qu'une moindre socialisation n'est pas gage de moindres dépenses; de fait, une faible socialisation peut faire reporter sur les individus une charge supérieure. Elle réduit en outre les capacités de redistribution et l'usage des dépenses sociales à des fins de cohésion sociale.

Dans le travail qu'ils avaient mené en 2022 sur l'adhésion au système, les membres du HCFiPS avaient soulevé un autre point de fragilité : très majoritairement, ils avaient souligné que la sécurité sociale tendait à être perçue comme un simple guichet où l'assuré est un simple client[119] : certains avaient notamment exprimé le fait que « *le consentement aux prélèvements est soumis à son utilité et à la connaissance de son utilisation. Néanmoins, cette conception, qui relève d'un civisme d'essence politique s'appuyant sur l'idée que les cotisations contribuent à la réalisation de l'intérêt général, a fini par s'effriter, chez l'ensemble des acteurs y compris politiques. Elle s'associe aujourd'hui à une autre représentation qui considère l'assuré social/le cotisant comme un client et qui place la sécurité sociale dans la position d'un fournisseur de services ; ce qui induit une forme de demande de retour sur investissement de la part du citoyen sous peine de penser cotiser pour rien* ».

Il en résultait une recommandation importante : remettre l'accent sur le lien logique entre droits/devoirs. Des actions concrètes avaient été évoquées pour aller en ce sens, notamment l'idée de tirer parti du partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et la sécurité sociale, pour passer d'une approche expérimentale à une formation de masse sur la citoyenneté sociale. Le 80e anniversaire de la sécurité sociale est l'occasion de relancer ce sujet.

Au-delà de la pédagogie citoyenne auprès des assurés et des cotisants, il est indispensable de travailler auprès des professionnels qui bénéficient de financement de la sécurité sociale pour partager les enjeux financiers attachés à leur activité. En ce sens, le HCFiPS a déjà pu souligner, pour les professionnels de santé, l'importance du développement de la formation à l'installation, afin notamment d'améliorer la connaissance des intéressés sur les règles régissant leurs relations avec l'assurance maladie.

B. Cette pédagogie citoyenne doit s'accompagner d'une action des organismes sur le non-recours, mais aussi d'une action résolue de lutte contre la fraude et les abus

Pour garantir une adhésion durable au système de sécurité sociale, il est nécessaire de redonner confiance dans la soutenabilité financière du système : le présent rapport contribue à cet objectif.

[119] Pour des finances publiques soutenables, HCFiPS, 2022.

Il est également nécessaire d'aller dans le sens du « juste droit », pour d'une part assurer la couverture sociale des bénéficiaires confrontés à un risque, d'autre part lutter contre les phénomènes de fraudes qui nuisent à la pérennité du système : c'est en poursuivant ce double objectif que les citoyens garderont la confiance dans le système de protection sociale.

La solidarité à la source, en cours de développement, doit pouvoir permettre d'avancer sur la voie du juste droit, tout en facilitant la vie des allocataires et des organismes. Une attention doit cependant être aussi portée à l'impact sur les personnes âgées et les parents dans leurs démarches pour les enfants, de la « numérisation » des relations avec les services et les administrations, qui a accompagné les mesures de « simplification de la vie publique » et qui peut générer des difficultés d'accès pour les personnes les plus vulnérables.

La lutte contre la fraude sociale apparait en tête des préoccupations des Français quand on les interroge sur l'avenir de la sécurité sociale[120]. Au-delà des risques financiers qu'elle induit, la fraude, qu'elle soit relative aux cotisations ou aux prestations est en effet de nature à miner le pacte social, l'acceptation du prélèvement pouvant être mise en cause si des personnes profitent indûment du système. L'action en la matière doit donc se poursuivre de manière résolue.

[120] https://www.groupe-vyv.fr/presse/80-ans-de-la-securite-sociale-un-pilier-du-modele-social-francais-face-aux-defis-de-demain/, 2025.

Partie III

Les pistes examinées par les Hauts Conseils pour redresser les comptes de la sécurité sociale

Chapitre 1

Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire

Il n'y a pas de fatalité à ce que les comptes de l'assurance maladie soient dégradés. Le niveau de déficit actuel est certes inédit en ce qu'il survient en dehors d'un choc économique ou d'une crise sanitaire. Selon les projections pluriannuelles annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, même en limitant la progression annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) à 2,9 %, le déficit de l'assurance maladie s'établirait à 19,4 Md€ en 2029.

Mais l'histoire de notre protection sociale depuis les lois sociales de 1928-1930, montre que, quelles que soient les difficultés rencontrées (problèmes de financement, déséquilibre démographique, instabilité économique, complexité administrative, etc.), nous avons su résoudre les crises financières qu'a pu rencontrer l'assurance-maladie.

La France n'est d'ailleurs pas le seul pays à connaître un tel déséquilibre et l'aphorisme attribué à Talleyrand « *quand je me regarde, je me désole ; quand je me compare, je me console* » pourrait illustrer tout à fait le contexte international. En effet, en comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la France présente un niveau de dépenses de santé qui n'est pas exceptionnel même s'il se situe dans le groupe des pays à niveau de dépenses élevé. Ainsi, en 2022, en termes de dépenses courante de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat, elle occupe la 7e place au sein de l'OCDE[121] ; elle est en revanche à la 3e place en termes de part de la dépense courante de santé dans le PIB (11,8 % contre 16,7 % pour les États-Unis et 12,6 % pour l'Allemagne) : l'écart entre ces deux classements montre que le poids relatif de la dépense de santé dans la richesse nationale résulte au moins autant de l'écart de PIB entre la France et d'autres pays que du niveau de la dépense de santé.

La dynamique récente des dépenses de santé constitue un phénomène mondial, et la dynamique observée en France se situe plutôt en-deçà de ce qu'on observe à l'étranger. Entre 2010 et 2022, la part de la dépense courante de santé dans le PIB a progressé de 0,7 point (intégralement entre 2019 et 2022), soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'Union européenne (+ 0,4 point) et nettement supérieur aux États-Unis (0 point), mais inférieur à ce qui a été constaté en Allemagne (+ 1 point) ou au Royaume-Uni (+ 1,1 point). La croissance en valeur de la dépense de santé entre 2019 et 2022 a été de 15,4 % en France, contre 18,2 % dans l'Union européenne, 26,7 % aux États-Unis, 27,9 % au Royaume-Uni, 20,1 % en Allemagne.

Ces comparaisons internationales indiquent que **le système de santé français n'est ni à la dérive ni hors de contrôle, mais présente des marges d'efficience :** aux niveaux de dépenses

[121] OCDE, *Health at Glance 2023* ;

de santé que connaissent les pays riches, une variation marginale du niveau de dépenses ne se traduit pas nécessairement par une variation équivalente du niveau de santé de la population.

L'assurance-maladie finance des produits et des prestations qui permettent d'améliorer la santé de la population, d'allonger son espérance de vie et d'améliorer ses conditions de vie. Ces dépenses ne sont principalement pas des transferts entre ménages, mais contribuent à accroître le bien-être collectif et le potentiel productif de l'économie. On ne peut ni envisager la dépense d'assurance-maladie comme un coût sans prendre en compte son bénéfice collectif et individuel, ni en rester à l'affirmation que « la santé n'a pas de prix » en refusant de réexaminer le bien-fondé d'une dépense : le prix d'une intervention de l'assurance-maladie doit être en mis en relation avec leur impact sur la santé, et avec d'ailleurs l'impact que pourrait produire la même dépense affectée à un autre mode d'intervention en faveur de la santé. **La mise en relation de la dépense avec son impact sur la santé constitue le fil rouge de ce rapport**.

Le constat que nous établissions en 2018[122] d'une crise affectant toutes les composantes du système de santé, accroissant les inégalités territoriales, créant une insatisfaction croissante de la population et la souffrance des professionnels, est toujours actuel. Pour y remédier, et parce que l'organisation de notre système de santé présentait des signes inquiétants d'inefficacité et/ou de mauvaise allocation des ressources collectives, nous appelions à des modifications profondes « *en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence* ». La structuration des soins primaires s'est depuis améliorée, avec le développement de cadres d'exercice coordonné, avec les élargissements successifs des compétences des professionnels, avec l'élaboration de nouveaux modèles et expérimentations de multiples innovations organisationnelles. Cette ligne de soins de proximité devra encore se développer pour devenir le pivot du système de santé.

Se pose alors la question du mode de tarification associé à ces nouvelles formes d'organisation et de coordination entre les professionnels. Aujourd'hui le système repose pour les soins primaires principalement sur le paiement à l'acte. Mais les modes de rémunération évoluent : paiement forfaitaire fondé sur la qualité, expérimentation du paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)[123]. La transformation des organisations appelle des évolutions de mode de rémunération. En ce qui concerne l'organisation hospitalière, la mise en œuvre de la gradation des soins qui va des hôpitaux de proximité aux établissements hospitalo-universitaires, la coordination soins de ville/soins hospitaliers,

[122] Avis du Hcaam, 24 mai 2018, sur la stratégie de transformation de notre système de santé.
[123] D'autres propositions ont été avancées, notamment dans le rapport de la Task Force Aubert de 2019 sur les « réformes des modes de financement et de régulation ».

le développement de l'hospitalisation à domicile comme substitut de l'hospitalisation classique, il conviendra également d'en rechercher les gains d'efficience.

La saisine du Premier ministre nous invite, avec le HCFiPS et le HCFEA, à établir « *un diagnostic partagé des causes des déséquilibres financiers de notre sécurité sociale* » à identifier « *les leviers possibles de rétablissement des comptes sociaux, à court et moyen terme, réglementaires et légaux, en analysant leurs avantages et leurs limites respectifs* » et à proposer « *des scenarii de redressement mobilisant tout ou partie de ces leviers* ». Le Hcaam a consacré cinq séances à cette saisine : le 27 mars, le 10 avril, le 15 mai, le 22 mai et le 10 juin. Les membres du Hcaam ont montré leur esprit de responsabilité en s'inscrivant dans une logique de proposition, à travers les contributions nombreuses et documentées qu'ils ont adressées et qui permettent d'identifier près de 200 leviers, mesures ou objectifs à poursuivre. L'ensemble de ces contributions sont annexées au rapport du Hcaam.

Il n'appartient pas au Hcaam de proposer un plan d'économies détaillé de plus de 30 Md€ pour les 4 projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) à venir et il n'est pas de son ressort d'en réaliser les arbitrages politiques. Par ailleurs, si certains sujets peuvent faire l'objet de recommandations consensuelles au sein du Hcaam, ce ne peut être le cas de nombre d'entre eux. **Les nombreuses pistes mentionnées dans ce rapport ne sont donc, par définition, pas partagées par l'ensemble des membres du Hcaam**. L'ambition de ce rapport est de réaliser un tour d'horizon large (à défaut d'une impossible exhaustivité) des leviers mobilisables pour rétablir les comptes de l'assurance maladie, d'en mentionner les avantages, les possibilités mais aussi les contraintes, les limites et les inconvénients. On ne peut produire un tel rapport en 2025 sans tenir compte de ce qui l'a précédé depuis 30 ans : 30 LFSS, une loi de réforme de l'assurance-maladie de 2004, une loi « Hôpital Patients Santé Territoires » en 2009, une loi de modernisation de notre système de santé en 2016, plusieurs lois relatives à l'organisation des soins intervenues depuis, les rapports annuels relatifs aux lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de la Cour des comptes, près de 50 rapports du Hcaam, près de 20 rapports charges et produits de la Cnam… Sa valeur ajoutée ne peut résider dans le recensement de mesures tant de fois déjà évoquées, mais dans une analyse critique nourrie de ce que les expériences passées ont pu nous enseigner sur leurs limites. L'ampleur inédite des efforts nécessaires impose de pouvoir aller au-delà de ce que chaque levier permet déjà, chaque année, pour contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Dès lors, dans l'élaboration de ce rapport, notre souhait a été soit d'identifier des leviers nouveaux, soit d'identifier des éléments nouveaux permettant à des leviers connus d'aller plus loin en efficacité, ou encore de mieux tenir compte de leurs possibles limites. Le rapport ne reprend pas en tant que tel l'intégralité des propositions présentées par ses membres : certaines relèvent davantage des travaux réalisés dans d'autres hauts-conseils ; d'autres, qui mériteraient une instruction complémentaire, ou ne présentent qu'un rapport très indirect avec l'objet de la saisine, ont vocation à alimenter les travaux ultérieurs du Hcaam. Plusieurs mesures présentées par les membres constituent des déclinaisons de leviers que le rapport, à des fins d'intelligibilité, présente de façon plus transversale à un niveau plus général.

Dans cette partie introductive, le Hcaam souhaite tout d'abord rappeler les principes issus de ses différents travaux qui ont guidé l'approche retenue pour répondre à cette saisine.

Une deuxième partie porte sur le diagnostic de la situation financière de l'assurance maladie.

Trois parties présentent ensuite les différents ensembles de leviers mobilisables : les leviers relatifs aux volumes de la dépense de santé ; les leviers relatifs aux prix et aux coûts ; les leviers relatifs aux périmètres de prise en charge.

I. Les principes portés par le Hcaam

Le Hcaam a, dans ses rapports et notamment ceux de 2018 sur la stratégie de transformation du système de santé et de 2021 sur la régulation du système de santé, affirmé des principes et des valeurs qui guident les travaux de ses membres, comme le principe constitutionnel **d'égal accès aux soins pour tous et du droit à la protection de la santé**. Les mesures proposées dans la réponse à cette saisine seront analysées, au regard de ces valeurs et principes concernant l'avenir du système de santé et de son financement en France, souhaitables et soutenus par les membres du Hcaam. De ce fait, **les leviers et les mesures proposés concernent tous les acteurs et tous les segments de l'offre de santé**.

Penser un niveau de financement équilibré et optimal dans l'intérêt de la santé des usagers renvoie aux réflexions sur la quantification des besoins de soins et de santé (dont le Haut Conseil a montré dans plusieurs rapports les difficultés d'évaluation[124]) et conduit à interroger la qualité des services rendus à la population ainsi qu'à identifier les déséquilibres existants, tant ceux qui relèvent des besoins non couverts que des recours non pertinents[125].

En complément des facteurs (démographiques, épidémiologiques…) d'évolution à prendre en compte et à côté des impacts de l'innovation, **les questions environnementales, auxquelles le HCFEA présente des propositions dans son rapport, doivent être également prises en considération à un double titre :**

- **l'aggravation des conséquences de l'impact environnemental** sur la santé des populations (risques liés à l'accroissement de la température et aux catastrophes

[124] Rapport Hcaam. Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires. Février 2024. Page 59 : « *L'existence d'une demande pertinente non satisfaite, i.e. de défauts de recours à des soins de qualité dans des délais raisonnables, du fait de problèmes d'accessibilité géographique ou financière, d'organisation des parcours (écart aux recommandations de bonne pratique, défaut d'intégration des innovations…) doit conduire à augmenter l'offre des services concernés (via une meilleure organisation des soins, de nouvelles répartition des tâches entre professionnels, une augmentation du nombre de professionnels…) - un des critères pour considérer des délais comme déraisonnables réside dans les éventuelles pertes de chances qu'ils engendrent. Ces pertes de chances sont bien-sûr préjudiciables pour les patients, mais aussi pour le système de santé, lorsqu'elles se traduisent in fine par des recours accrus au système de soin, et donc une aggravation des tensions auxquelles ce système est confronté* ».

[125] Hcaam | Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires | France Stratégie.

naturelles, impact accru de la présence de polluants dans l'environnement, émergence et diffusion des maladies infectieuses, dégradation de la santé au travail pour un certain nombre de professions, etc.) ;

- **la conciliation entre l'amélioration de la santé et la préservation de l'environnement**.

A. Les valeurs et principes guidant les travaux du Hcaam

Ces principes s'appuient sur l'ensemble des rapports du Hcaam et celui de 2018 sur la transformation du système de santé[126].

1. Garantir l'équité et la solidarité dans l'accès à la santé

Même dans un contexte de redressement financier, les mesures doivent garantir aux personnes les plus vulnérables (personnes âgées, malades, handicapées, etc.) une couverture sociale et maladie adéquate et adaptée au regard de leurs besoins spécifiques. Du fait de la mutualisation des risques entre tous les bénéficiaires, le principe de solidarité : « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* » est réaffirmé.

2. Lutter contre les inégalités sociales de santé

En France, davantage qu'en Europe[127], l'état de santé de la population est marqué par des inégalités sociales de santé dès l'enfance et tout au long de la vie (cf. encadré ci-dessous).

[126] Avis et Rapport 2018 - Contribution du Hcaam à la Stratégie de transformation de notre système de santé.

[127] Les inégalités sociales en matière de santé sont un peu plus marquées en France qu'en Europe – France, portrait social | Insee. Par exemple « *La part de fumeurs quotidiens de tabac parmi les personnes en emploi est assez proche dans les pays d'Europe de l'Est (26,0 %), du Sud (23,5 %) et de l'Ouest (21,7 %), et nettement plus faible dans les pays d'Europe du Nord (9,5 %) (…). Le comportement des fumeurs quotidiens diffère également selon les pays. Dans la population en emploi, la part de grands fumeurs (au moins 20 cigarettes par jour) est plus élevée en Europe de l'Est (9,8 %) qu'en Europe de l'Ouest (5,3 %) ou du Nord (1,8 %). En Europe de l'Ouest, la plus grande part de grands fumeurs parmi les personnes en emploi est atteinte en Autriche (10,1 %). La France arrive en deuxième position avec 5,5 % de grands fumeurs* ».

Encadré : Inégalités sociales de santé en France

- En 2021, selon l'enquête nationale périnatale, en France hexagonale, **le taux de petits poids de naissance** (inférieur à 2 500 g) était de 15,5 % chez les mères appartenant à des ménages avec des revenus mensuels inférieurs à 1 000 € vs 9,4 % pour les ménages avec des revenus mensuels supérieurs à 3 000 €. Ce taux était globalement plus élevé pour La Réunion, la Martinique et la Guadeloupe (entre 10,5 % et 12,4 %) contre 7,1 % en France hexagonale.

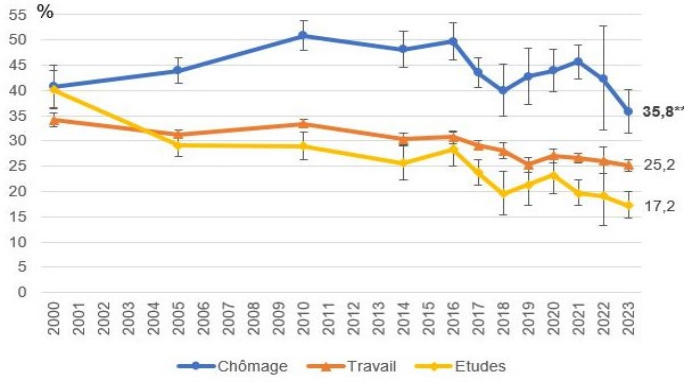
- **Concernant la consommation de tabac** et selon 3 indicateurs (niveau de diplôme, revenu et situation professionnelle) :

° La prévalence du tabagisme quotidien reste en 2023 nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible : elle varie de 28,9 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat à 16,7 % parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat ;

° Plus le revenu est élevé, plus la prévalence du tabagisme quotidien est faible : de 28,9 % parmi le tiers de la population qui a les revenus les plus bas à 17,3 % pour le tiers avec les revenus les plus élevés ;

° Parmi les 18-64 ans, la prévalence du tabagisme quotidien reste nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (35,8 %), que parmi les actifs occupés (25,2 %) ou les étudiants (17,2 %) – figure ci-dessous.

Prévalence du tabagisme quotidien selon la situation professionnelle chez les 18-64 ans, France, 2000-2023



Sources : Baromètres de Santé publique France, enquête EROPP 2023 OFDT- exploitation Santé publique France

- **La prévalence du diabète** est deux fois plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) que dans l'hexagone, où elle est également plus élevée dans les départements du Nord-Est alors qu'elle diminue dans les départements de l'Ouest.

Sources : Santé Publique France Les inégalités sociales selon les âges et les périodes de vie | Santé publique France et Tabagisme et santé | Santé publique France.

Ces inégalités sociales de santé se retrouvent également pour l'espérance de vie[128] : les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers sont en moyenne de 5,3 ans chez les hommes et de 3,4 ans chez les femmes. Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est en moyenne de 8,0 ans pour les hommes et de 5,4 ans pour les femmes.

Ces constats invitent à **prioriser les mesures** dans le champ de la prévention et de l'amélioration des conditions de vie des plus jeunes.

3. Améliorer l'accessibilité des soins pour tous

Les réformes financières ne doivent pas conduire à la dégradation de l'accès aux soins des populations les plus précaires. « *Ce principe engage à rechercher une disponibilité adaptée des services à rendre sur l'ensemble du territoire, en évitant des délais d'attente excessifs et en organisant un recours adéquat pour les malades, en particulier les personnes âgées ainsi que les personnes handicapées et toutes les populations fragiles. Il implique également l'accessibilité financière.* »[129]

Selon ce principe de justice sociale, le respect du principe **d'universalisme proportionné**[130] doit être recherché.

4. Promouvoir les services à rendre en santé dans une approche globale

L'approche de gradation des services en santé a été reprise par le Hcaam[131] pour la prévention de l'obésité. Ce modèle a été conçu pour la prévention des pathologies chroniques. Les deux premiers niveaux, qui représentent la quantité de services rendus la plus importante, ne sont pas assurés par le système de soins. Le premier niveau correspondant aux soins : les autosoins que chacun peut mettre en œuvre par lui-même sont amenés à se développer ; le second aux soins informels prodigués par l'entourage, des aidants professionnels ou non, d'autres professionnels d'autres secteurs (éducateurs, auxiliaire de vie, médiateurs, assistants sociaux, etc.). **La promotion de l'*empowerment* des patients notamment dans le cadre des maladies chroniques, de la pair-aidance, la diversification de l'accompagnement – par d'autres professionnels ou par d'autres patients** (patients experts par exemple) - ainsi que la **prise en compte des besoins sociaux et éducatifs** devraient également être soutenues dans **des logiques intersectorielles**.

[128] Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes - Insee Première - 2005. 2024.

[129] « Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé ». Avis et Rapport Hcaam 2018.

[130] Pour aplanir les effets des inégalités sociales de santé, les actions et les mesures doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle à la défavorisation sociale.

[131] Rapport Hcaam « Prévention et promotion de la santé 2017-2018 ».

5. Mettre en œuvre des principes de gradation, de juste orientation et de continuité

« *Dans un cadre où les ressources de l'assurance maladie sont limitées, l'obligation de ne pas négliger la prise en charge de certains exige de travailler à la mobilisation optimale des ressources, humaines, techniques et financières du système de santé lui-même. Dans cette démarche, il est nécessaire de réaffirmer le principe de gradation des soins.* »[132]

Ce principe interpelle tous les acteurs de la santé et renvoie à des objectifs de pertinence, de qualité et de sécurité des prises en charge : **la délivrance à chacun selon son besoin, au bon moment, du « juste soin », de la « juste réponse** ». Les évolutions de l'organisation du système de santé doivent par ailleurs permettre la **continuité des soins** et des prises en charge.

Le Hcaam recommande par ailleurs une **priorisation explicite des services à rendre et des modalités de régulation de la demande** pour gérer au mieux, les moyens disponibles[133] : « si *cette priorisation restait, comme c'est le cas aujourd'hui, implicite, elle bénéficierait alors aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités. Ainsi par exemple, les nouvelles formes d'accès aux soins non programmés mentionnées dans la partie 1 (plateformes de téléconsultation notamment) (…), risquent de répondre avant tout aux besoins ponctuels de patients qui sont en bonne santé ou bénéficient par ailleurs d'un bon suivi, détournant la ressource médicale des patients qui en ont le plus besoin* ».

6. Rappeler les responsabilités de tous les acteurs

« Notre système de santé est un bien commun dont nous devons tous prendre soin. Assurés, professionnels de santé, établissements de santé, employeurs, collaborateurs de l'institution… Chacun en est dépositaire et porte une part de responsabilité dans son fonctionnement et son avenir »[134].

L'incitation à la responsabilisation des patients et des professionnels représente un levier important dans la gestion et dans le financement du système de santé[135] :

Chacun est invité à questionner ses pratiques et ses comportements :

- pour les professionnels, les offreurs de soins et les industriels : répondre aux services à rendre à la population, le juste soin, le juste prix, le respect des recommandations, et plus globalement la qualité des pratiques, etc. ;
- pour les organisations et les structures de soins : faciliter le travail des professionnels, éviter le gaspillage, limiter les charges administratives qui éloignent les professionnels

[132] *Ibid.*

[133] Rapport Hcaam. « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité ». Septembre 2022.

[134] Nos valeurs | L'Assurance Maladie.

[135] « Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé ». Avis et Rapport Hcaam 2018. Page 42. Le tableau de la page 44 détaille selon différents niveaux d'organisation de l'offre, les responsabilités politiques de chaque acteur.

de santé du temps médical, donner du sens au travail en collectif, s'articuler avec les autres secteurs, etc. ;
- pour les patients : s'informer, devenir acteur de sa santé, prendre part aux décisions, etc. ;
- pour les organismes complémentaires d'assurance maladie : accompagner les objectifs de santé publique, participer à l'efficience du système de santé, prendre part aux décisions, etc. ;
- pour les institutionnels, les politiques et tous ceux qui sont en responsabilité : définir une stratégie, faire des choix, créer un cadre de confiance et associer l'ensemble des parties prenantes dans les décisions, décider de mesures ayant montré leur efficacité sur la base d'évaluation médico-économique, prévoir les ressources et les financements utiles[136] aux soins et nécessaires pour les mettre en œuvre, et évaluer et contrôler la bonne utilisation des financements publics.

Responsabiliser nécessite de la pédagogie et de l'accompagnement des professionnels, des organisations comme des patients. La demande de soins est largement prescrite : les prescripteurs jouent un rôle déterminant dans la formation de la demande de soins. Vouloir responsabiliser le patient – au sens de le rendre responsable de la dépense de santé – est une approche trop réductrice. Le schéma prospectif proposé par le Hcaam en 2018 *« suppose de donner aux patients aussi bien qu'aux professionnels une autonomie et des capacités leur permettant d'être concrètement les acteurs du changement. Le processus doit s'inscrire dans une démarche démocratique associant l'ensemble de ses parties prenantes et notamment les partenaires sociaux aussi bien que les élus des collectivités territoriales »*[137].

B. Des principes réalistes pour des propositions mesurables et atteignables dans leur mise en œuvre, à court ou moyen terme

1. Retrouver une trajectoire d'équilibre et de désendettement.

La recherche de l'équilibre et d'une trajectoire de désendettement est un impératif partagé par les membres du Hcaam.

Le Hcaam[138] partage par ailleurs avec le HCFiPS la nécessité d'un **rééquilibrage sur plusieurs années** comme ce fut le cas dans la sortie de crise de 2010.

2. Élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé

Vouloir infléchir l'évolution des dépenses de santé impose de **s'intéresser à des déterminants de la santé qui se situent majoritairement en dehors du système de santé**. Pour améliorer l'état de santé, réduire les inégalités, et *in fine* réduire la mortalité et la

[136] À titre d'exemple, le NHS britannique recueille l'expérience des patients et la qualité de vie pour les prothèses hanche / genou depuis 2014, une manière vérifier l'utilité des soins.
[137] Hcaam. Rapport 2018. Page 49.
[138] *Ibid* page 2.

morbidité, il convient de mobiliser aussi des leviers extérieurs au système de santé : éducation, logement, conditions de travail, environnement, etc. Agir en amont, par la prévention, permettra de réduire une partie des maladies chroniques évitables et réduira les dépenses de santé liées à ces pathologies.

Concernant les discussions sur l'Ondam, le rapport du Hcaam sur la régulation considérait qu'elles *« se trouvent assez déconnectées des réflexions sur la programmation associée aux objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins, même si elles tiennent compte de certaines des mesures annoncées »* et a recommandé[139] de « ***passer d'une programmation pluriannuelle incantatoire à une programmation stratégique, qui ne soit pas seulement budgétaire » et « d'élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé***. *Les objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins à l'horizon de cinq ans et la programmation des moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs doivent être présentés* ***dans un document unique, unifiant les textes existants***. *Les autres textes dans le champ de la santé, dont la LFSS, en seraient la déclinaison ; ils devraient être radicalement* ***simplifiés*** *et fournir une information plus transparente et hiérarchisée. Ce document, élaboré via une véritable* ***place accordée à la démocratie politique, sociale et sanitaire****, au niveau* ***national et local****, porterait sur l'ensemble des dépenses de santé et déterminerait leur répartition entre financeurs (État, collectivités territoriales, assurances maladie obligatoire et complémentaire, ménages, employeurs), sur la base de principes cohérents. Il définirait des priorités transversales telles que : réduire les inégalités d'accès aux soins, structurer les soins de proximité, agir sur les déterminants de santé,* ***dans le cadre d'une trajectoire tenant compte du point de départ***. *Il définirait également* ***les modalités de suivi (objectifs chiffrés et indicateurs) et d'évaluation de la programmation*** ».

Ce cadre stratégique et de régulation doit également permettre les investissements nécessaires en particulier pour les dépenses d'avenir (innovations, organisations nouvelles, systèmes d'information, prévention, recherche et transformation écologique). De même, toute nouvelle mesure devrait être accompagnée d'éléments concernant son financement.

3. Valoriser les logiques de parcours et la cohérence des prises en charge

Tous les acteurs appellent de leur vœux **les logiques de parcours**. Le schéma prospectif proposé par le Haut Conseil dans son rapport[140] de 2018 souligne que « *l'enjeu n'est pas de créer des parcours types mais des organisations rendant possible des trajectoires "fluides" et individualisées, en "routine" en dehors des dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et ceci de façon généralisée (offre universelle). Il s'agit d'assurer une accessibilité adéquate à des soins dont la nature est peu prévisible et de placer le patient au centre* ».

[139] *Ibid page 14*

[140] Avis et Rapport 2018 - Contribution du Hcaam à la Stratégie de transformation de notre système de santé. Page 73.

4. Fonder les décisions sur l'évaluation médico-économique

Fonder les décisions sur des données probantes, sur l'efficacité d'une mesure d'une part et son efficience d'autre part constitue une approche largement partagée. Malgré cela, comme le soulignait de nouveau l'Igas en 2024 à propos des actions de prévention et de promotion de la santé[141] *« dès lors que l'on se situe dans un contexte de ressources limitées, le fait qu'une action soit efficace ne suffit pas à justifier sa mise en œuvre. Il convient aussi d'établir qu'elle est efficiente soit que le rapport entre les ressources engagées et les résultats obtenus est favorable* ». Cette approche évaluative médico-économique a été soutenue dans le rapport[142] du Hcaam relatif à la régulation.

Au sein des outils de programmation (loi, plan, programme…), les mesures proposées doivent être étayées par ce type d'évaluation dont la méthodologie doit être partagée avec l'ensemble des parties prenantes afin d'éclairer les décisions prises et leur compréhension ; et *a contrario*, celles à faible niveau de preuves scientifiques devraient pouvoir être écartées sans hésitation.

II. Le diagnostic porté par le Hcaam

A. La dégradation des comptes depuis 2018-2019

Au cours des années 2010, le déficit de l'assurance maladie, qui s'était creusé à la suite de la crise financière de 2008, jusqu'à atteindre 11,6 Md€ en 2010, a été progressivement résorbé. Les comptes ont été proches de l'équilibre en 2018 et 2019 (Graphique 1).

Après la période exceptionnelle constituée par le Covid, qui s'est traduit par un déficit record en 2020 (30 Md€), le déficit s'est établi en sortie de crise sanitaire à 11 Md€ en 2023, soit nettement plus haut qu'avant-crise.

Surtout, ce déficit a augmenté à nouveau en 2024 (13,8 Md€[143], et devrait continuer, même avec une progression de l'Ondam contenue à 2,9% par an, à s'aggraver, avec un solde prévu de 19,4 Md€ en 2029[144], soit une dégradation supplémentaire de 5,6 Md€. La Cour des comptes constate ainsi que « *2024 est une année de rupture dans la résorption du déficit de la sécurité sociale* » et alerte sur « *une situation financière structurellement déficitaire* »[145]. À la différence du passé, cette dégradation de la situation financière n'est imputable ni à un choc économique ni à un choc affectant la santé publique.

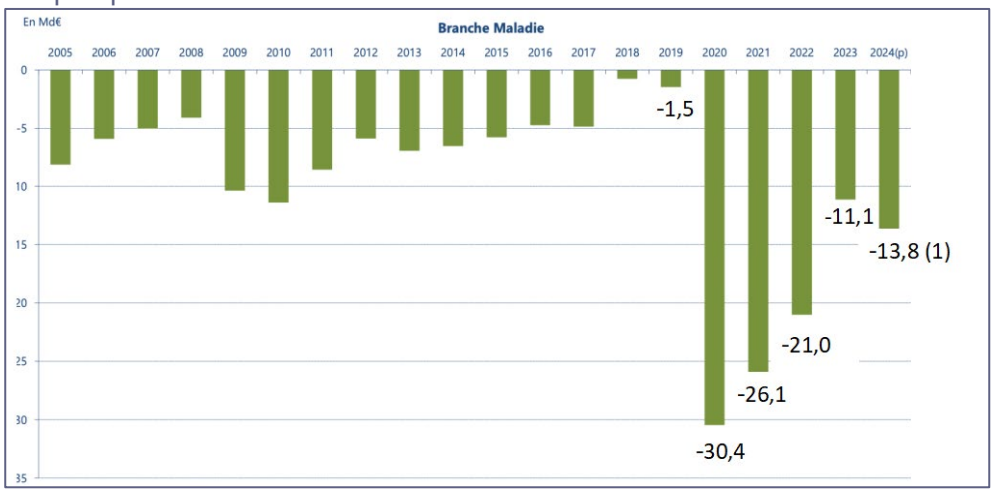
---

[141] Rapport Igas - Prise en compte preuves scientifiques dans prévention santé.pdf.
[142] Avis régulation Hcaam avril 2021.docx.
[143] Source : communiqué de presse de la direction de la sécurité sociale du 17 mars 2025. Résultats basés sur les comptes arrêtés par les organismes de sécurité sociale le 14 mars, en cours d'audit. L'avis des certificateurs - Cour des Comptes et commissaires aux comptes - sera rendu d'ici au 1er juin 2025.
[144] Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025.
[145] Cour des comptes. La situation financière de la sécurité sociale, novembre 2024. https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-financiere-de-la-securite-sociale.

La dégradation des comptes est encore plus forte si on prend compte celle du déficit des établissements hospitaliers (déficit de 2,8 Md€ en 2024 selon la FHF, contre 0,6 Md€ en 2018-2019, soit un creusement de 2,2 Md€) : à un tel niveau, le creusement du déficit des établissements de santé constitue un point de fuite du déficit de l'assurance-maladie. Sur un périmètre intégrant les établissements de santé, la dégradation est donc de plus de 15 Md€ entre 2018 et 2024.

Pour prendre la mesure de l'effort nécessaire, il est important d'analyser les causes du déficit actuel et de faire la part, dans les dynamiques de dépenses et de recettes, des facteurs structurels, des facteurs conjoncturels et des impacts des mesures prises.

Graphique 1 ▌Évolution du solde de la branche maladie de 2005 à 2024



Source : Direction de la sécurité sociale 2025.

1. Les facteurs conjoncturels

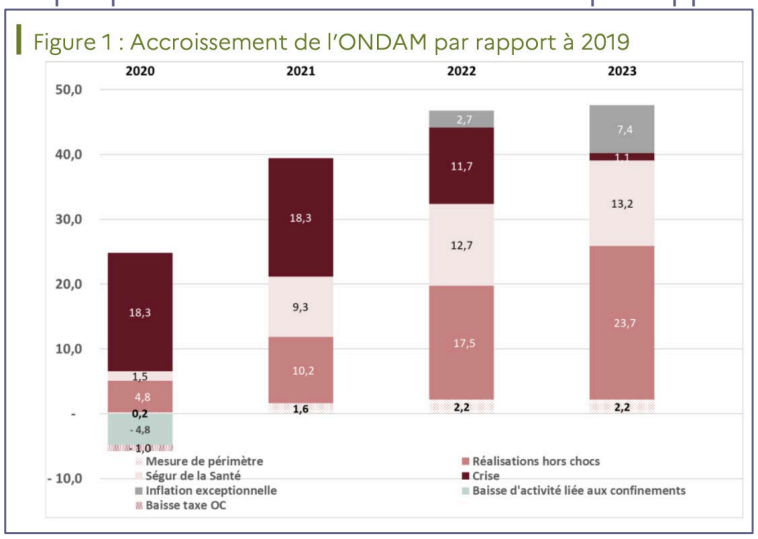
Entre 2019 et 2023, en dehors des effets temporaires de la pandémie (surcroîts de dépenses pour faire face à la pandémie, chute de recettes due à la récession), le système de santé a connu deux évènements exceptionnels :

- le Ségur de la santé (augmentation des salaires et plan d'investissements dans le système de santé), qui se traduit par un surcroît de dépenses pérennes, dont une petite fraction revient en recettes *via* le versement de cotisations et prélèvements[146] ;
- le choc inflationniste, avec une hausse des prix en moyenne de 5,3 % en 2022 et 4,8 % en 2023[147], contre une moyenne de 1,0 % par an sur 2010- 2021, a affecté tant les dépenses que les recettes de l'assurance-maladie.

[146] Pour la partie des dépenses relative aux revalorisations salariales. Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), pour 1€ de coût total pour l'employeur d'une hausse du salaire, un peu plus de 50 centimes reviennent dans les comptes publics, 11 centimes sont perçus *in fine* par la Cnam (source rapport CCSS de juillet 2022).

[147] Au sens de l'indice des prix à la consommation harmonisé / IPCH.

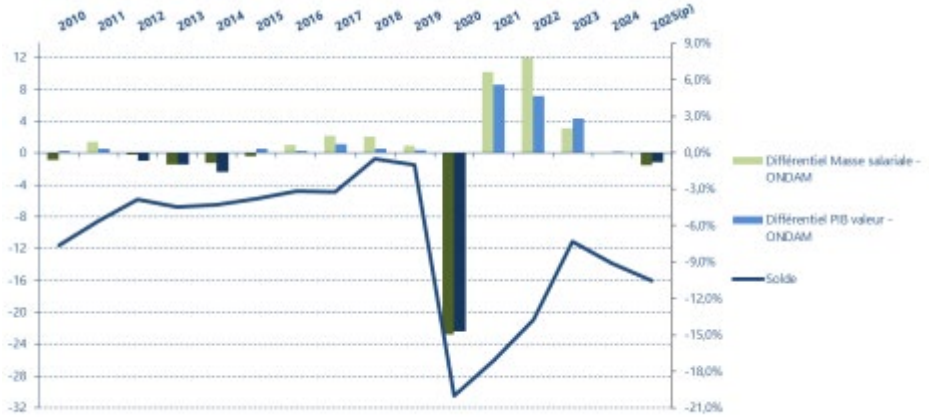
Graphique 2 I Accroissement de l'Ondam par rapport à 2019



Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

Après les années de crise Covid marquées par un effet ciseau inédit entre recettes et dépenses et par des déficits records, la situation financière de l'assurance-maladie est nettement dégradée en sortie de crise par rapport à l'avant-crise **(Graphique 3).**

Graphique 3 I Évolution du déficit de la Cnam au regard des principaux déterminants macroéconomiques.



Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025.

2. Le Ségur de la Santé représente une dépense pérenne à hauteur de 13 Md€ annuels environ

Ce plan massif, qui vise à revaloriser les rémunérations des métiers de la santé et du médico-social et à soutenir l'investissement en santé, est monté en charge progressivement de 2020 à 2023, année où il représente une dépense d'environ 13 Md€. On considère qu'elle comporte une composante de rattrapage d'évolutions salariales qui ont fait défaut au cours de la décennie 2010-2019.

Les dépenses au titre du Ségur n'augmentent plus en 2024 - 2025[148], mais d'autres mesures salariales ont été mises en œuvre post-Ségur.

a. *Le choc d'inflation en 2022-2023 a impacté à la fois les recettes et les dépenses, avec un décalage temporel et au total un solde positif pour l'assurance maladie*

Le choc inflationniste agit sur les produits et sur les dépenses.

L'inflation affecte les recettes de façon indirecte, mais rapide, *via* la croissance du salaire nominal. La progression des prix alimente celle de la masse salariale et donc les cotisations et contributions assises sur les revenus d'activité. L'inflation entraîne aussi mécaniquement un relèvement des recettes de TVA. Elle affecte également les prélèvements sur les revenus de remplacement, essentiellement la CSG prélevée sur les pensions de retraite, de préretraite et d'invalidité, dont la revalorisation est indexée sur l'évolution des prix.

L'inflation impacte aussi les dépenses à la hausse, mais de manière moins automatique, *via* la compensation des charges non salariales des établissements publics et privés, les mesures de hausses des salaires ou de rémunération des professionnels libéraux, ou de façon plus mécanique mais légèrement différée à travers la répercussion dans l'évolution des salaires, sur les prestations d'indemnités journalières.

À ce titre, les effets sur l'Ondam de l'inflation exceptionnelle (+ 5,3 % en moyenne annuelle en 2022-2023 contre 1,0 % sur la décennie 2010-2019) sont estimés en cumulé à 8,5 Md€ en 2024. Ces dépenses ont financé des enveloppes supplémentaires aux établissements de santé pour couvrir leurs charges, des revalorisations du point d'indice, l'augmentation du prix des indemnités journalières (IJ).

Si le choc d'inflation a affecté le niveau des dépenses, on considère que, à horizon 2025, il y a eu plutôt un effet positif sur le solde : en effet, l'impact de l'inflation sur les dépenses n'étant ni immédiat ni intégral (à la différence des autres branches), il a contribué à une amélioration du solde à hauteur de 3,2 Md€ à horizon 2025, selon les estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale (impact de 11,6 Md€ sur les recettes, 8,5 Md€ sur les charges).

3. Les facteurs structurels

Au-delà des évènements exceptionnels et des aléas de la conjoncture, des facteurs structurels pèsent sur les dépenses et sur les recettes de l'assurance maladie.

a. *Les évolutions démographiques et épidémiologiques ont un impact à la hausse sur le volume des dépenses de santé*

La population continue à augmenter, même si le rythme d'accroissement s'est ralenti (+ 0,3 % par an). Son vieillissement s'est accéléré depuis 2010 avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre (les 65 ans et plus représentent en 2025 22 % de la population, contre 17 % en 2010), et devrait se poursuivre au moins jusqu'à 2040. Les besoins de soins augmentant avec l'âge, cette déformation de la structure de la population a un impact à la hausse sur le volume des soins, qui peut être estimé à environ + 0,7 % par

[148] Prévision d'une légère diminution en 2024 (0,2 Md€) et en 2025 (0,4 Md€).

an sur la période 2025 - 2030 ; si on ajoute les + 0,3 % d'augmentation de la population, l'effet global des évolutions démographiques est de + 1 %.

Il s'agit là de l'impact mécanique, c'est-à-dire calculé en supposant que la consommation de soins reste la même à chaque âge et que seule change la structure de la population.

L'effet est minoré si, à âge donné, on est en meilleure santé et qu'on a moins besoin de soins ; il est majoré au contraire si on a de plus en plus de maladies au même âge. Une question importante est donc de savoir comment évolue, à âge donné, la prévalence des problèmes de santé et des besoins de soins associés.

Il est difficile d'estimer globalement l'impact de ces évolutions épidémiologiques, mais on peut penser qu'elles jouent aussi à la hausse sur la dépense de santé[149]. En effet, la fréquence des maladies ou des facteurs de risque augmente, à âge donné, pour des pathologies chroniques telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou les maladies mentales, qui représentent à elles seules 40 % des dépenses de l'assurance maladie (Graphique 4). Près de la moitié de la progression de l'incidence des cancers chez les femmes est due à une augmentation intrinsèque du risque de cancer, 20 % chez les hommes (Graphique 5). La progression de l'obésité dans pratiquement toutes les tranches d'âge (Graphique 6) induit un surrisque de maladies cardiovasculaires et de diabète, de maladie rénale chronique et de troubles musculo-squelettiques.

Les troubles de santé mentale progressent également, avec une accélération dans les années récentes, notamment chez les jeunes : 8 % des adultes ont eu un épisode dépressif en 2010, 10 % en 2017, 13 % en 2021, et jusqu'à 21 % chez les jeunes adultes[150].

Les évolutions épidémiologiques vont donc dans le sens d'un renchérissement par rapport à l'impact de la seule démographie (estimé à + 1 % par an, *cf. supra*), même s'il est difficile d'avancer un chiffre (cf. encadré 2 ci-dessous).

Encadré 2 ▌*Un exemple d'impact des évolutions épidémiologiques*

Une étude menée en 2019 par l'Observatoire régionale de la santé de la région Provence-Alpes – Côte d'Azur a réalisé une projection des dépenses remboursées pour un ensemble de pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, AVC, maladies respiratoires, cancers, maladies neurologiques et démences), selon deux scénarios :

1) un « scénario épidémiologique constant » (scénario 1), qui reconduit à l'identique les taux de prévalence par sexe, âge département entre 2016 et 2028, et ne prend donc en compte que l'évolution de la population et les modifications de la structure d'âge à l'horizon 2028 ;

[149] Certes, l'espérance de vie en bonne santé augmente, mais cet indicateur n'est pas forcément représentatif des besoins de soins car il prend en compte les incapacités, qui peuvent être autant le résultat des soins que leur cause. Par exemple, on peut avoir une augmentation des arthroses de hanche et donc des opérations chirurgicales, et en même temps une amélioration de l'état fonctionnel dû précisément à ces interventions.

[150] Source : Santé publique France, 2023.

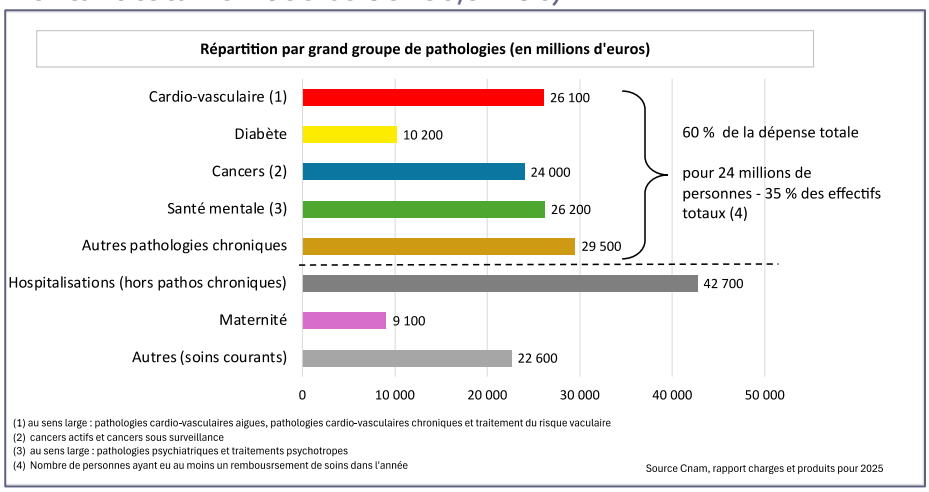
2) un « scénario épidémiologique tendanciel » (scénario 2), qui prolonge l'évolution constatée sur la période 2013-2016 des taux de prévalence par sexe, âge et département, et conjugue ainsi des changements démographiques et épidémiologiques.

Entre 2016 et 2028, les dépenses relatives à l'ensemble de ces pathologies augmenteraient de 19 % selon le scénario épidémiologique constant, de 32 % selon le scénario épidémiologique tendanciel, soit une croissance annuelle de + 1,4 % et + 2,3 % respectivement. Les évolutions épidémiologiques ajoutent donc 0,9 point à la dynamique de croissance due uniquement à la démographie.

Ces chiffres ne concernent qu'une région et qu'un périmètre de pathologies et ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble du territoire national, mais ils montrent que l'impact de la progression des pathologies (qui peut être en partie due à une amélioration du diagnostic et des possibilités de traitements) est significatif, au-delà de la seule question du vieillissement.

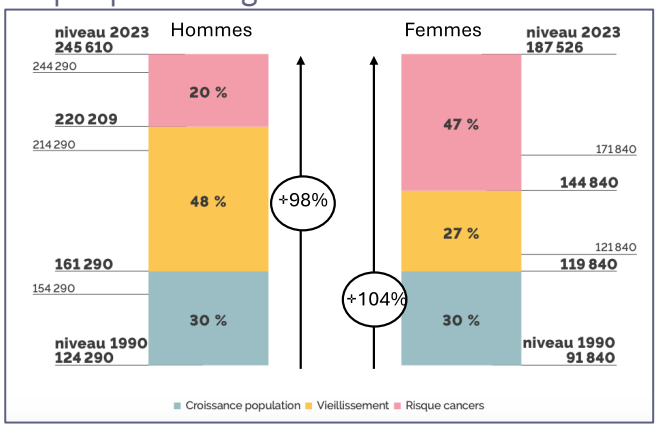
Cette évolution des pathologies et des facteurs de risque n'est pas une fatalité : elle peut être infléchie par une meilleure prévention, en tout cas à moyen et long terme : 40 % des cas de cancers sont jugés évitables, car liés en grande partie à des facteurs comportementaux modifiables (tabac, alcool, alimentation, activité physique).

Graphique 4 I Répartition des dépenses d'assurance maladie par pathologie en 2022 (sur un montant total remboursé de 190,3 Md€)



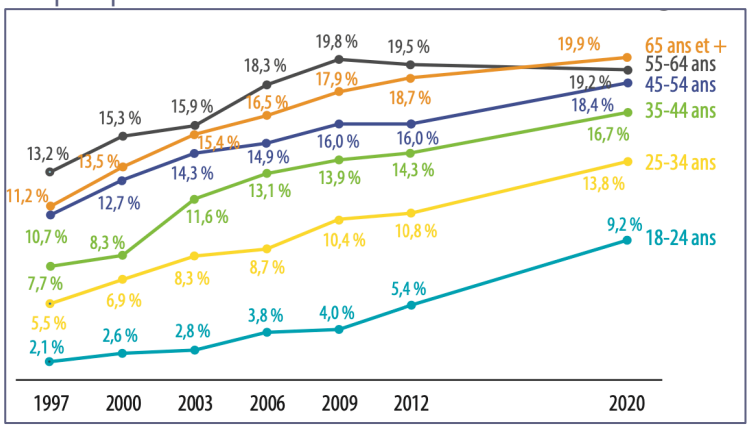
Source : rapport charges et produits de la Cnam pour 2025.

Graphique 5 I Augmentation de l'incidence des cancers entre 1990 et 2023



Source : INCa.

Graphique 6 I Évolution de l'obésité en France selon l'âge



Source : Fontbonne et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France. J. Clin. Med. 2023.

b. Dans la plupart des cas les innovations permettent des gains de santé au prix de dépenses supplémentaires ; certaines cependant génèrent des économies

Le progrès technique a permis d'accroître continûment le champ des possibles en matière de diagnostic et de traitement : il permet de mieux détecter les pathologies, de proposer des thérapeutiques pour des affections pour lesquelles aucun traitement n'existait antérieurement, d'améliorer la survie ou la qualité de la vie pour d'autres (et donc la durée pendant laquelle les pathologies chroniques sont prises en charge), d'intervenir à des âges de plus en plus élevés grâce à des techniques moins invasives, etc. L'augmentation de la propension à diagnostiquer et à traiter est un des facteurs structurels de croissance de la dépense de santé, dont on peut trouver de multiples exemples.

Un autre facteur qui tire à la hausse les dépenses de santé est l'augmentation des coûts de traitement dans certaines pathologies, toutes choses égales par ailleurs. Le cancer est un exemple particulièrement marquant de la pression financière pour la soutenabilité du système, le coût des innovations, notamment médicamenteuses. La Cour des comptes a estimé la dépense nette pour l'assurance maladie (après remises versées par les industriels

du médicament) à 2,4 Md€ en 2022, en augmentation de 50 % par rapport à 2018[151]. Au global, les dépenses d'Assurance maladie pour les cancers en phase active sont passées de 13,7 Md€ en 2015 à 24,6 Md€ en 2022, soit une augmentation de près de 9 % par an, du fait de l'augmentation des effectifs de malades, mais plus encore de l'augmentation des coûts unitaires de traitement.

Il ne s'agit évidemment pas de remettre en cause le progrès apporté par ces innovations, qui permettent d'améliorer significativement la survie des patients. Ainsi entre 1990 et 2015, le taux de survie à cinq ans est passé de 71 % à 92 % pour le cancer de la prostate, de 79 % à 89 % pour le cancer du sein, de 51 % à 63 % pour les cancers du côlon et du rectum, de 12 % à 22 % pour le cancer du poumon. Mais l'augmentation des coûts de traitement pose un défi pour la soutenabilité du système.

Ainsi pour l'essentiel, l'innovation génère des dépenses supplémentaires mais aussi des gains en santé, sans qu'on puisse réellement évaluer l'efficience (coût/gains en santé) de ce surcroît de dépenses.

Néanmoins certaines évolutions, soutenues par des innovations techniques mais aussi organisationnelles, peuvent être plus directement génératrices d'économies. Ainsi dans le passé, le raccourcissement spectaculaire des durées de séjour, le développement de la chirurgie ambulatoire permises par des techniques moins invasives, les autres alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile et plus largement soins à domicile) ont permis d'absorber une demande croissante en réduisant le coût unitaire des prises en charge à qualité égale. De la même manière, la diffusion des génériques et les biosimilaires permet de soigner les patients avec les mêmes traitements à moindre coût, la transformation technologique et organisationnelle de la biologie de baisser le coût de revient des analyses, la télémédecine d'éviter des déplacements de patients, etc.

Là encore, il est difficile d'estimer la résultante de ces évolutions. Ce que l'on peut dire, c'est que le système a été capable, dans les années 2010, d'absorber une demande croissante avec des évolutions de moyens limitées à 2,3 % par an en moyenne (taux moyen de croissance de l'Ondam 2010 – 2019). Néanmoins cette régulation stricte s'est accompagnée de tensions croissantes sur l'offre de soins.

c. *La santé est une activité de services où les gains de productivité sont plus faibles que dans l'industrie, ce qui explique une augmentation de son coût plus rapide que dans d'autres secteurs de l'économie*

Ce phénomène a été décrit pour la première fois en 1966 par les économistes américains William Baumol et William Bowen sous l'appellation de « maladie des coûts croissants ». Dans les secteurs tels que la santé ou l'enseignement, dont la « production » consiste en grande partie en travail humain, les gains de productivité sont beaucoup moins rapides que dans l'industrie.

[151] Source : Cour des comptes, RALFSS 2024. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Medicaments-anti-cancereux.pdf. Il s'agit des médicaments inscrits sur la liste en sus.

Grâce à l'augmentation de la productivité du travail dans les secteurs dits « productifs », les produits industriels coûtent de moins en moins cher : il faut beaucoup moins de main-d'œuvre pour fabriquer une voiture qu'auparavant. Mais dans les secteurs très intensifs en main d'œuvre, les coûts ne baissent pas autant : par exemple, il faut toujours à peu près le même nombre d'enseignants pour éduquer une école remplie d'enfants. On a donc une baisse de la productivité relative dans ces secteurs, sans que pour autant on puisse diminuer les salaires, sinon on ferait fuir les professionnels vers d'autres secteurs. Les coûts salariaux augmentant à peu près au même rythme dans tous les secteurs, les services doivent forcément devenir plus chers à long terme que les produits industriels.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de gains de productivité dans le secteur de la santé, comme on l'a vu précédemment, mais seulement que ces gains sont moins rapides que dans l'industrie, car la production d'un soin de santé donné implique une mobilisation de temps humain au contact du malade que le progrès technique ne réduit pas ou peu (examen clinique, acte de soin)[152]. Ce différentiel de productivité (« effet Baumol »), démontré dans le secteur des soins de santé (plus encore dans les soins de long terme que dans les soins aigus[153]), est pris en compte comme un des facteurs structurels de croissance des dépenses de santé par l'OCDE[154].

d. La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à la charge de l'assurance maladie augmente tendanciellement

Au-delà des facteurs structurels qui jouent sur les dépenses de santé, un facteur additionnel conduit à une augmentation plus rapide des dépenses financées par l'assurance maladie. La part des dépenses prises en charge par la solidarité nationale augmente en effet mécaniquement avec la déformation progressive de la consommation vers les soins les plus remboursés : progression des pathologies chroniques lourdes bénéficiant de l'ALD, de la part des médicaments pris en charge à 100 %…

Ainsi la part des dépenses de santé dans le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CBSM) couverte par les administrations publiques (assurance-maladie et État) est passée de 76,8 % en 2012 à 80,1 % en 2023[155], une augmentation de + 3,3 points en 11 ans soit 0,3 point en moyenne par an, ce qui représente environ 750 M € en 2023 (Graphique 7). Cette évolution a surtout conduit à réduire la part prise en charge par les ménages, qui a diminué de façon régulière (– 2,5 points) ; la part prise en charge par les Ocam est restée plus stable (elle a faiblement diminué, de 0,6 point).

---

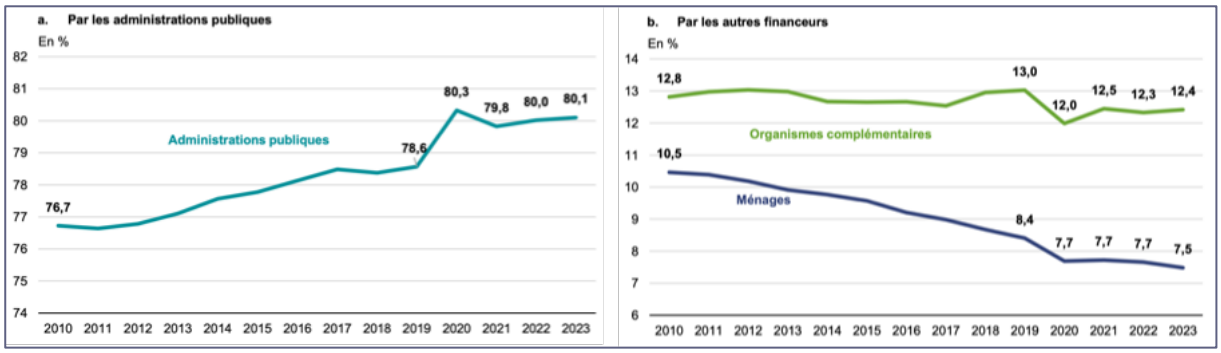
[152] Ce raisonnement ne tient pas compte de changements organisationnels pouvant conduire à remplacer un soin par un autre soin moins coûteux à produire (prise en charge ambulatoire en substitution d'une hospitalisation complète).

[153] Celebi, K., Hartwig, J. & Sandqvist, A.P. Baumol's cost disease in acute versus long-term care: Do the differences loom large?. Int J Health Econ Manag. (2025). https://doi.org/10.1007/s10754-025-09392-9

[154] OECD (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/880f3195-en.

[155] Sur cette période il n'y a pas eu de mesures de transfert AMO-AMC, l'évolution est donc purement tendancielle.

Graphique 7 I Part de la consommation de soins et bien médicaux prise en charge selon les financeurs



Source : Drees, comptes de la santé, édition 2024.

La CSBM recouvre en comptabilité nationale les prestations de soins[156], elle ne comprend donc pas toutes les dépenses de santé. À ce périmètre s'ajoutent 3,2 Md€ de prestations à la périphérie du système de soins prises en charge par les OC (ostéopathie, etc.), dont 2,3 Md€ de frais d'hébergement à l'hôpital (chambres particulières notamment). S'y ajoutent également d'autres frais non remboursés, pris en charge par les ménages (petit matériel médical, consultations de santé mentale, alimentation, activité physique, transports, etc.)[157].

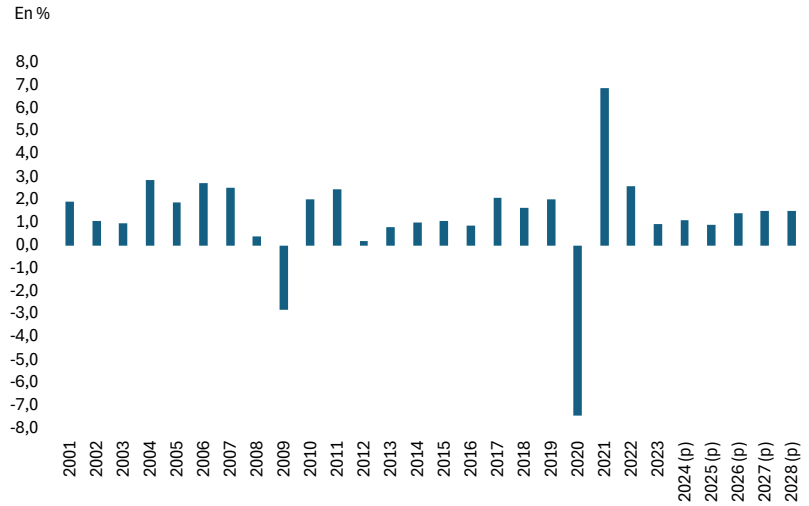
e. L'évolution structurelle des recettes renvoie à celle de la croissance économique

Structurellement, sans mesures nouvelles, les recettes évoluent pour la plupart en fonction de la croissance économique (certaines peuvent présenter une dynamique spontanée plus faible, comme les droits sur les tabacs et alcools) (Graphique 8). Les prévisions de croissance pour les années qui viennent sont de de l'ordre de + 1 % à + 1,5 % pour le volume du PIB. Sur la décennie précédente, après le rebond en 2010 – 2011 qui a suivi la récession de 2009, l'évolution moyenne du PIB a été de + 1,1 % (Tableau 1).

[156] Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements). Elle inclut les soins remboursés, non remboursés et la liberté tarifaire pour ces soins.

[157] La répartition des dépenses ici analysée est entendue comme la répartition des prestations prises en charge, et non comme celle du financement. Elle ne considère donc pas les différentes modalités de financement qui toutes, *in fine*, pèsent sur les ménages : CSG, impôts et taxes, primes d'assurance complémentaires (dont TSA).

Graphique 8I Évolution du PIB en volume et prévisions LFSS jusqu'à 2028



Source : Insee de 2001 à 2023 ; LFSS 2025 pour les prévisions 2024 – 2028.

Tableau 2 I Prévisions d'évolution du PIB en volume retenues par la LFSS 2025

2023	2024	2025	2026	2027	2028
0,9%	1,1%	0,9%	1,4%	1,5%	1,5%

4. Une accélération des dépenses depuis la crise, à laquelle tous les secteurs contribuent

a. Le rythme de croissance de l'Ondam s'est accéléré

La dégradation des comptes de l'assurance maladie depuis 2023 et pour les années suivantes ne s'explique pas par des facteurs conjoncturels liés aux évènements exceptionnels qui ont percuté le système dans la période récente : l'impact financier de la crise sanitaire est derrière nous, le Ségur de la santé est monté en charge et le choc d'inflation a plutôt un effet favorable sur le solde à l'horizon 2025. Des explications doivent plutôt être cherchées du côté de facteurs plus durables.

La direction de la sécurité sociale (DSS) a isolé l'impact des évènements exceptionnels sur la trajectoire de l'Ondam, pour dégager la tendance de fond sous-jacente (Graphique 9) :

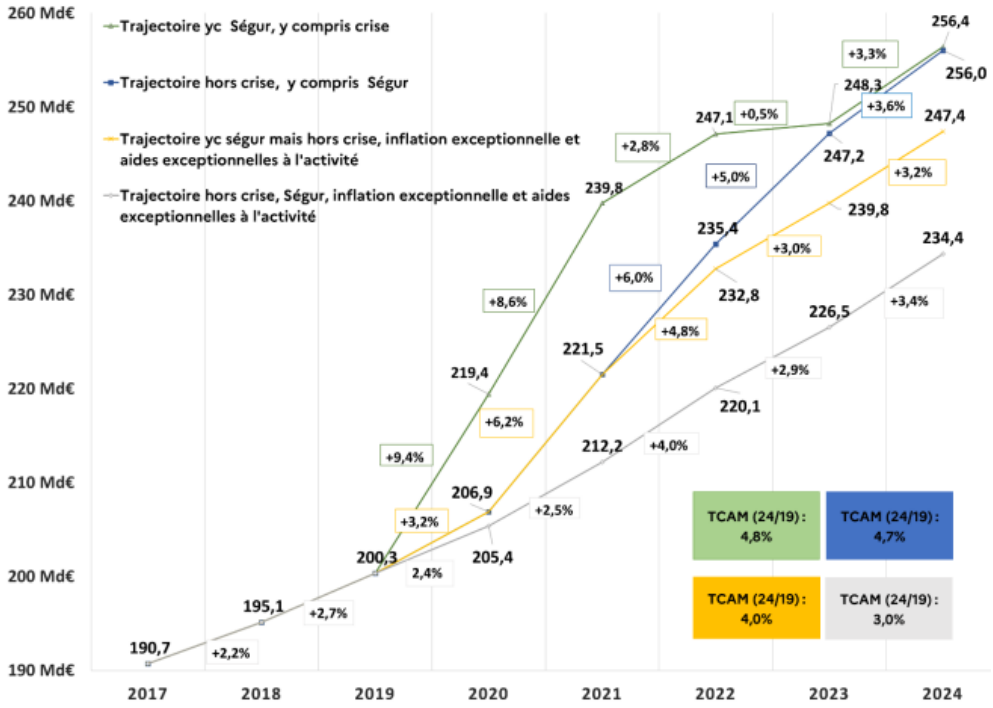
- le rythme de croissance de l'Ondam est en moyenne de + 4,8 % par an sur la période 2019-2024 ;
- hors crise, inflation exceptionnelle et plan Ségur[158], le rythme de progression s'établit à + 3,0 % par an en moyenne, ce que l'on peut donc considérer comme la tendance de fond sur cette première moitié de la décennie 2020.

[158] Remarque : on pourrait considérer que l'impact du Ségur n'a pas à être soustrait, car si l'ampleur de ce plan est exceptionnelle, il s'agit pour une large part de revalorisations salariales pérennes qui doivent être intégrées. Cependant, on peut estimer qu'une part des dépenses du Ségur constitue un

Ce rythme est en accélération par rapport à la période précédente : entre 2010 et 2019, l'Ondam a progressé de + 2,3 % en moyenne annuelle à champ constant.

Cette accélération en valeur nominale est moindre si on raisonne en valeur réelle : en effet, l'inflation était de seulement 1 % au cours de la décennie 2010, contre 1,75 % retenu conventionnellement comme inflation à long terme.

Graphique 9 I Évolutions de l'Ondam entre 2017 et 2024

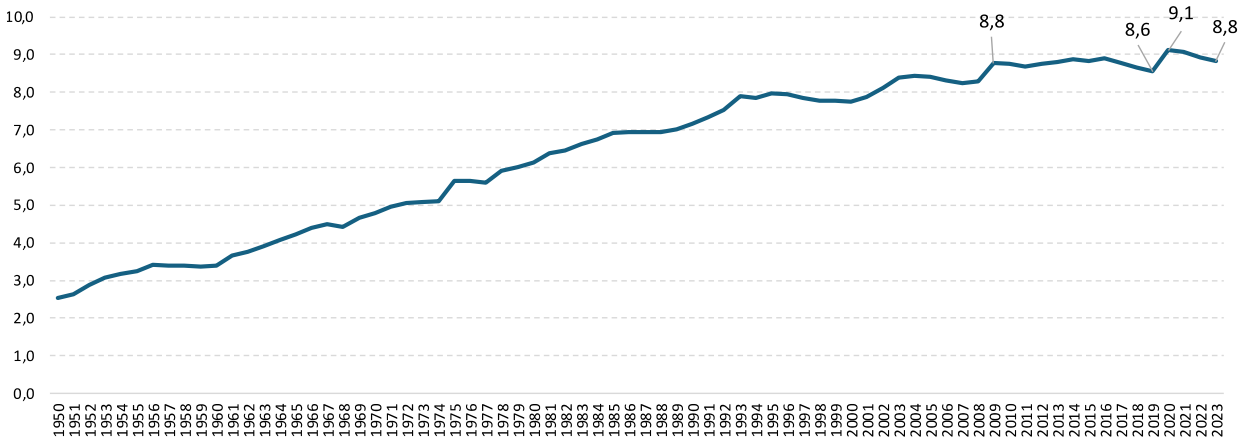


Note : Les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions dans les bulles sont présentées à champ constant.
Source : CCSS juin 2025.

Une telle rupture de tendance s'observe pour la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB : après avoir légèrement baissé au cours de la décennie 2010 (passant de 8,8 à 8,6 % entre 2010 et 2019), elle se stabilise en sortie de crise sanitaire : à un niveau plus élevé qu'avant crise mais correspondant à son niveau de 2010 (8,8 %) (Graphique 10).

rattrapage par rapport à régulation très stricte qui a marqué la période précédente, et qui s'est traduite par un endettement croissant des hôpitaux et des rémunérations faiblement évolutives. Si on admet ce point, il faudrait lisser ces dépenses sur une période plus longue, ce qui renchérirait le taux de 2,3 % observé sur 2010 – 2019.

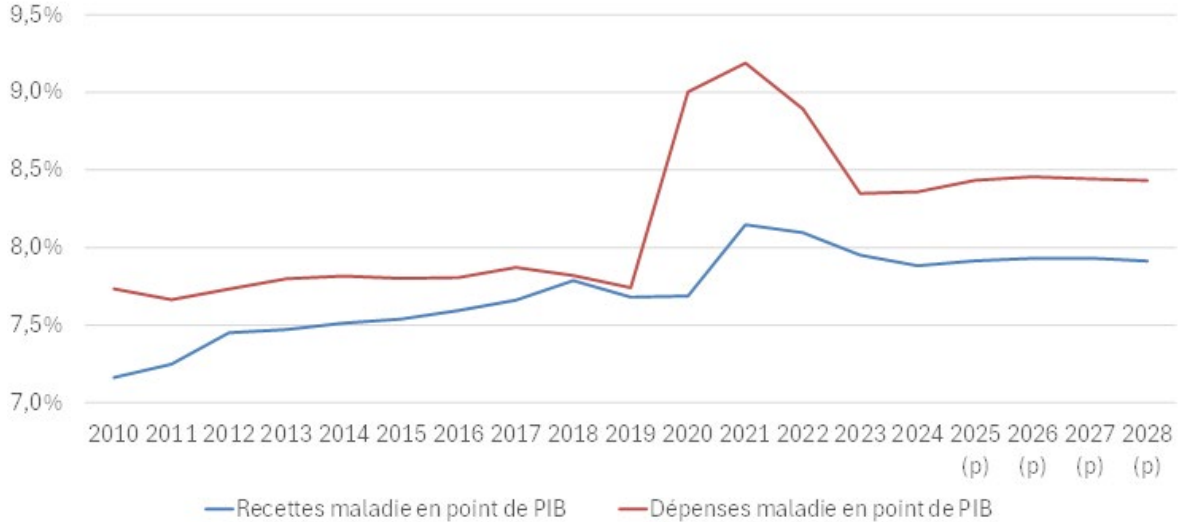
Graphique 10 I La consommation de soins et de biens médicaux en pourcentage du PIB depuis 1950



Source : Drees, comptes de la santé, édition 2024.

L'accélération est plus marquée encore pour la dépense d'assurance maladie : selon la DSS, alors que les dépenses de la branche maladie[159] rapportées au PIB sont restées stables au cours de la décennie 2010 (7,7 % du PIB), elles ont progressé de 0,7 point de PIB entre 2019 et 2025 (cf. Graphique 11). La différence de dynamique entre part la CSBM et les dépenses de la branche maladie s'explique à la fois par la tendance spontanée à l'accroissement du taux de prise en charge de la CSBM par l'AMO et par la dynamique des dépenses hors CSBM (IJ, médico-social).

Graphique 11 I Dynamique des recettes et des dépenses maladie en **point**s de PIB



Source : DSS document interne 2025.

[159] À champ constant donc en neutralisant les mesures de périmètre (création de la branche autonomie par exemple). Les remises sont ici traitées en moindres dépenses et non en recettes.

b. La dynamique s'observe dans tous les secteurs

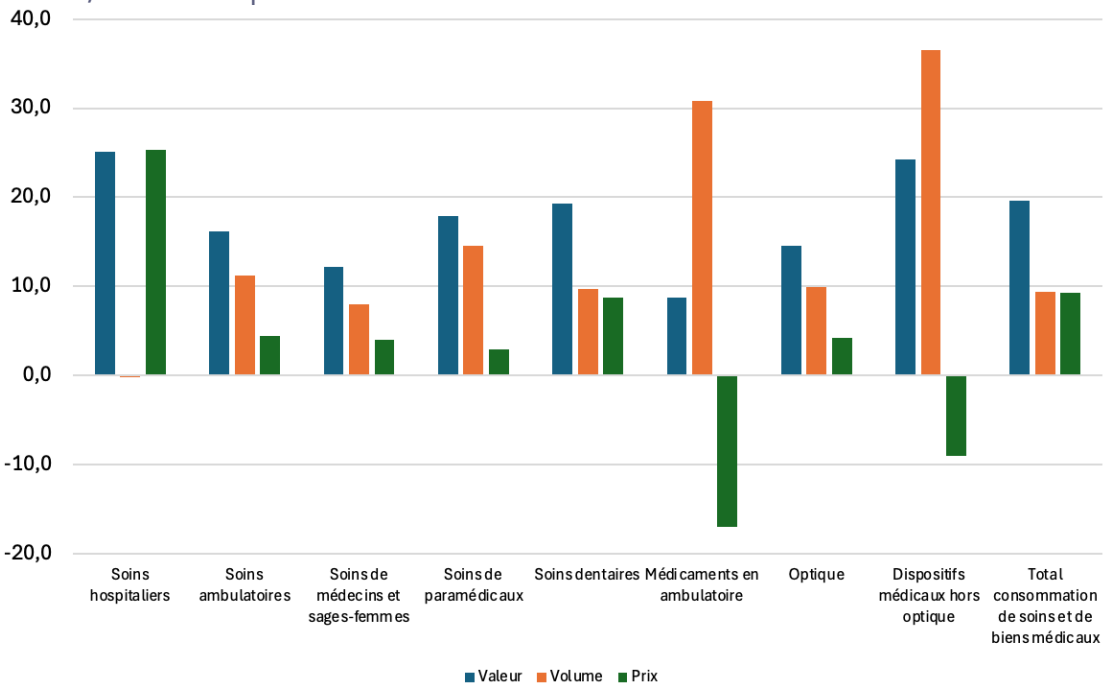
Entre 2019 et 2023, tous les secteurs du système de santé contribuent à la croissance (Tableau 2), avec des répartitions prix / volume variables selon les postes (Graphique 12).

Tableau 2 **I** Évolution de la consommation de soins et de biens médicaux entre 2015 et 2019 et entre 2019 et 2023 par poste (en %)

	Évolution 2015-2019	Évolution 2019-2023
Soins hospitaliers	3,0	11,0
• Soins hospitaliers publics	2,8	11,7
• Soins hospitaliers privés	3,9	8,9
Soins ambulatoires	5,6	3,1
• Soins de médecins et sages-femmes	4,5	-0,4
• Soins de paramédicaux	10,6	4,6
• Soins dentaires	3,6	5,9
• Transports sanitaires	5,7	17,2
Médicaments en ambulatoire	– 6,3	– 3,5
Optique	4,1	1,7
Dispositifs médicaux hors optique	13,8	10,2
Total consommation de soins et de biens médicaux	2,8	6,1

Source : Drees, comptes de la santé, édition 2024. Calculs Hcaam. Valeur des prix en euros constants.

Graphique **12 I** Taux de croissance des principaux postes de la CSBM entre 2019 et 2023, en valeur, volume et prix



Source : Drees, comptes de la santé, édition 2024.

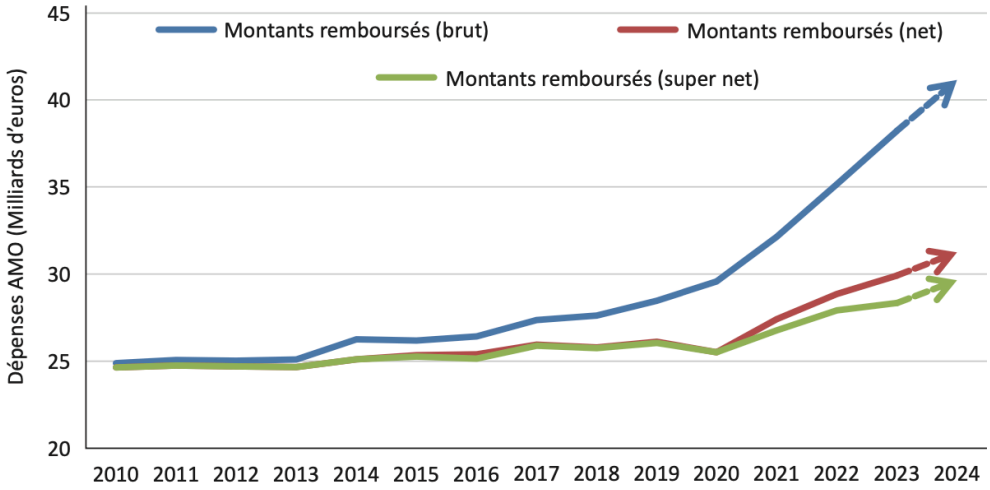
Encadré 3 ▌L'évolution récente des dépenses de médicaments

Les données des comptes de la santé ne rendent compte qu'imparfaitement de l'évolution du marché du médicament. Ne sont individualisées que les dépenses de médicaments en ambulatoire (officines ou rétrocession hospitalière), le coût des médicaments délivrés dans le cadre d'hospitalisations (y compris liste en sus) étant inclus dans l'agrégat « soins hospitaliers ». Par ailleurs, le partage prix-volume ne renseigne pas sur l'évolution des prix des traitements : par construction l'indice de prix n'enregistre que les évolutions de prix de produits existants (qui sont le plus souvent des baisses). L'impact sur la dépense des traitements innovants mis sur le marché ces derniers se retrouve dans l'effet volume, qui est moins lié aux quantités (nombre d'unités) qu'à des effets de structure (substitution de produits anciens par des produits nouveaux plus coûteux).

Les dépenses de produits de santé sont également éclatées dans l'Ondam, entre le sous-objectif soins de ville et le sous-objectif établissements de santé, ce qui rend le suivi et l'analyse moins immédiats. Mais si on reconstitue l'enveloppe budgétaire globale relative aux médicaments, on voit qu'après une quasi-stabilité dans la décennie 2010, l'enveloppe budgétaire relative aux médicaments augmente sensiblement depuis 2020 (Graphique 13).

En 2023 et en 2024, sur le marché officinal, la croissance du CAHT est davantage portée par la poursuite de la montée en charge de médicaments innovants arrivés en 2021, par les nouveaux médicaments arrivés en 2023 et en 2024. Sur le marché hospitalier, hors GHS, la croissance du CAHT est très soutenue depuis plusieurs années et même en accélération depuis 2021 sans doute en raison de l'accroissement des accès précoces (AP), anciennement autorisation temporaire d'utilisation (ATU), tant en volume qu'en valeur[160].

Graphique 13 ▌Évolution des dépenses de médicaments remboursées par l'AMO



Source : Von Lennep, F. (2024). La régulation des dépenses de santé : l'impossible défi ? Les Tribunes de la santé, 81(3), 13-28. https://doi.org/10.1684/seve1.2024.28.

[160] Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024. Éclairage : le marché du médicament en 2023, p. 104-109.

Au total, entre 2019 et 2024 (prévision CCSS), l'Ondam a progressé de 56 Md€, dont 34 Md€ d'évolution tendancielle, 13 Md€ d'impact du Ségur, 8 Md€ de l'inflation ; les dépenses liées à la crise sont résiduelles, de l'ordre de 0,5 Md€.

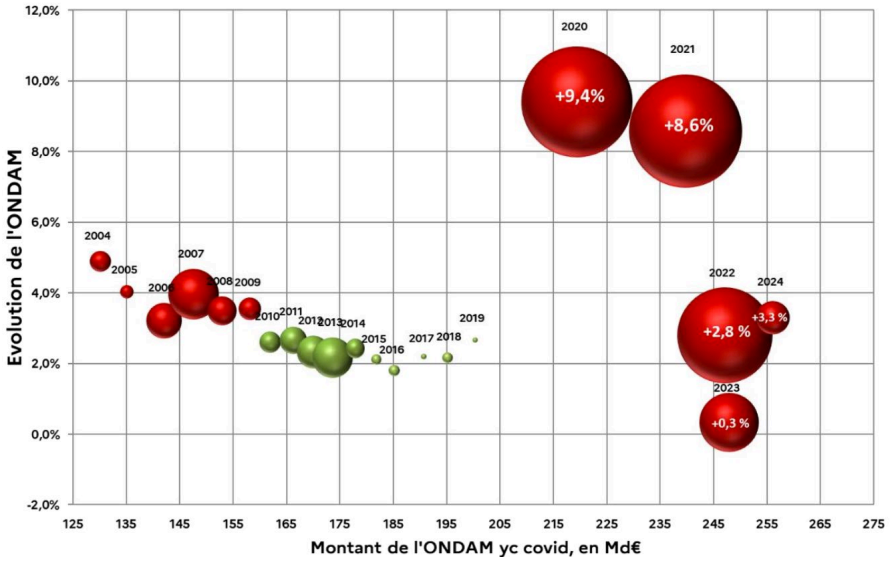
Le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie à l'horizon 2029 suppose un effort de 35 Md€. En effet, 3 à 4 Md€ d'économies par an sont nécessaires, par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses, pour respecter l'Ondam à 2,9 %, soit environ 14 Md€ sur 4 ans. Mais, avec l'hypothèse d'un respect de l'Ondam à 2,9 %, le déficit s'établirait à 19,4 Md€ en 2028. Il faut donc un effort supplémentaire à ce niveau, majoré de l'ampleur des déficits hospitaliers, pour redresser les comptes à l'horizon 2029, soit un effort de 21 Md€ à ajouter aux 14 Md€ pour tenir l'Ondam à 2,9%. Le total s'élève donc à 2,9 %.

5. Retour sur le rétablissement des comptes dans la décennie 2010

Spontanément, on l'a vu, la dépense de santé a tendance à augmenter sous l'effet de multiples facteurs structurels : évolutions démographiques et épidémiologiques, élargissement des possibilités diagnostiques et des options thérapeutiques lié aux progrès médicaux, augmentation du coût des traitements.

Au regard de ces tendances de fond, le fait que dans la décennie 2010, après la crise financière, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB se soit stabilisée puis ait même décru (de 8,8 % à 8,6 %) témoigne des efforts déployés pour maîtriser des dépenses. Des objectifs de plus en plus stricts d'évolution de l'Ondam ont d'ailleurs été respectés dans cette période (Graphique 14).

Graphique 14 ▌Évolution dans le champ de l'Ondam depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert), par rapport à la LFSS initiale. Ainsi, en 2024, les dépenses totales dans le champ de l'Ondam atteindraient 256,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 3,3 %.
Source : PLFSS 2025.

Cette modération des dépenses a contribué au redressement des comptes : dans la deuxième moitié de la décennie, l'Ondam a augmenté moins vite que le PIB en valeur et que la masse salariale. Néanmoins, cette régulation stricte des dépenses n'a pas suffi, à elle seule, à réduire le déficit de près de 12 Md€ en 2010 à environ 1 Md€ en 2018-2019. La maîtrise de la dépense s'est doublée d'une augmentation significative des recettes, de 0,5 point de PIB entre 2010 et 2019 (Graphique 11).

III. Les leviers permettant d'agir sur les volumes de soins

A. La pertinence et le bon usage des soins

1. Un levier vertueux par excellence, dont l'ampleur et les effets peuvent être débattus

L'idée selon laquelle une partie des dépenses de santé finance des soins inutiles ou à faible valeur ajoutée, voire source d'effets indésirables s'est imposée dans tous les systèmes de santé développés à mesure que le progrès des connaissances a permis d'identifier de mieux en mieux des variations de pratiques difficilement explicables, des écarts aux recommandations, des surconsommations de médicaments ou d'actes, des évènements iatrogènes, etc. Réduire ces gaspillages de ressources permet tout à la fois d'améliorer la qualité, la disponibilité des soins et de redonner au système des marges financières, ce qui en fait évidemment un objectif prioritaire.

Les « gaspillages » dans les systèmes de santé ont été évalués en 2017 à un cinquième des dépenses par l'OCDE[161], et d'autres évaluations avancent des chiffres encore plus élevés[162]. Il est toutefois à noter qu'elles s'appuient sur peu d'études (trois ont été répertoriées par le rapport de l'OCDE, aux Pays-Bas, en Australie et aux États-Unis), dont aucune pour la France, et surtout les « gaspillages » ainsi évalués dépassent largement le champ de la non-pertinence. L'OCDE distingue en effet trois catégories de gaspillage en fonction des acteurs et des causes :

- le gaspillage dans les soins cliniques (soins inefficaces et inappropriés (de faible valeur), évènements indésirables évitables, redondances) ;
- le gaspillage opérationnel (prix excessif des intrants, recours à des solutions organisationnelles coûteuses) ;
- le gaspillage dans la gouvernance (dépenses administratives inefficaces).

La pertinence des soins *stricto sensu* (soins inefficaces, inappropriés, redondances, événements indésirables) ne relève que du premier type de gaspillage. Son ampleur est

[161] OCDE (2017). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé.

[162] En 2013, l'Institute of Medicine a évalué que 30 % de chaque dollar investi dans la santé aux États-Unis pourrait être économisé sans produire aucun rationnement, dont 8 % (plus du quart) pour des soins inutiles ou non pertinents.

débattue, et l'ampleur de ce gaspillage réductible par une amélioration des pratiques encore plus.

La difficulté d'identifier la non-pertinence et de lutter contre elle réside dans le fait que la médecine relève non de l'ingénierie biochimique déterministe, mais d'un art d'application à un cas clinique singulier marqué par l'imbrication de caractéristiques biologiques (âge et sexe, mais aussi multiples composantes de l'état de santé : pathologies existantes ou passées, antécédents…) et socio-culturelles (conditions de vie – travail, logement, entourage familial et social, habitudes de vie ; éducation, lieu de vie, cadres de référence culturels…). Un acte ou un produit n'est pas non-pertinent en soi – ou s'il l'est, il doit être sorti du périmètre des prises en charge et l'enjeu ne relève plus de la pertinence – mais il l'est au regard du contexte clinique. Or, si l'on a toujours à l'esprit quelques exemples de non-pertinence sans équivoque (l'examen est refait car le résultat du précédent n'est pas disponible), dans beaucoup de cas les interventions diagnostiques et thérapeutiques ne peuvent être classées sans ambiguïté comme bénéfiques, inutiles ou nocives pour tous les patients : elles sont dans une « zone grise », c'est-à-dire que le rapport bénéfice/risque est mal documenté, ou variable selon les individus. Comme le souligne la Cnam, « *il est relativement aisé de (…) définir [la pertinence] d'un point de vue théorique, en revanche, il est bien plus difficile de la distinguer en pratique courante, en dehors de quelques cas typiques évidents* »[163].

Par ailleurs, la pertinence est vue la plupart du temps sous l'angle de la surmédicalisation (examens ou de traitements inutiles) et elle est traitée comme telle dans le débat public, alors qu'elle recouvre aussi des problématiques de sous-utilisation des soins. Cette ambiguïté est illustrée par les variations géographiques de fréquence des actes, par exemple chirurgicaux. Cette hétérogénéité persistante que l'on observe maintenant depuis plus de vingt ans et que l'on observe dans tous les pays est souvent citée comme un révélateur de non-pertinence[164], mais il est difficile d'en déduire une appréciation normative sur le « bon niveau » de recours : face à ces constats de disparités géographiques, les territoires les plus consommateurs sont-ils dans une situation de mésusage, ou les territoires les moins consommateurs sont-ils dans une situation de sous-recours ?

2. Une problématique qui est au cœur de la stratégie de maîtrise des dépenses depuis de nombreuses années

La question de la pertinence des soins n'est pas nouvelle. Si elle a émergé aux États-Unis dès les années 1970, en France l'assurance maladie l'a intégrée dès les années 1990. C'est à cette époque que l'assurance maladie a engagé ses premières actions pour améliorer la pertinence des soins. Si la tentative des références médicales opposables (RMO) instaurées par la loi Teulade de 1993 a constitué une expérience éphémère, elle a marqué un tournant dans la régulation de la dépense, jetant les bases d'une stratégie de l'assurance maladie

[163] Source : rapport sur les charges et produits pour 2019.

[164] La persistance d'écarts de pratiques médicales entre établissements de santé et départements, mise en évidence dans les atlas publiés par l'IRDES, a été rappelée par la Cour des Comptes dans sa note récente sur l'Ondam.

fondée sur la promotion du « juste soin » : des objectifs de maitrise médicalisée ont été intégrés dans les conventions et soutenus par des incitations financières, des actions de communication et d'information vers les professionnels ont été développées et progressivement mieux outillées (visites par des délégués de l'Assurance maladie, ciblage des professionnels en fonction des pratiques observées, profils personnalisés, supports d'information synthétiques pour faciliter l'appropriation des recommandations, outils numériques d'aide à la prescription…) ; dans certains cas, des actions plus contraignantes ont été mises en œuvre (dispositifs d'accord préalable).

La HAS a été mobilisée pour élaborer des recommandations, des programmes régionaux ont été déployés par les ARS, concernant notamment des actes chirurgicaux ou d'exploration dont la fréquence augmente rapidement ou varie fortement entre territoires.

La préoccupation du bon usage du système n'est donc pas nouvelle et s'est traduite par de multiples actions. Quel en est le bilan et peut-on aller plus loin aujourd'hui, et comment ?

3. Des impacts réels des actions, mais parfois difficiles à maintenir dans le temps

Plusieurs exemples montrent des résultats probants en matière de maîtrise médicalisée.

Une des premières campagnes d'ampleur de l'assurance maladie, celle sur les antibiotiques en 2002, est restée dans les mémoires : combinant une communication grand public et un accompagnement des prescripteurs, elle a fait baisser de 23 % de la consommation d'antibiotiques dans les cinq années qui ont suivi, avec une diminution particulièrement forte chez les enfants.

La réduction des prescriptions d'examens biologiques inutiles a fait aussi l'objet de plusieurs campagnes. On constate en effet pour certains d'entre eux un mésusage très élevé, par exemple pour les dosages de la vitamine D et les triples dosages dans les bilans thyroïdiens : 9 % seulement des dosages de vitamine D chez les adultes correspondaient en 2022 aux recommandations de la HAS (qui ne préconise ce dosage que dans 6 situations cliniques précises en dehors desquelles il n'a pas d'utilité). De la même manière, elle recommande, dans les bilans thyroïdiens, de doser en première intention la TSH et seulement ensuite, en fonction des résultats, les dosages complémentaires : or 30 millions de triples dosages ont été réalisés chez des adultes en 2021.

Les actions menées auprès des prescripteurs ont eu des résultats significatifs : la campagne réalisée en 2014 a permis d'obtenir une baisse des prescriptions de dosages de la vitamine D de plus de 60 %, une baisse des triples dosages de 23 %[165], et une nouvelle action en 2023 a permis à nouveau une réduction substantielle.

[165] Polton D., Lignot-Leloup M. (2016), « Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée », in Bourdillon F., Brücker G. Tabuteau D., Traité de santé publique, Cachan, Lavoisier – Médecine Sciences publications. pp. 199-205.

Le dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux mis en place en 2022[166] a obtenu également des résultats positifs, avec des augmentations de plus de 10 points du taux de pénétration pour certaines des molécules ciblées entre janvier et décembre 2022[167].

Des évaluations rigoureuses menées pour mesurer l'impact des visites des délégués de l'assurance maladie ont montré des différences significatives d'évolution des comportements de prescription entre les praticiens ciblés par les visites et des groupes témoins de praticiens non visités, par exemple sur la prescription dans le répertoire ou sur les durées de traitement par benzodiazépines[168].

Certaines démarches ont été mises en place en partenariat avec les sociétés savantes. Ainsi un travail conjoint avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) a permis d'établir qu'en 2013 près de 4 millions d'examens préanesthésiques (bilans d'hémostase, groupes sanguins, ionogrammes) n'étaient pas nécessaires à la bonne prise en charge du patient, et a conduit à élaborer un plan d'actions pour réduire les examens superflus. Entre 2013 et 2017, la proportion d'examens évitables a baissé pour les bilans d'hémostase chez l'enfant (de 40 à 32 %) et chez l'adulte (de 22 à 18 %), ainsi que pour les groupes sanguins (de 45 à 30 %).

Ces exemples montrent que les actions déployées pour infléchir les comportements des professionnels dans le sens d'une meilleure pertinence des actes et des prescriptions peuvent avoir une réelle efficacité. De fait, ces actions répétées et jouant sur différents leviers contribuent à modérer l'évolution des dépenses.

Néanmoins, le succès des actions menées est variable. Certaines campagnes n'ont pas eu d'impact, ou parfois les impacts apparaissent modestes au regard de l'ampleur des mésusages constatés. C'est par exemple le constat de la Cnam sur les résultats obtenus en matière d'examens préanesthésiques : la pertinence s'améliore, mais de façon modérée, et pas pour tous les examens. Compte tenu de l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales sur la période, le nombre absolu d'interventions pour lesquelles les prescriptions auraient pu être évitées a continué à augmenter un peu entre 2014 et 2017[169].

---

[166] Ce dispositif, issu de la négociation de l'avenant 9 signé le 30 juillet 2021 et paru au Journal officiel du 25 septembre 2021, est entré en vigueur le 1er janvier 2022. Le dispositif est évolutif et intègre très régulièrement de nouvelles molécules au fur et à mesure de leur introduction sur le marché.

[167] Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2022 : + 17 % pour l'adalimumab, + 14 % pour l'etanercept, + 11 % pour la folliotropine alpha. Source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024.

[168] À titre d'exemple, une étude comparant en 2013, un groupe de médecins visités à un groupe témoin de médecins non visités a montré des évolutions significativement différentes, pour la part de statines prescrites dans le répertoire (+ 1 point) et pour les traitements par benzodiazépines de plus de 12 semaines (– 0,7 %, contre + 1,1 % pour les praticiens non visités). Source : Polton D., Lignot-Leloup M. (2016), « Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée », in Bourdillon F., Brücker G. Tabuteau D., Traité de santé publique, Cachan, Lavoisier – Médecine Sciences publications. pp. 199-205.

[169] Rapport Charges et produits pour 2020.

Lorsque les actions menées sont fructueuses, il peut être difficile de cranter ces succès dans la durée. L'expérience montre que les actions d'information et de communication en direction des professionnels peuvent induire une modification des pratiques, mais que celle-ci n'est pas forcément pérenne. L'exemple des dosages de vitamine D, pour lesquels les campagnes ont eu un impact notable, l'illustre : à la baisse consécutive à la campagne de 2014 a succédé une nouvelle augmentation, que l'action récente a permis de juguler de nouveau (Graphique 15). On voit ainsi qu'on peut obtenir des résultats probants, mais qu'il est nécessaire de les consolider par des actions répétées.

Graphique 15 ▌Évolution des volumes de dosages de la vitamine D entre 2013 et 2024

Source : Cnam.

La permanence dans le temps des thématiques de non-pertinence témoigne d'ailleurs de la difficulté à faire changer durablement les comportements.

L'ampleur des mésusages dans les prescriptions médicamenteuses courantes, pour lesquels la France se distingue souvent de nombreux pays européens, est connue de longue date. Nous restons toujours, malgré une baisse continue depuis 10 ans de la consommation d'antibiotiques en ville, le 4ème pays européen le plus consommateur derrière la Grèce, la Roumanie et la Bulgarie. La surprescription des benzodiazépines – anxiolytiques et hypnotiques – est également documentée depuis longtemps, notamment chez les personnes âgées, de même que celle des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), malgré les recommandations de la HAS. La surprescription de médicaments psychotropes est particulièrement préoccupante chez les enfants, dont le niveau d'exposition est élevé par rapport à d'autres pays pour plusieurs classes thérapeutiques, dont certaines à l'usage controversé ou dont les effets sur le développement psychique et somatique sont redoutés (comme le mentionne également le conseil de l'enfance et de l'adolescence dans sa contribution à la saisine du Premier ministre).

La recherche d'une meilleure pertinence des soins est donc une tâche de longue haleine. Les déterminants de la prescription et de la consommation de soins sont complexes ; ils renvoient à la formation des professionnels, mais aussi à des dimensions sociologiques et culturelles, aussi bien pour les médecins que pour les patients, et l'expérience internationale montre qu'il n'y a pas de solution magique pour faire changer les comportements.

Il faut néanmoins continuer à poursuivre sans relâche cet objectif de promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de manière efficiente,

car c'est un enjeu majeur pour répondre à des besoins croissants en optimisant l'utilisation des ressources. À cette fin, il faut jouer sur tous les leviers possibles. La formation, notamment la formation initiale, en fait évidemment partie. D'autres leviers peuvent contribuer à infléchir les pratiques au cours de l'exercice professionnel et sur ce plan l'expérience acquise, notamment par l'assurance maladie (cf. ci-dessous), permet progressivement d'améliorer les outils, de mieux prendre en compte les freins au changement, de tester de nouveaux modes d'action.

4. Une palette d'instruments existants, une démarche renouvelée par la convention médicale de 2024

La palette des leviers d'action s'est élargie pour promouvoir des soins pertinents, efficients, conformes aux recommandations.

Certains ont pour objectif d'éviter *a priori* les redondances et les actes ou prescriptions inutiles, d'autres interviennent *a posteriori*, sur la base du constat des pratiques effectives, pour faire évoluer les comportements. Ils présentent des degrés de contrainte variables pour les acteurs, professionnels et patients, depuis l'information et l'incitation jusqu'à un contrôle plus strict limitant la liberté de pratique ou d'usage du système. Le Tableau 3 récapitule les instruments disponibles.

Tableau 3 ▌Instruments pour favoriser la pertinence et le bon usage des soins

Objectif	Levier / instrument
Éviter *a priori* les actes et prescriptions inutiles ou non conformes aux recommandations	Échanges d'information entre professionnels *via* les outils numériques pour éviter les redondances et prescriptions inappropriées (ex. Mon espace santé)
	Logiciels d'aide à la prescription intégrant les recommandations et pouvant orienter les prescriptions – aide financière à l'acquisition de LAP, téléservices (ex. l'avis d'arrêt de travail en ligne)
	Prescriptions renforcées / sécurisées – exemple Prescription sécurisée Tramadol, accompagnement à la prescription AGLP-1
	Seuils de remboursement (ex. bandelettes d'autosurveillance glycémique)
	Demande d'accord préalable (exemples PPC/OAM, Grand appareillage, chirurgie bariatrique…)
	Limitation de la délivrance (ex. 7 jours pour les pansements)
Faire évoluer les comportements à partir du constat *a posteriori* de pratiques non pertinentes	Formation des professionnels (DPC), surveillance collective (observatoire de la pertinence), groupes d'analyse des pratiques
	Information des patients (ex. campagne « Choisir avec soin »)
	Campagnes thématiques, ciblage des professionnels en fonction de leurs pratiques, retours d'information, visites des délégués de l'assurance maladie
	Incitations financières pour les professionnels (exemples CAQES, intéressement conventionnel sur IPP et biosimilaires)
	Incitations financières pour les patients (ex. tiers payant contre génériques)
	Mise sous objectif (MSO) et mise sous accord préalable (MSAP) par l'Assurance Maladie sur les IJ

Dans la poursuite des politiques menées depuis une vingtaine d'années, d'ambitieux objectifs ont été fixés dans le cadre de la convention médicale signée le 4 juin 2024. Ils s'articulent autour de quatre priorités :

- l'amélioration des parcours des patients atteints de pathologies chroniques ;
- l'adéquation renforcée entre les pratiques professionnelles et les recommandations scientifiques ;
- le bon usage des produits de santé : pertinence des prescriptions et réduction des actes et consommations de soins inutiles ou redondants, parallèlement à la lutte contre le non-recours aux soins nécessaires et appropriés ;
- la sobriété des pratiques : intégration du risque environnemental et décarbonation du système de santé à travers la sobriété des soins et la promotion de soins écoresponsables au bénéfice des patients.

La convention innove en s'appuyant sur un engagement des parties prenantes dans des objectifs partagés d'efficience des soins. Pour ce faire, elle prévoit un dispositif comprenant :

- 15 programmes d'actions partagés avec des engagements réciproques de l'Assurance Maladie et des médecins libéraux pour atteindre des objectifs de pertinence des soins :
    - pertinence des prescriptions des arrêts de travail,
    - lutte contre l'antibiorésistance,
    - réduction de la polymédication,
    - conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR),
    - développement des biosimilaires,
    - sécurisation du recours aux analgésiques de palier 2,
    - pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »,
    - pertinence de la prescription et de l'utilisation des traitements pour apnée du sommeil,
    - diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents,
    - qualité des prescriptions des actes infirmiers,
    - pertinence de la prescription des transports sanitaires et transports partagés,
    - diminution des examens biologiques inutiles,
    - juste recours à l'ordonnance bizone,
    - amélioration du dépistage précoce des maladies cardiovasculaires et des cancers ;
- 4 dispositifs d'intéressement permettant un partage financier avec les médecins conventionnés des économies permises pour l'Assurance Maladie par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres :
    - intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires,
    - intéressement à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP),
    - intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire,

    - valorisation de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ;
- 1 dispositif pour informer et sensibiliser les médecins à la sobriété des prescriptions et récompenser les pratiques les plus sobres :
    - déploiement de formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et mise en place des groupes d'amélioration des pratiques (GAP) ;
    - création d'un observatoire conventionnel national de la pertinence et la qualité.

L'article 66 de la convention médicale 2024-2029 met en place un dispositif de « bonus sobriété »[170] pour les prescriptions de médicaments effectuées par les médecins généralistes pour la patientèle dont ils sont médecins traitants. L'objectif affiché est de réduire l'empreinte carbone. Le dispositif consiste à établir pour chaque médecin généralistes un ratio de sobriété constitué par le rapport entre, d'une part, le montant des dépenses de médicaments induites par les prescriptions de ce généraliste pour sa patientèle de médecin traitant et, d'autre part, avec le niveau moyen de prescription des généralistes. Pour établir ce rapport, les patientèles sont stratifiées selon le sexe, l'âge, le statut au regard du bénéfice de l'ALD et de la CSS. Un bonus de sobriété est versé aux médecins généralistes avec un ratio de sobriété inférieur ou égal au 3e décile, ou avec un ratio de sobriété compris entre le 3e et le 6e décile et dont le ratio de sobriété a diminué d'au moins 10 % entre l'année N-1 et l'année N.

Ce dispositif récompense donc les médecins ayant les meilleurs résultats en termes de sobriété mais aussi ceux qui, ayant des résultats moyens, progressent : chaque approche est porteuse d'un risque d'effet d'aubaine.

La capacité d'un tel dispositif à infléchir véritablement les comportements des prescripteurs (au-delà d'un signal général en faveur de la sobriété) peut être questionnée à plusieurs titres :

- il suppose que l'incitation financière soit le levier décidant un praticien à modifier sa pratique : or, les pratiques de prescription relèvent d'autres facteurs potentiellement plus importants (formation, habitudes, relation avec le patient) ;
- à supposer qu'un praticien soit motivé par cette incitation, il faudrait qu'il puisse disposer en temps réel des informations nécessaires au pilotage de sa pratique (données sur ses prescriptions corrigées de la patientèle, sur leur évolution, éléments de comparaison avec les autres prescripteurs, identification des éléments d'atypie / de progrès du praticien, simulations du bonus)… En l'absence de tels outils, le praticien est aveugle sur les conséquences de sa prescription ; un bonus est d'autant plus incitatif qu'il est compréhensible. Un dispositif cumulant niveau des résultats et progression des résultats, reposant sur une échelle mobile en fonction des résultats

[170] Ces questions de sobriété environnementale constituent à l'évidence un défi majeur du système de santé et sont par ailleurs fortement porteur de sens pour les acteurs dans tous les secteurs de soins.

de l'ensemble des prescripteurs, sur une comparaison des prescriptions corrigées des caractéristiques de la patientèle, est vraisemblablement trop complexe pour produire cet effet.

5. Mobiliser ce levier de la pertinence et du bon usage au-delà de ce qui est déjà fait depuis des années : quelles pistes ?

Les actions de gestion du risque déployées, qui se sont diversifiées au cours des années, participent d'ores et déjà, en réduisant le volume des actes et prescriptions superflus ou non conformes aux recommandations, à modérer la tendance spontanée d'évolution des dépenses. Elles contribuent au respect de l'objectif d'une évolution de l'Ondam de 2,9 % dans les prochaines années, respect qui suppose un effort significatif au regard de la dynamique de croissance spontanée.

Accroître leur rendement suppose d'une part de mieux cibler le champ couvert par ces actions, d'autre part de faire évoluer les modalités d'interventions.

a. Le champ des actions de pertinence

Les progrès des systèmes d'information et leur exploitation de plus en plus systématique ont permis de documenter de mieux en mieux les pratiques, leur variation, leur conformité aux recommandations. Les domaines sur lesquels des gisements d'efficience existent sont très largement identifiés : prescription médicamenteuse dans certaines classes thérapeutiques, polymédication, recours excessif à des examens biologiques, usage de certains dispositifs médicaux (pression positive continue, pansements, autosurveillance glycémique, compléments nutritionnels oraux…), mauvais usage des transports sanitaires, pertinence des actes d'imagerie en forte croissance (avec notamment une substitution de l'imagerie en coupe à l'imagerie conventionnelle faisant de la France un des pays présentant le plus fort taux de recours à l'imagerie en coupe), de certains actes chirurgicaux, prescription des génériques et des biosimilaires, recours à la chirurgie ambulatoire…

Pour pouvoir mieux connaître les enjeux de non-pertinence, améliorer encore la capacité de diagnostic sur la conformité aux recommandations, de ciblage des professionnels qui pourraient être concernés par des actions, et mettre en lumière de nouveaux champs d'intervention, **il est aujourd'hui indispensable de faire figurer le codage des pathologies et des indications thérapeutiques sur les ordonnances**. Cette évolution extrêmement structurante en termes de compréhension et de maîtrise du système se heurte à la sensibilité de ces informations, mais l'ordonnance électronique doit permettre de répondre à cet enjeu (cf. infra).

Les actions pour améliorer la pertinence des prescriptions doivent aussi cibler les prescripteurs hospitaliers, aujourd'hui peu ou mal ciblés par les actions de maîtrise médicalisée, ce qui est particulièrement regrettable au vu de la dynamique particulièrement élevée des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Il conviendrait à ce titre d'accélérer leur accès au dossier médical partagé ainsi qu'à l'ordonnance électronique.

Les sociétés savantes pourraient également être mobilisées plus largement pour identifier, dans leurs domaines respectifs, quelques prescriptions pour lesquelles la balance bénéfice – risque doit être évaluée avec soin et le risque de non-pertinence est réel.

Les domaines d'intervention possibles étant nombreux, il est important de les prioriser et de les cibler en fonction de leur impact à la fois financier et sanitaire, de façon à concentrer sur ceux à plus forts enjeux un ensemble coordonné d'actions, l'expérience internationale semblant montrer que c'est par la combinaison de différents leviers que les résultats les plus significatifs peuvent être obtenus.

b. Les leviers

Au-delà de l'identification des marges de progrès, il est nécessaire de comprendre les raisons des sur-prescriptions et de la non-conformité aux recommandations, de comprendre aussi les freins aux changements de comportement. Des enquêtes auprès des professionnels et des travaux de recherche, notamment en sciences du comportement et en sociologie, s'intéressent de plus en plus à ces questions et sont à poursuivre. Même si l'on n'en attend pas de solutions immédiates, ils permettent de mieux ajuster les stratégies et les instruments utilisés.

De même, le développement de la recherche interventionnelle, aussi appelée « science des solutions », pour améliorer les bonnes pratiques et les bons recours est essentiel (voir la partie Prévention et la question des données probantes). En France, elle est notamment portée par l'Institut de la recherche en santé publique (IReSP)[171].

Concernant les leviers qui pourraient être déployés pour une meilleure efficacité des actions, deux types d'approches peuvent être soutenues.

La première repose sur l'idée que l'engagement des acteurs du système de soins autour d'objectifs communs et leur mobilisation pour atteindre ces objectifs donne les meilleures garanties de modifications de pratiques acceptées et durables. Dans cette perspective, la priorité est à donner :

- **aux outils qui facilitent, pour les professionnels, les meilleures pratiques, et notamment aux outils numériques :** aide à la prescription, accès facile aux recommandations, partage des informations sur le patient pour éviter les redondances. La mobilisation des sciences comportementales pourrait permettre d'améliorer l'impact de ces outils sur les pratiques ;
- **à l'information :** information aux professionnels, et notamment retour d'information notamment sur les coûts des prescriptions, pour qu'ils puissent évaluer leurs pratiques ; information aux patients sur les bonnes pratiques dès l'établissement d'un diagnostic ou d'une prescription, information sur les risques de mésusage, de surprescription, et mise en visibilité du coût des soins ;
- **à l'alignement des incitations économiques avec les objectifs du système :** l'évolution des modes de rémunération des pharmaciens d'officines, qui a décorrélé leur rémunération du chiffre d'affaires du médicament remboursable (avec la mise en

[171] GIS-IReSP | Institut pour la Recherche en Santé Publique.

place de l'honoraire de dispensation) et égalisé les marges entre génériques et princeps, en constitue une bonne illustration.

La seconde approche s'appuie sur des **mesures qui contraignent plus la liberté de pratique des professionnels et la liberté d'usage du système par les patients**. De telles mesures existent déjà dans notre système : **demandes d'accord préalable, mise sous objectifs ou sous accord préalable, accompagnement à la prescription**, limitation des remboursements… Ces mesures de contrôle pourraient être renforcées et déployées sur les secteurs dans lesquels des risques de mésusage sont anticipés au moment de l'introduction de certains traitements ou technologies, ou à titre correctif quand on constate des dérives.

Dans nombre de pays la prescription médicamenteuse fait l'objet d'un contrôle plus important par les payeurs. Les médicaments sont classés en plusieurs catégories en fonction des risques qu'ils présentent, risques financiers liés à leur coût mais aussi risques de mésusage, et pour certains la prise en charge financière peut être conditionnée au respect de conditions de prescription qui peuvent être contrôlées soit *a posteriori*, à charge pour le praticien de tenir ces éléments à disposition, soit *a priori* (accord préalable). Ces procédures ont longtemps été génératrices de surcharges administratives mal vécues par les professionnels, mais aujourd'hui l'ordonnance numérique peut permettre de les intégrer de manière beaucoup plus fluide dans le fonctionnement du système. **Le dispositif d'accompagnement à la prescription issu de la LFSS pour 2024, qui repose sur un téléservice à remplir par le prescripteur, constitue un bon équilibre entre une contrainte permettant d'infléchir les pratiques et la souplesse nécessaire**.

De la même manière, l'utilisation d'outils numériques (logiciels d'aide à la prescription, accès au dossier du patient), aujourd'hui encouragée, pourrait comporter une part d'obligation, à condition que l'évolution de ces outils garantisse qu'ils permettent d'orienter véritablement les prescriptions vers le respect des recommandations, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Faire évoluer l'équilibre entre la nécessaire ergonomie de ces outils, indispensables pour qu'ils constituent une aide pour les professionnels et qu'ils soient adoptés par ces derniers, et une meilleure prise en compte des recommandations, constitue un chantier ouvert.

La transcription de recommandations conditionnant la pertinence d'un acte à la réalisation d'un acte préalable peut également constituer un levier efficace. Cette approche a par exemple été mise en œuvre récemment s'agissant des dosages de PSA libre, dont la prise en charge est conditionnée au résultat du dosage du PSA total. Elle suppose des recommandations de bonne pratique suffisamment « déterministes » pour être intégrées dans les règles de prise en charge.

Ces deux approches peuvent paraître antinomiques, la première misant sur l'adhésion des professionnels et des patients et la seconde sur le contrôle, mais en réalité elles peuvent être combinées en fonction des problèmes traités et de leurs enjeux. Les systèmes d'incitation peuvent aussi combiner des incitations positives et négatives : intéressement aux économies réalisées, mais aussi responsabilisation financière avec un partage du risque entre les offreurs et l'assurance maladie.

6. Le déploiement d'outils numériques rénovés peut accélérer les démarches de pertinence

a. *Mon Espace Santé : une illustration des défis liés à l'interopérabilité et à l'utilisation par les usagers*

La réforme de l'assurance-maladie de 2004 faisait du dossier médical personnel (DMP) « *l'outil le plus efficace de [la] coordination des soins* ». L'objectif affiché était de réduire les coûts induits par une mauvaise coordination des soins (examens redondants, perte d'informations, retards diagnostiques) *via* la mise en commun d'informations éparses sur les patients : éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé, compte rendu résumé de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Le DMP visait à corriger les effets néfastes du cloisonnement entre les médecins de ville, entre les hôpitaux, entre les services d'un hôpital, entre l'hôpital et les médecins de ville et, enfin, entre les différents professionnels de santé appelés à soigner un même patient. Le DMP visait donc à la fois à répondre aux besoins de coordination des soins, mais également au besoin d'interopérabilité entre les systèmes d'information de santé préexistants.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS) a transformé le dossier médical « personnel » en dossier médical « partagé » : il ne s'agit pas uniquement d'un changement sémantique, mais au contraire d'une redéfinition des objectifs désormais dévolus au dossier médical : au service des professionnels de santé, le DMP permet de partager des données et documents clairement identifiés au sein des dossiers patients. Le DMP est défini comme un « *dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients* » (Art. R. 1111-26 du code de santé publique). Le patient peut déclarer à son médecin des informations personnelles qui pouvaient rester inconnues des autres professionnels. Chaque professionnel de santé habilité reporte les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins à l'occasion d'une consultation, d'un examen ou d'un séjour. La lettre de liaison produite à l'issue d'une hospitalisation, ainsi que le volet médical de synthèse produit par le médecin traitant, sont ajoutés au DMP et devrait être destinée idéalement à l'équipe traitante dans son ensemble quand celle-ci est constituée.

Le DMP a ensuite été intégré au sein de Mon Espace Santé, officialisé en 2019 et généralisé à partir de 2022.

Toutefois, l'adoption effective de Mon Espace Santé par les professionnels de santé comme par les usagers reste inférieure aux objectifs initiaux.

En 2024, **deux tiers des Français ont reçu au moins un document de santé** dans Mon espace santé. Les professionnels et établissements de santé ont largement envoyé des documents clés du parcours de soin dans Mon espace santé : des comptes rendus d'examens de biologie (117 millions), des prescriptions de médicaments (69 millions), des comptes rendus d'imagerie médicale (26 millions), etc. En revanche le nombre de patients utilisateurs au moins une fois depuis 2022 de ce service reste nettement inférieur (17 millions).

Une grande majorité d'établissements et de professionnels de santé sont équipés de logiciels leur permettant de transmettre de manière simple et systématique les documents

de santé. En décembre 2024, ce sont ainsi près de 95 000 professionnels de santé libéraux, dont 67 000 médecins (hors radiologie) et 17 000 pharmacies, 263 groupements de laboratoires de biologie, 3 700 établissements de santé et plus de 6 500 établissements sociaux et médico-sociaux qui ont déposé des documents dans Mon espace santé.

Plusieurs défis majeurs ont été identifiés :

- l'alimentation systématique et obligatoire du dossier (notamment le dépôt en routine des documents) par les professionnels de santé. À cet égard, il est crucial que les solutions de dépôt de documents proposées par des acteurs tels que les plateformes de prises de rendez-vous en ligne ne soient pas concurrentes de Mon Espace Santé mais contribuent au contraire à alimenter Mon Espace Santé, à travers un déversement systématique de ces documents ;
- l'interopérabilité incomplète entre les logiciels métiers et la plateforme nationale, les éditeurs de logiciels devant fournir aux professionnels de santé des versions leur permettant de bénéficier des fonctionnalités du « Ségur numérique » ;
- le retard d'implémentation à l'hôpital ;
- l'ergonomie insuffisamment optimisée pour certains usages: notamment, les informations ne sont pas structurées et sont présentées sous forme d'une accumulation de documents, ce qui rend difficile la recherche d'informations par les professionnels (vérification de l'existence d'un résultat de biologie récent pour éviter une redondance, par exemple) ;
- et l'atteinte d'une masse critique d'utilisateurs pour faire émerger des effets de réseau significatifs.

Des efforts sont en cours pour répondre à ces obstacles : mises à jour logicielles, incitations financières, obligations réglementaires (ex. : obligation d'alimenter le DMP pour certains actes remboursés), et renforcement de la maintenance technique.

Toutefois, certains usages alternatifs persistent : des messageries instantanées non sécurisées ou privées restent couramment utilisées entre soignants, alors que la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) est accessible *via* Mon Espace Santé. Cette situation traduit une inertie des usages liée à des habitudes bien ancrées, mais aussi à des écarts d'ergonomie perçue entre les outils officiels et les solutions grand public.

Pour favoriser une appropriation plus large, l'amélioration de l'accessibilité, de l'expérience utilisateur et de la fluidité des interfaces constitue une priorité. À cet égard, l'analyse comparative des pratiques et des interfaces des applications alternatives pourrait inspirer des évolutions pragmatiques de Mon Espace Santé, en particulier sur les fonctionnalités de communication et de navigation multi-supports. Dans une démarche similaire, des plateformes existantes déjà adoptées et qui assurent aussi une mission de sensibilisation et de prévention comme l'espace personnel du compte Ameli pourraient être fusionnées à Mon Espace Santé, ou être au minimum mieux connectées à travers une « navigation sans couture ».

Dans un second temps, des solutions d'intelligence artificielle (IA) pourraient rendre plus exploitable l'information disponible, l'IA permettant d'analyser et de qualifier le contenu

des documents, et de proposer une recherche intelligente d'informations. Le développement d'indicateurs de consultation de Mon Espace Santé par les professionnels pourrait aussi faire partie des évaluations de la qualité des soins.

b. L'ordonnance électronique, selon sa trajectoire future, pourrait enrichir considérablement la connaissance des prescriptions

Les travaux sur l'ordonnance numérique se poursuivent sur le champ des produits de santé auprès des médecins prescripteurs et des officines. Les travaux sur l'extension à d'autres prescriptions sont en cours.

Le projet poursuit aujourd'hui plusieurs finalités :

- assurer l'alimentation automatique de Mon Espace Santé ;
- renforcer la lutte contre la fraude (notamment, sécurisation de l'ordonnance et affichage de l'historique des délivrances et des interventions pharmaceutiques à toutes les officines).

L'outil est encore en cours de déploiement : au 31 mars 2025, 38 944 médecins (38,9 % des médecins libéraux) ont créé une ordonnance numérique et 15 079 pharmacies (75 %) ont exécuté une ordonnance numérique.

Le projet peut permettre d'enrichir considérablement la connaissance des prescriptions et potentiellement les actions menées en termes de pertinence (cf. le chapitre dédié de ce rapport) :

- il permettra de faciliter les échanges entre les professionnels de santé, le transfert automatique de pièces justificatives et la vérification de la délivrance des ordonnances ;
- dans une possible évolution ultérieure qui n'est pas actuellement programmée, le projet pourrait permettre de normer davantage la forme des prescriptions, et d'engager, sous réserve d'évolutions législatives, des transformations telles que la mention de l'indication sur l'ordonnance. L'ajout d'une telle mention constituerait un apport majeur en termes de connaissance de la pertinence des prescriptions, ainsi que de ciblage des actions de maîtrise médicalisée, voire de mise en place de dispositifs renouvelés de contrôle de la prescription[172]. Une telle évolution soulève la question de la sensibilité de la mention de l'indication, mais son inscription dans le cadre d'un processus numérique permettrait de définir des règles d'accès spécifiques pour cette mention.

La généralisation de ces solutions suppose toutefois de définir une solution pour les prescripteurs hospitaliers (dont les enjeux spécifiques liés aux prescriptions des internes).

[172] La loi prévoit déjà que la prescription d'examens de biologie doive contenir « les éléments cliniques pertinents », même si ce n'est souvent pas fait par le prescripteur.

c. *Une évolution des logiciels d'aide à la prescription (LAP) permettant d'en faire davantage des outils en faveur de la pertinence*

Le déploiement des LAP a pu être présenté comme un outil permettant d'aider à la pertinence des prescriptions. Cette ambition s'est assez largement heurtée à une autre finalité de ces outils qui était également de constituer une facilitation du travail du prescripteur. La production de listes de prescriptions-types n'a pas été nécessairement orientée dans une logique de pertinence. La mise en place d'alertes (en cas d'interaction médicamenteuse déconseillée, contre-indications…) doit être conciliée avec les exigences d'ergonomie de ces outils, indispensable à leur adoption par les professionnels : si l'alerte est trop « bloquante » pour le professionnel, son impact est trop négatif sur l'ergonomie de l'outil ; si elle ne l'est pas assez, son impact sur les pratiques de prescription est faible. Nombre d'outils ont été confrontés à la surcharge d'alertes : si un logiciel produit trop d'alertes, les prescripteurs s'habituent à les ignorer ou à les désactiver.

La conciliation entre objectifs d'ergonomie et de pertinence fait toutefois l'objet de travaux actuels reposant sur la mobilisation des sciences comportementales (*nudge*) pour orienter les comportements des prescripteurs. Elle doit se faire en lien étroit avec les professionnels concernés, selon des modalités rencontrant leur adhésion et sur l'exploitation de solutions d'intelligence artificielle, portées en lien avec les professionnels concernés, pour mieux intégrer les recommandations de la HAS et des sociétés savantes dans les algorithmes.

B. Développer la prévention et davantage prioriser ses interventions vers les cibles et leviers présentant le plus fort impact

1. Un levier à l'efficacité largement démontrée pour réduire la prévalence des maladies chroniques

L'intérêt de mettre en place et de développer des actions et programmes de prévention et de promotion de la santé[173] n'est plus à démontrer.

- En termes de mortalité évitable par de la prévention, le dernier rapport des comptes de la santé de la Drees (2024, données 2023) estime à 124 le nombre de décès évitables par prévention pour 100 000 personnes en 2022 (hors Covid-19), un niveau proche des pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud.
- Le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité et l'obésité sont à ce jour les principaux facteurs de risque sur lesquels agir pour réduire la mortalité évitable[174]. À cet égard, si la France présente une part de population en surpoids et en obésité inférieure à la moyenne européenne, elle connaît une proportion de fumeurs quotidiens égale à la

[173] Dans la suite du texte, le terme prévention sera privilégié par souci de simplification rédactionnelle. La promotion de la santé inclut à la fois la prévention dans toutes ses dimensions, la protection de la santé (mesures pour changer l'environnement et la réglementation dans le sens d'une bonne santé), l'éducation pour la santé et les dynamiques communautaires. Tannahill A. Health promotion: the Tannahill model revisited. Public Health. 2009;123:396-399.

[174] Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020 > Drees.

moyenne européenne (et supérieure à la plupart de ses voisins) et une proportion de consommateurs réguliers d'alcool qui la place parmi les pays les plus consommateurs. Les perturbateurs endocriniens ainsi que les différentes expositions aux pollutions environnementales sont également en cause dans cette mortalité évitable.

- En termes de réduction des dépenses de santé, dans son rapport de novembre 2021, « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées », la Cour des comptes a calculé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ferait économiser environ 1,5 Md€ dans les dépenses de l'assurance maladie[175].
- Le rapport Igas « La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé » d'octobre 2024, cite une étude au Royaume-Uni qui suggère que les dépenses en matière de santé publique sont globalement plus efficientes que les dépenses de soins : il faut 3 800 £ pour produire une année de vie en bonne santé (un Qaly) dans le domaine de la santé publique, contre 13 500 £ dans le domaine des soins.
- Plusieurs pays se sont dotés de recommandations et d'outils très opérationnels pour identifier et implanter les pratiques cliniques préventives dans le champ du soin par les professionnels de santé. L'*US Preventive Task Force* propose notamment des recommandations pour les professionnels de santé autour de 3 types de prévention : dépistage ; médicaments préventifs et conseils/éducation en indiquant leur niveau de preuve[176]. De même au Québec, un guide de bonne pratique en ligne, mis à jour régulièrement permet d'avoir accès aux recommandations de prévention clinique selon les périodes de la vie et en fonction de profils personnalisés[177].

2. Le bilan économique de la prévention emporte plusieurs dimensions d'appréciation

Le bilan économique de la prévention est nécessairement complexe, et dépend de l'horizon temporel et du champ de dépenses retenu.

Il est facile de démontrer le rendement d'une action de prévention sur un horizon temporel limité et sur le champ d'une pathologie : ainsi, le dépistage précoce d'une pathologie peut ainsi réduire son risque d'aggravation et/ou permettre sa guérison à plus court terme et à moindre coût, une vaccination réduit le risque de développer une pathologie (ou une forme grave de celle-ci). On peut certes objecter à cette démonstration qu'elle n'examine que les coûts engendrés par une pathologie, sur une durée limitée, et non l'ensemble des coûts que

[175] La Cour a estimé grâce au modèle Pandore de projection des dépenses de santé, le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité sur la période 2021-2031. En l'absence de données sur les dépenses médico-sociales moyennes par âge, cette estimation ne prend pas en compte les économies en matière d'APA, d'hébergement ou d'accueil de jour liées à l'amélioration d'un an de l'EVSI. Elle est donc minorée.

[176] Search Results | United States Preventive Services Taskforce.

[177] Consulter les recommandations - Guide des bonnes pratiques en prévention clinique - Professionnels de la santé - MSSS.

connaître une personne sur l'ensemble de son cycle de vie. Ainsi, un acte de prévention primaire qui évite qu'une personne développe une pathologie puis en décède peut conduire à ce que cette même personne vive plus longtemps et développe de ce fait des pathologies liées à l'âge, potentiellement plus coûteuses ; la prévention secondaire ou ternaire aurait pour effet de prolonger ces coûts. Selon ce raisonnement, la prévention ne ferait que reporter sans la faire disparaître la dernière année de vie de chaque personne, année au cours de laquelle se concentre une part importante des dépenses de santé d'un cycle de vie.

Ce raisonnement appelle plusieurs réponses :

- il ne vaut évidemment pas pour l'ensemble des actions de prévention : ainsi, de nombreuses actions de prévention améliorent l'état de santé et évitent des dépenses supplémentaires (soins dentaires conservateurs) sans pour autant avoir d'impact direct sur l'espérance de vie et donc se traduire par des surcroîts de dépenses ultérieures ;
- il ne remet absolument pas en cause l'efficience médico-économique de la prévention : la dépense de prévention améliore bel et bien l'état de santé de la population, elle est donc coût-efficiente.
- enfin, même si la dépense de prévention n'a que pour effet de reporter les coûts de la dernière année de vie, elle modère la dépense de santé à une date donnée.

En revanche, ce raisonnement, conjugué à la prise en compte des délais d'impact de la prévention, variables selon ses modalités, amène à considérer qu'on ne peut entièrement gager de réduction des dépenses de santé sur la prévention.

Les horizons temporels d'impact de la prévention sont très variables entre les stades de prévention (les préventions secondaires et tertiaires peuvent avoir des impacts plus rapides que la prévention primaire) ou selon les modes de prévention (l'action sur les facteurs de morbidité tenant aux habitudes de vie – alimentation, pratiques addictives, sédentarité – ayant des effets sur un horizon plus long que la vaccination par exemple).

L'économie de la prévention doit par ailleurs prendre en compte le fait que la décision de prévention – notamment de prévention primaire mise en œuvre en dehors du système de santé – est toutefois confrontée à une difficulté propre que ne rencontre pas le soin curatif. Les dépenses de prévention sont utilisées pour supprimer ou réduire un *risque*, ce qui peut conduire à ce qu'elles soient perçues comme optionnelles. En matière de décision face à l'incertitude des gains ou des pertes financières, l'économie comportementale[178] a mis en avant une différence d'attitude face à un *risque* (un pari) qui ne joue pas en faveur de la prévention.

C'est la raison pour laquelle, d'une part, une meilleure connaissance des risques populationnels (*via* l'épidémiologie par exemple) et individuels, et, d'autre part, un travail sur les *preuves* se sont développés au service de l'investissement dans la prévention, conformément à l'approche d'« *evidence based public health* ».

Le Hcaam considère que la prévention peut répondre à l'objectif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé dont il est saisi, aux conditions suivantes :

[178] Voir notamment les travaux sur le jugement et la prise de décision de D. Kahnemann.

- mieux structurer le champ de la prévention ;
- prioriser les interventions en fonction de leur niveau de preuve et de leur impact ;
- intégrer davantage la prévention dans l'ensemble des politiques ;
- créer des incitations plus fortes pour les professionnels comme pour les usagers à l' amélioration de leur impact pour la santé.

3. Mieux structurer le champ de la prévention

La prévention recouvre des modalités d'interventions variées (règlementation, taxes, éducation pour la santé, campagne d'information, stratégie de marketing social, *nudge*, actions sur l'environnement au sens large, mesures socio-économiques, actions sanitaires). Il en est de même pour les effecteurs de la prévention et pour les lieux où elle s'opère, ainsi que pour les financeurs de la prévention (administrations publiques, organismes complémentaires d'assurance maladie, acteurs associatifs, acteurs de soins…). Cette diversité des acteurs constitue un atout dans le développement de la prévention. Elle se traduit toutefois aujourd'hui par une insuffisante connaissance et mise en cohérence des actions de prévention.

a. Mieux connaître la prévention

Peu de connaissances existent sur le nombre, la répartition géographique et les compétences des professionnels de la prévention (de santé, du social et de l'éducation) ainsi que sur les populations bénéficiaires. Dans l'optique du déploiement des programmes probants ou de leur amélioration, une connaissance plus fine est indispensable.

De même, les dépenses en matière de prévention institutionnelle comme médicalisée restent insuffisamment connues et détaillées pour s'assurer de l'adéquation entre les priorités préventives et les ressources affectées. Par exemple, les comptes de la santé ne détaillent pas l'enveloppe « Addiction » en dépenses consacrées à la lutte contre le tabac, l'alcool, les drogues illicites. Or, cette distinction serait une connaissance utile à avoir. Le périmètre des « dépenses de prévention » identifiées dans les statistiques publiques telles que les comptes de la santé fait l'objet de conventions nécessairement arbitraires au vu de la porosité entre la prévention et le soin, qui en affectent la portée[179].

Une seule étude de la Drees de 2016 a évalué les dépenses de prévention « non institutionnelle » dans les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et complémentaires (par exemples : vaccins, contraceptifs, suivi de consultations, biologie de dépistage, soins préventifs dentaires, etc.) en complément des dépenses de types institutionnelle, à au moins 9,1 Md€ au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). De même, les dépenses de prévention des organismes de complémentaire santé devraient pouvoir être mieux identifiées (elles sont aujourd'hui mêlées avec les coûts de gestion).

[179] Le classement des tests Covid en constitue une illustration.

b. Mieux coordonner les interventions

Si le développement de la preuve à l'échelle d'une action ou d'un programme est dorénavant bien amorcé[180], l'efficience globale de la juxtaposition des différentes actions de prévention, leur preuve d'efficacité et d'efficience, leurs déploiements territoriaux ne bénéficie pas d'un cadre permettant la mise en cohérence des différentes actions entre elles et avec les priorités de santé. Les interventions territoriales qui généralement ont le plus d'impacts positifs sont celles qui multiplient les approches et les angles d'attaque en associant l'ensemble des parties prenantes (ville, écoles, familles, professionnels de l'éducation, du social et de la santé…).

À l'instar de la commission des financeurs de prévention de la perte d'autonomie, il pourrait être pertinent de créer une commission des financeurs de la prévention en santé afin de partager et coordonner les priorités en termes de déploiements des actions de prévention probantes ou prometteuses en dehors du système de santé.

c. Reconnaître et soutenir les rôles des différences acteurs

Des recommandations existent sur **le rôle des professionnels de santé** dans le champ de leur pratique habituelle auprès de leurs patients et selon une graduation des niveaux de risque de ces derniers. Aider à arrêter de fumer les patients ayant des facteurs de risques cardio-vasculaires, les patients qui vont être opérés, les femmes enceintes, accompagner à la vaccination contre la grippe, soutenir *via* notamment les approches motivationnelles la réalisation des dépistages des cancers, améliorer le suivi et les bonnes prises en charge des patients atteints de maladies chroniques, sont autant d'exemples de pratiques cliniques préventives intégrées aux soins qui en font des enjeux spécifiques sur lesquels concentrer les professionnels de santé. Le Hcaam rappelle l'importance d'intégrer plus fortement la prévention dans les formations médicales mais aussi paramédicales en soutenant davantage l'importance des compétences relationnelles et « motivationnelles » des professionnels de santé dans les pratiques cliniques préventives et en renforçant la formation continue des professionnels de santé.

Comme pour le soin curatif, le Hcaam considère que l'inclusion réelle des usagers aux processus de prévention est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes et besoins, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité de notre système de santé[181]. Un changement d'échelle et de priorité devrait aussi s'opérer pour réellement consacrer une juste place des usagers et des patients en prévention : pair-aidance, éducation thérapeutique du patient, accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

---

[180] Par exemple : dispositif d'expérimentation de l'innovation organisationnelle dit « article 51 » doté de 460 M€ incluant des innovations organisationnelles dans le champ de la prévention, Appel à projet « Démonstration de valeur en vie réelle » de la Stratégie d'accélération en prévention doté de 100 M€.

[181] Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : L'implication et le partenariat avec les usager.e.s et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale Magali Coldefy, avec la collaboration de Philippe Maugiron. Rapport réalisé pour le secrétariat général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), N'engage pas ses membres. Mars 2022.

En dehors des professionnels de santé, il est essentiel de rappeler que la prévention dans les territoires est assurée par les **collectivités territoriales** et les **professionnels de la sphère associative**, que ce soient les associations de patients ou les associations de promotion de la santé sur lesquelles s'appuient les ARS pour la mise en œuvre de leurs projets régionaux de santé. Ces associations assurent une forme de mission de service public de la prévention. De même, pour réduire les inégalités sociales de santé et améliorer la littératie en santé, le rôle primordial des médiateurs en santé est à souligner.

Il serait enfin cohérent que les textes reconnaissent de façon identique les missions de prévention des différents types d'organismes complémentaires (il existe de ce point de vue une différence entre l'énoncé des missions des institutions de prévoyance dans le code de la sécurité sociale et celui des mutuelles dans le code de la mutualité), dès lors que ces derniers en réalisent aujourd'hui.

4. Déployer les interventions probantes et les recommandations de bonnes pratiques

a. Développer les évaluations d'efficience

Les travaux en cours sur les données probantes et prometteuses doivent davantage comporter de données financières. L'objectif à moyen terme serait de **disposer de façon plus systématique d'une approche médico-économique**. Les travaux sur les coûts et bénéfices des programmes de préventions réalisés par l'Institut des politiques publiques de l'État de Washington (WSIPP)[182] sont de ce point de vue inspirants (Figure 1). Les études économiques (RSI, dépenses évitées, coût de l'inaction, etc.) doivent se développer impérativement.

Figure 1 I extrait du site du WISPP (Washington State Institute for Public Policy) : coût-bénéfices de programmes de prévention en milieu scolaire.

Public Health & Prevention

For questions on benefit-cost results relating to Public Health & Prevention, contact Eva Westley.

Program name (click on the program name for more detail)	Date of last literature review	Total benefits	Taxpayer benefits	Non-taxpayer benefits	Costs	Benefits minus costs (net present value)	Benefit to cost ratio	Chance benefits will exceed costs
School-based								
Positive Action	Sep. 2018	$38,769	$9,839	$28,930	($1,236)	**$37,533**	$31.38	**93%**
School-based programs to increase physical activity	Nov. 2015	$22,100	$4,870	$17,231	($574)	**$21,527**	$38.53	**67%**
Mentoring: School-based by teachers or staff	May. 2018	$24,036	$5,541	$18,495	($4,033)	**$20,003**	$5.96	**72%**
Caring School Community (formerly Child Development Project)	Apr. 2018	$14,861	$3,373	$11,489	($1,279)	**$13,582**	$11.62	**62%**
Good Behavior Game	Mar. 2018	$11,983	$3,335	$8,648	($186)	**$11,797**	$64.36	**76%**
School-Wide Positive Behavioral Interventions and Supports (SWPBIS)	Jan. 2018	$11,383	$3,537	$7,846	($756)	**$10,626**	$15.05	**73%**
Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)	Jun. 2015	$10,772	$2,332	$8,440	($439)	**$10,332**	$24.51	**63%**
Coping and Support Training (CAST)	Aug. 2017	$10,557	$3,298	$7,259	($560)	**$9,997**	$18.87	**81%**

[182] Washington State Institute for Public Policy.

b. Distinguer les rôles et les priorités des effecteurs

Dans un contexte de ressources humaines fini, il convient **de concentrer les interventions sur les actions bénéficiant d'un niveau de preuve et dont l'impact est maximal, que ce soient des enjeux de santé pris en charge, de leur impact sur les niveaux de risque, et des populations visées :** au vu des inégalités sociales de santé, les actions de prévention comportent souvent le risque de toucher le plus les populations les plus réceptives, qui en donc le moins besoin. **L'impact est maximisé lorsqu'on cible des populations à enjeux : populations plus éloignées du système de santé, plus exposées à des risques ou moins enclines à prendre soin de leur santé, populations mère/enfant, personnes atteintes de pathologies chroniques dont la prévention secondaire et tertiaire peut réduire le développement ou les conséquences.**

Il convient en revanche de ne pas soutenir des pratiques préventives dont les études n'ont pas montré leur preuve de pertinence et d'efficacité faute de ciblage, ce qui peut être le cas de la plupart des dispositifs de prévention en population générale : contrairement à une approche consistant à considérer que la prévention « est toujours utile », consacrer des ressources finies (temps de professionnels) sur des actions de prévention a ceux qui en ont le moins besoin détourne du temps qui serait mieux alloué en le ciblant sur des populations à enjeux. La généralisation de dispositifs expérimentés n'ayant pas fait leurs preuves dans un cadre expérimental est ainsi à proscrire.

Dans le cadre d'un déploiement à l'échelle national, certains domaines de la prévention primaire doivent être priorisés, en premiers lieux : la santé mentale, l'activité physique, l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, l'obésité et la sédentarité, l'exposition aux facteurs environnementaux nuisibles, la santé au travail et la santé scolaire (développée dans le rapport du Conseil de l'enfance). Pour tous ces sujets il existe des programmes et actions de prévention ayant fait leur preuve d'efficacité et d'efficience[183] mais sans être pour autant déployés nationalement. En matière de pratique clinique préventives, les priorités identifiées sont très stables depuis plusieurs années : vaccinations, dépistages organisées, traitements préventifs (AVC…). C'est *in fine* un *continuum* dans les différents niveaux préventifs qui reste l'objectif à atteindre.

c. Aller-vers les populations, utiliser davantage les contacts entre les patients et le système de soins pour réaliser des interventions de prévention

Parmi les stratégies efficaces pour le déploiement, celles d'aller-vers les populations les plus éloignées du système de santé, qui nécessitent davantage d'accompagnement pour les aider à faire les choix éclairés, et celles consistant à saisir les contacts entre les usagers et le système de soins pour multiplier les occasions de prévention sont parmi les plus intéressantes en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

Au sein des établissements de santé (ES) et en HAD

[183] « Good behaviour game » sur les compétences psychosociales (retour sur investissement 64 dollars pour un dollar investi), « Strengthening families » programme pour des parents de 10-14 ans (RSI : 6 dollars pour un dollar investi, etc. Source : P. Arwidson, SpF. Communication personnelle 2025.

Les établissements de santé pourraient être des lieux de déploiement efficients d'action de **prévention primaire** auprès de patients hospitalisés en ciblant les déterminants de santé suivants : **tabac, alcool, alimentation, activité physique**[184]. L'Igas suggère à ce titre le déploiement du modèle « *Making every contact count* » qui repose sur 4 niveaux d'intervention (1/ intervention très brève, 2/ intervention brève, 3/ intervention prolongée, 4/ intervention de très haute intensité).

Une utilisation des points de contacts entre les patients et les acteurs de soins en ville

Les acteurs de soins primaires incluent déjà dans leurs relations curatives avec les patients des gestes préventifs.

Pour aller plus loin, il est souhaitable de davantage utiliser les contacts entre patients et les acteurs de soins primaires pour proposer des gestes préventifs. La possibilité pour le pharmacien d'officine de proposer les vaccinations aux patients qui se présentent en est l'illustration. Ce levier suppose de décloisonner les limites qu'offrent aujourd'hui les règles de compétences et de prises en charge.

Trois cas d'usage peuvent ainsi être mentionnés, concernant le rôle des biologistes médicaux :

- mettre à disposition des LBM le « module d'éligibilité CRCDC[185] » afin de leur permettre de proposer aux personnes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal de le réaliser à l'occasion d'un de leurs passages en LBM, avec retour d'information au médecin traitant. Cette possibilité pourrait répondre au faible niveau de couverture de ces dépistages.
- permettre aux LBM de contribuer à la détection de la maladie rénale chronique, en leur permettant de proposer à certains patients d'ajouter aux analyses prescrites par le médecin traitant certaines analyses complémentaires (notamment la mesure de l'albuminurie et le calcul automatique du ratio albumine créatinine) permettant de dépister la maladie rénale chronique ; ces examens complémentaires pouvant être réalisés par le LBM, conjugués à l'ajout d'une courbe annuelle d'évolution de la fonction rénale (DFG) et le calcul d'un score de risque d'évolution vers un traitement par dialyse ou greffe à 5 ans, permettront d'informer le médecin traitant des risques de maladie rénale chronique trop souvent mal dépistée. La révision récente de la nomenclature des actes de biologie par l'assurance-maladie consacre cette approche ;

[184] Rapport Igas : Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé. Octobre 2024. Dans le cadre de la phase pilote, en 2025, l'enveloppe à prévoir en mesures nouvelles serait de 12 M€ pour 100 établissements de santé volontaires ayant chacun par an entre 5 625 et 11 250 contacts pour des actions de prévention primaire auprès des patients (soit près de 850 000 contacts dès la première année). En cible 2027 pour la généralisation dans les autres établissements de santé de taille significative, le montant des crédits alloués aux établissements serait de 163 M€ (pour un total de plus de 12,5 millions de prises de contacts à des fins d'actions préventives auprès des patients.

[185] Centre régional de coordination des dépistages des cancers.

- Les biologistes médicaux pourraient être à même de contribuer aux actions de vaccination à condition d'une évolution des conditions de conservation et de distribution des vaccins. Les résultats de l'expérimentation dans le cadre des art 51 qui étudie les conditions dans lesquelles les vaccins pourraient être directement accessibles en cabinet de ville, pourraient s'appliquer aux LBM. En matière de vaccination, la stratégie d'aller-vers par le biais de la multiplication des sites et des professionnels habilités, se heurte en effet à l'accès et au stockage des vaccins aujourd'hui centralisé dans les pharmacies, en dehors des PMI et des vaccinations au travail. La logique voudrait que l'on simplifie les possibilités d'achat et de stockage. Une telle évolution soulève toutefois des questions de répartition des stocks de vaccins disponibles entre différents effecteurs possibles, pour éviter que l'élargissement du type d'effecteurs possibles crée des pénuries de vaccins disponibles chez d'autres.

5. La prévention suppose d'agir sur des déterminants qui se situent largement en dehors du champ de la santé, et donc une prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques

Les travaux de modélisation sur les poids respectifs des déterminants de santé considèrent que la majorité des déterminants de santé sont situés en dehors du champ sanitaire et des compétences des professionnels de santé[186].

Dans son avis dédié à la prévention et la promotion de la santé de 2017-2018, le Hcaam rappelait que « *le ministère de la Santé a certes une place privilégiée mais il n'a pas la main sur quantité de leviers majeurs qui influences la santé ou les déterminants de santé* ». Sur le plan national, le Comité interministériel pour la santé (CIS) créé en 2014 a permis à plusieurs occasions une approche intersectorielle de la santé avec notamment à son actif l'élaboration d'une Stratégie nationale de santé et d'un Plan national de santé publique intersectoriels ayant permis des premières avancées dans l'approche « santé dans toutes les politiques »[187].

L'absence de poursuite de cette organisation interministérielle au cours des dernières années limite la capacité à faire prendre en compte la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Il serait nécessaire de réactiver cette mobilisation interministérielle prévue par la LMSS et d'intégrer une évaluation préalable systématique de l'impact sur la santé des projets de loi.

[186] Voir notamment : Source : County Health Rankings & Roadmaps (CHR&R) - programme de l'Institut de santé de la population de l'Université du Wisconsin.Explore health topics | County Health Rankings & Roadmaps.

[187] Évaluation ex-post du Plan national de santé publique.

6. Créer des incitations plus fortes pour les professionnels comme pour les usagers à l'amélioration de leur impact pour la santé

a. Du côté des professionnels

La majoration de prévention de la Convention médicale 2024-2029

Un tableau de bord, qui contiendra initialement 15 indicateurs[188] pourra progressivement être enrichi d'indicateurs complémentaires auxquels les médecins traitants et les autorités sanitaires portent un intérêt. Ces indicateurs de prévention pourront faire l'objet d'une rémunération pérenne ou temporaire, selon l'évolution des recommandations scientifiques et des priorités de santé publique : la majoration de prévention. Le forfait médecin traitant comprend ainsi des majorations venant rémunérer le parcours de prévention du patient. Chaque indicateur validé majore le forfait médecin traitant du patient (quel que soit le professionnel de santé qui aura réalisé l'action permettant de valider de l'indicateur). Cette rémunération vise à valoriser le rôle du médecin traitant en matière de promotion de la santé, et l'effort lié au suivi et la coordination des actions de prévention du médecin auprès de sa patientèle.

Comme pour la Rémunération sur objectifs de santé (ROSP) dont les dernières données montrent un bilan contrasté[189] malgré une hausse des montants versés (295 M€), la capacité de ces outils à véritablement infléchir les comportements des médecins et des patients sera une donnée à suivre dans la mesure où des évaluations internationales de paiement à la performance, réalisées par l'OCDE dans 14 États, font état de bilans mitigés[190]. Les conditions concrètes d'effectivité de ces outils pour influencer les pratiques sont discutables : les éléments de discussion évoqués à l'encontre du bonus sobriété peuvent être rappelés : doutes sur l'impact de l'incitation financière sur les comportements, absence d'éléments de tableau de bord au fil de l'eau permettant au professionnel de situer sa pratique au regard des références… Sur la base des études internationales concluant à l'impact faible ou nul de ces outils, on a pu considérer que leur mobilisation relevait plus des effets de mode pseudo-managériaux, que d'une réelle efficacité[191].

---

[188] Vaccination contre la grippe, vaccination contre le covid, vaccination contre le pneumocoque, vaccination ROR, vaccination contre le méningocoque C, vaccination contre le papillomavirus HPV, dépistage organisé du cancer du sein, dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer colorectal, dépistage du diabète par glycémie à jeun, dépistage de la maladie rénale chronique MRC, suivi du diabète par dosage de l'HbA1c, consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9, Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M24 25, examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans.

[189] Rémunération sur objectifs de santé publique 2024 pour les médecins : hausse des montants versés | L'Assurance Maladie | Presse.

[190] Eckhardt H, Smith P, Quentin W. « Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care ». In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe? OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies. 2019.

[191] Bras P.-L., « La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ? », *Les tribunes de la santé*, n°64, mars 2020.

Ces stratégies incitatives devraient idéalement laisser la place dans les prochaines années à l'installation d'une conviction à agir aussi bien *curativement* que *préventivement* du côté des professionnels de santé ainsi qu'un cadre organisationnel et financier le permettant.

Enfin, la logique d'incitation atteint sa limite lorsque l'impact sur la santé de certains leviers de prévention dépend de leur caractère massif, et que les actions individuelles ont des effets collectifs, qui font qu'elles ne peuvent plus relever d'un seul arbitrage individuel. La vaccination grippale des soignants en est l'illustration. En France, la grippe saisonnière touche tous les ans entre 2 et 6 millions de personnes, et est responsable en moyenne de 10 000 à 15 000 décès, principalement chez les sujets fragiles[192]. En raison de leur exposition professionnelle, le risque d'infection grippale est plus élevé chez les soignants que dans la population générale. Ils sont souvent impliqués comme probable source de contamination dans les épidémies de grippe nosocomiale, sachant que 50 à 80 % d'entre eux continuent de travailler quand ils sont infectés. La grippe nosocomiale est fréquente dans les hôpitaux et dans les Ehpad où elle entraîne une mortalité qui peut atteindre 60 %[193].

La vaccination contre la grippe des professionnels de santé protège les personnes vulnérables, réduit la transmission nosocomiale de la grippe et diminue la mortalité des patients. C'est une responsabilité éthique de protéger les patients dont ils ont la charge. Face à ces enjeux sanitaires et devant le constat d'échec de la responsabilisation des acteurs concernés, en 2020, l'Académie nationale de médecine considérait qu'il était urgent de **rendre obligatoire la vaccination contre la grippe** pour l'ensemble du personnel soignant exerçant dans le secteur public ou libéral, dans les établissements de santé et dans les Ehpad, ainsi que pour les auxiliaires de vie pour personnes âgées[194].

Par ailleurs, il semble indispensable **d'interdire les dépassements d'honoraires** pour l'ensemble des parcours de dépistages.

b. Du côté des usagers

Une rémunération citoyenne sur objectifs de santé publique

Selon cette stratégie d'incitation financière, il pourrait être envisagé d'inciter la population ou des groupes de population à s'inscrire davantage dans une démarche de prévention en attribuant un bonus financier (moindre franchise, versement d'une prime[195]) aux personnes qui s'investiraient dans un parcours préventif

En revanche, un tel dispositif soulèverait une question de principe. Une telle pratique irait dans le sens d'une forme de « contrôle social » où les « bons » comportements de santé

[192] La grippe - Santé publique France.

[193] HCSP. Rapport « Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé », mars 2014.

[194] Académie nationale de médecine. Communiqué « Face à la Covid-19, vaccinons contre la grippe ! », 13 mai 2020.

seraient progressivement récompensés et les « mauvais » stigmatisés[196] voir pénalisés. Elle semble remettre en cause tant un principe constitutif de la prise en charge par l'assurance maladie qu'un élément de l'éthique professionnelle des soignants, à savoir la prise en charge des besoins de façon inconditionnelle, quelle que soit l'origine de l'état de santé à prendre en charge – un principe éthique qui s'applique d'ailleurs au professionnel de santé dans la prise en charge du patient. Admettre une telle mesure ouvrirait une brèche dont on peine à percevoir les bornes : faut-il cesser de prendre en charge les soins occasionnés par l'exercice de sports risqués ou une conduite à risque (par exemple en ne prenant plus en charge les accidents des personnes verbalisées pour non-respect du code de la route) ? Par des comportements de consommations néfastes pour la santé (tabac, alcool) ? Par des habitudes de vie (alimentation, sédentarité) ?

Par ailleurs, l'état de santé étant largement dépendant des environnements de vie, on peut difficilement imaginer faire peser une telle responsabilisation sur l'individu sans mettre en place une telle logique à l'égard des acteurs qui contribuent à cet environnement de vie : collectivités, entreprises… Les comportements de consommation (alimentaire, par exemple) étant la rencontre entre un consommateur, un distributeur, un producteur, comment répartirait-on la responsabilité – et donc le bonus/malus – entre ces différents acteurs ?

Enfin, et surtout, **une telle mesure irait à l'encontre du principe énoncé précédemment, à savoir concentrer les interventions de prévention sur les interventions faisant la preuve de leur efficacité**. En effet, cette mesure entraînerait des effets d'aubaine massifs (on rémunérerait des patients qui auraient de toute façon réalisé les actes préventifs visés) sans pour autant lever les freins à la diffusion des gestes de prévention. La non-observance des individus par rapport aux recommandations de santé publique procède de plusieurs déterminants collectifs échappant à la responsabilité individuelle : absence de connaissance de ces recommandations (freins socio-culturels, linguistiques, cognitifs…), inhibitions variées aux démarches vers le système de soins (peur de la stigmatisation, freins psychiques, pression de conditions de vie conduisant à prioriser la « survie » au quotidien par rapport à des problèmes de santé éventuels et lointains…), difficultés d'accès aux professionnels et aux rendez-vous (déserts médicaux, freins monétaires réels ou supposés, fracture numérique, freins à la mobilité), handicaps… De tels freins ne peuvent être levés par une incitation financière. Une telle mesure contribuerait à augmenter les inégalités sociales de santé en stimulant paradoxalement le pouvoir d'achat des catégories sociales les plus favorisées qui sont celles qui ont déjà les pratiques les plus vertueuses en matière de parcours de prévention, sans améliorer l'état de santé des populations à enjeux.

Une expérimentation de ce type a certes été réalisée pour inciter les femmes enceintes à arrêter de fumer[75] pendant leur grossesse par l'octroi de chèques-cadeaux. Si

[196] Les dernières décennies, et notamment les enseignements de la lutte contre l'épidémie de VIH, ont montré que la stigmatisation morale associée à des comportements avait des effets néfastes en conduisant les personnes concernées à éviter le soin et la détection de leur état, avec les risques que cela peut induire pour la santé publique.

l'expérimentation conclut à un impact, elle cible une population déjà délimitée par l'existence d'une pratique à risque (et non la population générale), et par ailleurs, en raison de son objet (arrêter le tabac pendant la grossesse pour éviter les impacts sur le futur enfant), elle ne permet pas de mesurer l'impact de ce dispositif sur les arrêts du tabac dans la durée - or, une récompense de ce type se prête à une attitude d'optimisation consistant à observer le comportement attendu uniquement pendant la période d'observation.

c. L'outil des taxes comportementales

La hausse des prix de certaines consommations peut constituer, conjuguée à d'autres leviers, un outil efficace pour réduire leur consommation et améliorer l'offre et sa qualité mise sur le marché.

La baisse de la consommation du tabac est ainsi considérée comme le résultat de hausses de prix significatives[197], conjuguées à un ensemble d'autres mesures (paquet neutre, prise en charge des substituts nicotiniques, Moi(s) sans tabac, etc.).

La littérature économique enseigne que cet outil est efficace à condition que les hausses soient très « conséquentes », et régulièrement répétées (pour éviter l'effet d'habituation des consommateurs). S'agissant du tabac[198], la principale limite de cet outil réside dans les possibilités offertes par la contrebande et la consommation transfrontalière – ce point de fuite tend toutefois à se réduire à mesure que les États voisins de la France relèvent également leurs prix.

Le rapport publié en juin 2023 par le député Cyrille Isaac-Sibille proposait des améliorations en matière de fiscalité comportementale pour les boissons alcooliques et sucrées :

- les prix des boissons alcoolisées[199] sont restés stables malgré ces taxations (même indice de prix en 2011 qu'en 1990). La taxation des alcools, particulièrement complexe, n'est pas véritablement proportionnée à leur titrage en alcool (le vin est ainsi nettement moins taxé que tous les autres alcools, à titrage égal) et, contrairement au tabac, les taxes ne représentent qu'une faible part du prix des boissons alcooliques ;
- la « taxe soda », dont l'influence sur le prix de vente restait modeste[200], n'a eu assez logiquement qu'un impact limité sur le comportement : les Français ont baissé leurs achats en soda de l'ordre de 3 à 4 litres par an, soit moins d'un gramme de sucre par jour et par personne.

[197] Vente annuelle et prix annuel moyen du paquet de cigarettes et du paquet de tabac à rouler de la marque la plus vendue | OFDT.

[198] En 2024, cette taxe a rapporté 12,8 Md€ (Commission des comptes de la sécurité sociale – octobre 2024, p 47). Le Plan national de lutte contre le tabac prévoit des hausses de prix du paquet de cigarettes à 13 euros en 2027, avec une première étape à 12 euros en 2025.

[199] Indices des prix relatifs à la consommation de boissons alcoolisées en France depuis 1990 | OFDT

[200] Rapport d'information, n° 1318 - 16e législature - Assemblée nationale : « Au total, selon l'UFC-Que Choisir ([24]), pour un soda à 100 grammes de sucre par litre, une cannette de 33 centilitres voit son prix renchéri de seulement 5 centimes d'euros ».

Ce rapport proposait :

- outre, une augmentation des taxes et des droits d'accise sur les boissons alcooliques, d'instaurer un prix minimal par unité d'alcool tel que mis en place à l'étranger (en Écosse) en s'appuyant sur le constat que l'outil du prix est particulièrement efficace sur les produits d'entrée de gamme ;
- de réformer la taxe soda sur le modèle britannique, pour accroître fortement son niveau et la simplifier en passant à trois tranches et en augmentant ses taux[201] ; cette mesure a été mise en œuvre dans la cadre de la LFSS 2025.

D'autres produits ont fait l'objet de propositions de taxation au vu de leurs effets :

- les produits ultratransformés, et notamment les aliments riches en gras, sel ou sucre ;
- les jeux en ligne (ou leur publicité) qui ciblent les jeunes, au vu de leurs impacts sur la santé mentale. La publicité sur les paris sportifs en ligne est de plus de 600 M€ par an et en progression. Une taxe de 30 % aurait un effet sur les plateformes pour moins investir sur cette communication et rapporterait 200 M€.

La réflexion sur de telles taxations doit intégrer les considérations suivantes :

- ces taxes doivent poursuivre un objectif de santé publique et non de rendement : leur trajectoire souhaitable est une réduction de leur assiette[202]. C'est d'ailleurs ce qu'ont obtenu certaines de ces taxes comme celle sur les prémix et le tabac ;
- ces taxes comportementales font l'objet d'un strict contrôle par le Conseil constitutionnel sous l'angle du principe d'égalité et de l'adéquation entre la taxation et sa finalité[203]. Ce contrôle impose une adéquation entre l'objectif poursuivi et le champ de la taxe, et une cohérence dans le champ de la taxe (ainsi, si l'assujettissement résulte d'un seuil de quantité d'un ingrédient, l'ensemble des produits comparables présentant le même ingrédient doivent être assujettis).

Au vu de la très mauvaise situation relative de la France en termes de consommation d'alcool, du coût social de l'alcool évalué à 15 Md€ en 2016 par la DG Trésor[204] et du nombre de 49 000 décès imputés à l'alcool, une réforme de la fiscalité de l'alcool visant à instaurer un prix minimal par unité d'alcool constitue la priorité. La hausse rapide de l'obésité chez les jeunes suppose également de travailler à un renchérissement substantiel de l'accès aux produits transformés gras et sucrés.

---

[201] Rapport d'information, n° 1318 - 16e législature - Assemblée nationale : la taxe britannique a en effet permis de faire chuter la proportion de boissons au-dessus du premier seuil (5 grammes par millilitre) de 40 % et la baisse totale des apports en sucre serait estimée à 30 grammes par ménage par semaine, soit un effet quatre fois supérieur à la taxe française.

[202] Si l'assiette diminue en année N c'est que les dépenses de santé vont aussi diminuer en N+x.

[203] Notamment : décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 et décision n° 2014-417 QPC du 19 septembre 2014 sur les boissons énergisantes.

[204] D. Caby. Trésor-Eco n° 179 Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? septembre 2016.

L'efficacité des taxes comportementales est toutefois accrue quand elles s'insèrent, comme l'a montré l'exemple du tabac, dans une stratégie globale mobilisant plusieurs leviers pour transformer les habitudes et les comportements :

- **encadrement de l'accès aux produits visés et de la publicité pour ces derniers :** ces leviers qui ont montré leur apport s'agissant de l'alcool et du tabac sont encore limités s'agissant de l'alimentation. On peut citer l'exemple britannique de l'interdiction, à compter d'octobre 2025, de la publicité à la télévision avant 21h (ainsi que sur les réseaux sociaux et les contenus en ligne) pour les produits à haute teneur en gras, sucre et sel (HFSS – High Fat, Sugar and Salt). Cette réglementation encadrera également leur emplacement et promotion au sein des supermarchés ;
- **l'information et l'éducation des consommateurs : la généralisation du Nutri-Score** serait une mesure pertinente à mettre en œuvre[205]. L'obligation d'apposer ce logo reste le principal levier pour cette généralisation. S'agissant des habitudes alimentaires, les cantines scolaires jouent un rôle de diffusion des pratiques : à cet égard, au vu de l'impact sanitaire de la surconsommation de viandes rouges, de charcuterie, et de produits transformés à base de viande, **la promotion des options végétariennes dans les cantines est un enjeu de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé** ;
- **la règlementation des produits commercialisés :** doit être à cet égard mentionné l'enjeu de la teneur en sucres des produits transformés. La loi dite « Lurel » de 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer visait à mettre fin à des pratiques consistant à distribuer les mêmes produits que dans l'hexagone avec des teneurs en sucres fortement majorées, dans un contexte de prévalence nettement plus élevée de l'obésité et du diabète dans ces territoires. Si l'enquête réalisée par la DGCCRF en 2021 a fait état d'une bonne application de la loi s'agissant des boissons rafraîchissantes non alcoolisées, **son effectivité sur l'ensemble des produits reste débattue** ;
- **l'accompagnement des consommateurs vers une évolution de leurs pratiques :** la prise en charge des TSN a été un levier pour faciliter l'arrêt du tabac. De ce point de vue, on peut regretter que l'élargissement considérable des professionnels pouvant prescrire les TSN (médecins y compris le médecin du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) n'inclue pas les pharmaciens.

C. Organisation et gradation des soins et des prises en charge

1. L'importance d'une offre de services et d'une prise en charge au bon niveau

Dans les analyses de l'OCDE sur les gaspillages dans le système de santé, on distingue le « gaspillage dans les soins cliniques » - qui recouvre la notion, traitée dans la partie précédente, de pertinence des soins – et le gaspillage qui réside dans le fait que **les mêmes**

[205] 5 bonnes raisons de généraliser le Nutri-Score | INRAE.

soins, utiles, pourraient être dispensés en utilisant moins de ressources. Pour l'OCDE, deux domaines principaux se dégagent de l'expérience des pays : les produits de santé et le recours aux services hospitaliers.

Ce deuxième aspect est particulièrement prégnant dans le système de santé français, dont le caractère hospitalo-centré a été maintes fois souligné par tous les acteurs. Le Hcaam l'a rappelé en 2018 dans sa contribution à la stratégie de transformation du système de santé : « *Les textes qui définissent les missions des établissements de santé sont le reflet du rôle qui leur a été historiquement assigné : garantir la réponse à l'ensemble des besoins de santé de la population. Il est immense. Les établissements ont ainsi vocation à couvrir tout le spectre des activités du champ de la santé, de la promotion et de la prévention aux soins palliatifs. Ils assurent tous les types de prise en charge, des hospitalisations avec hébergement aux prises en charge à domicile. Ils remplissent toutes les missions, des soins programmés ou d'urgence à l'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux* »[206]. La sursollicitation de l'hôpital est déplorée par les hôpitaux eux-mêmes, considérant qu'ils souffrent de devoir pallier les insuffisances d'accès aux soins en amont et en aval de leur intervention.

Le contexte actuel de difficultés d'accès aux soins dans certains territoires amplifie cette sollicitation des hôpitaux pour pallier la pénurie d'offre, y compris pour des soins de première ligne.

On a là un cercle vicieux : tant que le tissu d'offre de soins à l'extérieur de l'hôpital, notamment pour améliorer le suivi des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) reste insuffisamment structuré, celui-ci ne peut se décharger d'activités qui n'ont pas leur meilleure place à l'hôpital, croule sous des demandes dont une partie pourrait être prise en charge différemment (urgences) et est conduit à intervenir en dernier recours avec des réponses parfois mal adaptées (hospitalisation des personnes âgées hébergées en Ehpad). S'il faut saluer la mobilisation des établissements de santé et de leurs équipes pour répondre à toutes ces demandes, et rappeler le rôle qui leur est confié pour assurer la continuité des soins, et la sécurité du patient, et réduire le risque d'événements de santé défavorables en sortie d'hospitalisation, cette organisation a un coût, en termes de qualité de service (hospitalisations évitables, services non disponibles en proximité), mais aussi en termes financiers.

L'enjeu est majeur, non seulement en termes d'adaptation de la prise en charge, mais aussi en termes financiers. Ainsi si l'on évitait, par une prise en charge adéquate, 20 % des passages aux urgences, on peut estimer à plus d'un milliard d'euros l'économie directe réalisée, et près de 2 Md€ si l'on prend en compte les transports sanitaires associés et les hospitalisations consécutives pour les personnes âgées[207]. Si l'enjeu financier n'est pas nouveau, la crise des ressources humaines du système de santé le rend encore plus aigu.

---

[206] Hcaam. Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé. 2018.

[207] On dénombre 20 millions de passages aux urgences (18 millions de moins de 80 ans, 2 millions de plus de 80 ans), dont les niveaux CCMU1 et CCMU2 représentent 80 %. Dans 25 % des cas les venues aux urgences utilisent un transport sanitaire. 800 000 personnes de plus de 80 ans sont hospitalisées

Le Hcaam a proposé en 2018 un scénario de rupture, dans lequel « *les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Ils sont ouverts sur un extérieur structuré qui n'est plus conçu comme un « amont » ou un « aval » de séquences hospitalières. C'est, en effet, essentiellement hors de ces séquences que s'observent et doivent se traiter les pathologies chroniques et celles du vieillissement*. » En partant non pas de l'offre, mais **des services à rendre à la population**, en posant la question du niveau optimal auquel délivrer ces services, l'avis du Hcaam de 2018 propose :

- un principe clair de gradation des soins, pour que chaque structure soit utilisée de façon optimale au regard des ressources mises en œuvre. « *Le principe de subsidiarité devrait prévaloir : traiter les problèmes au plus près des personnes, sauf dans les cas où la situation excède les compétences et possibilités techniques des acteurs de proximité, renvoyant alors au niveau plus technique et d'orientation des patients* » ;
- la structuration d'un réseau de soins de proximité renforcé, capable d'offrir une gamme de services beaucoup plus large qu'aujourd'hui, et dans lequel la généralisation du travail en équipe permet d'exploiter au mieux les compétences de toutes les professions.

Ce diagnostic et ces propositions restent encore largement d'actualité.

Les évolutions à mener supposent **une politique volontariste maintenue dans la durée et constituent plutôt des mesures structurelles que des pistes d'économies immédiates**. Cependant, à court terme, une meilleure mobilisation des ressources existantes peut favoriser une meilleure économie de moyens.

Le Hcaam a posé en principe en 2018 que « *l'échelon de proximité ne peut fonctionner que s'il s'appuie sur une généralisation des formes d'exercice collectif pour l'ensemble des professions concernées* ». Ces évolutions ont été favorisées par les politiques menées depuis une dizaine d'années et le paysage des soins de ville se transforme : développement du travail en équipe (maisons de santé, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés), nouvelles fonctions (infirmières Asalee) et métiers (IPA, assistants médicaux), organisations collectives sur un territoire (CPTS). De multiples expérimentations (notamment *via* l'article 51) ont permis de tester différents modèles alternatifs d'organisation et de financement (voir chapitre Innovations organisationnelles). Les structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles en secteur libéral et centres de santé) représentent des modalités de fonctionnement de plus en plus plébiscitées par les jeunes professionnels, fondé sur une complémentarité avec d'autres professionnels de santé afin de permettre des coopérations en particulier entre les médecins et les infirmières Fin 2018, 30 % des médecins généralistes exerçaient en groupe

en MCO en aval de leur venue au service d'urgence. Éviter 20 % de ces situations par une prise en charge par des structures en ville et/ou un renfort à domicile ou en Ehpad génèrerait un gain financier de 1,9 milliard d'euros (différence entre le coût actuel (coût des services d'urgence, des transports et de l'hospitalisation MCO) et une estimation du coût des solutions alternatives).

avec des paramédicaux (avec ou sans autre médecin) pour atteindre le chiffre de 40 % quatre ans plus tard[208].

Cependant ces évolutions sont lentes et quantitativement limitées. Le système reste fragmenté, avec des professionnels souvent isolés et faiblement coordonnés entre eux, et aux compétences définies de façon limitative et rigide. Cela réduit la gamme de services offerte à la population en proximité par rapport à ce qui existe dans d'autres pays : prévention, accompagnement et éducation thérapeutique pour les malades chroniques, prise en charge de troubles mentaux légers à modérés, coordination des parcours de soins des patients (y compris en lien avec l'hôpital), gestion de cas complexes à domicile, démarches proactives pour « aller vers » les publics vulnérables ou en direction des patients en écart aux soins recommandés, accompagnement social en cas de besoin, etc.

Le Hcaam a réaffirmé en 2022 la nécessité d'une politique ambitieuse pour accélérer cette évolution vers le travail en équipe, avec deux niveaux possibles d'équipes :

- un premier niveau d'équipe constitué de médecins généralistes, assistants médicaux, infirmiers (infirmiers Asalee ou IPA) collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune ;
- ce premier niveau ayant vocation à s'intégrer dans une équipe plus large, aux compétences variées, comme c'est le cas aujourd'hui dans un certain nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé.

Il ne s'agit pas de proposer un modèle normatif de fonctionnement, mais au contraire de laisser la souplesse nécessaire pour que ces équipes puissent s'organiser selon les besoins de leur territoire et de leur patientèle.

Au-delà de l'équipe de soins, c'est l'engagement collectif des professionnels pour répondre de manière solidaire et organisée aux besoins de la population de leur territoire qui est nécessaire si l'on veut rééquilibrer la place de l'hôpital. **La mission de service public à la population doit être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels.** Les CPTS, le SAS sont des outils pour concrétiser cet engagement. Il faut poursuivre dans cette voie d'une plus grande « responsabilité populationnelle », partagée entre tous les acteurs (ville, hôpital), publics et privés. L'organisation collective doit permettre que des attentes fondamentales des patients soient satisfaites, au bon niveau : avoir un médecin traitant, une équipe de soins de référence quand on est malade chronique, avoir un avis spécialisé dans un délai raisonnable, avoir une réponse à un besoin de soins non programmé, éviter les ruptures quand on a un parcours de soins avec plusieurs intervenants, pour ne citer que quelques exemples. C'est en développant cette implication solidaire au sein des territoires que l'on apportera des solutions pérennes à l'engorgement des urgences et à la mobilisation inappropriée des moyens hospitaliers.

Il faut éviter à l'inverse, lorsque les professionnels d'un territoire s'organisent pour la permanence des soins, de favoriser la multiplication de solutions concurrentes : centres de soins non programmés, plateformes de téléconsultation… Elles peuvent apparaître comme

[208] *Études et résultats* n° 1301, mai 2024, Drees ; *Études et résultats,* n° 1244, octobre 2022, Drees

séduisantes par l'immédiateté de la réponse qu'elles proposent, mais elles prélèvent des ressources (humaines et financières) au détriment des autres besoins de soins. De tels dispositifs appellent un encadrement renforcé.

La question se posera de la façon de passer à une généralisation de l'inscription de l'exercice dans des engagements collectifs si ceux-ci ne couvrent pas l'ensemble d'un territoire : l'avis de 2018 envisageait une obligation de double contractualisation, dans la convention nationale mais aussi dans l'organisation du territoire. La proposition de mettre en place un service public de santé, à l'échelon départemental, commun à tous les acteurs du territoire autour d'objectifs communs, pourrait permettre cette structuration équitable dans tous les territoires.

2. Soins aux personnes hébergées en Ehpad et soins en santé mentale, deux domaines où l'enjeu de la gradation des prises en charge est majeur

Renforcer la médicalisation des Ehpad, une nécessité pour réduire les hospitalisations évitables

Réduire autant que possible l'adressage aux urgences et l'hospitalisation des personnes âgées fragiles est un objectif consensuel. De nombreux séjours sont préjudiciables aux personnes âgées car ils engendrent des ruptures déstabilisantes et des complications qui se traduisent par des séjours prolongés. L'enjeu est majeur : l'OCDE a estimé en 2016, sur la base d'une analyse des données de 25 pays, que le coût total des hospitalisations évitables de patients hébergés dans des structures de soins de long terme représentait 2,5 % de l'ensemble des dépenses d'hospitalisation, ou encore 4,4 % des dépenses de soins de long terme, et que sans action correctrice, ces coûts évitables étaient amenés à progresser de 20 % en une décennie[209]. En France, l'augmentation observée des hospitalisations non programmées et des passages aux urgences va dans ce sens[210].

Un des leviers structurels pour les personnes qui résident en Ehpad consiste à renforcer la capacité de ces derniers à prendre en charge un premier niveau de diagnostic et de traitement, ce qui peut passer par un renforcement de la *présence soignante* ou de *l'intervention de soignants* au sein de ces derniers[211]. Cette évolution est d'autant plus nécessaire que la transition démographique et épidémiologique est annonciatrice de

[209] de Bienassis, K., A. Llena-Nozal and N. Klazinga (2020), "The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul", OECD Health Working Papers, No. 121, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/be07475c-en.

[210] On comptait en moyenne 27 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpad, dont 15,6 non programmées (entrées par les urgences) au premier semestre 2015, et 29 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpad, dont 16,3 non programmées au premier semestre 2017. Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation est également élevé avec 11 passages pour 100 résidents au premier semestre 2015, et 13 passages pour 100 résidents au premier semestre 2017. Source : Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes). Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ? Questions d'économie de la santé n° 283, novembre 2023.

[211] Sur ce sujet, voir aussi la contribution du Haut Conseil de l'âge (Chapitre IV).

résidents aux profils de soins et de dépendance aggravés. C'est une politique poursuivie depuis une vingtaine d'années, et que les rapports successifs appellent à renforcer[212].

À moyen – long terme, le renforcement de la présence soignante dans les établissements d'hébergement devrait pouvoir s'appuyer sur plusieurs leviers, correspondant à des niveaux de besoins différents :

- Le premier niveau est celui que l'on pourrait qualifier de « droit commun », et qui renvoie à l'évolution du travail en équipes et au cahier des charges des services à rendre à la population, quel que soit le lieu de vie des personnes. Ces services incluent le suivi à domicile, ou dans l'établissement d'hébergement qui se substitue au domicile (Ehpad). Cette exigence peut paraître disproportionnée dans le contexte de la démographie médicale actuelle, avec des médecins surchargés qui se déplacent de moins en moins pour voir leur patient ailleurs qu'au cabinet. Pourtant, dans certaines maisons de santé, un fonctionnement en binôme médecin – infirmier permet de maintenir ce suivi à domicile ou en Ehpad, en utilisant si besoin des outils d'échange numériques, et ce type d'organisation peut se développer plus largement dès lors que le travail en équipe se généralise[213] ;
- Parallèlement, le renforcement de la présence soignante en Ehpad est nécessaire. Un certain nombre de propositions sont avancées concernant les ressources humaines, notamment les fonctions de médecin coordonnateur, d'infirmière coordinatrice, d'infirmière en pratique avancée (IPA) en gérontologie, ainsi que les ressources financières (généralisation du tarif global – sous réserve d'évaluation, fusion du tarif soins et du tarif dépendance, contrat d'efficience pour inciter les Ehpad à une bonne gestion du parcours des personnes) ; l'accès des Ehpad à la biologie délocalisée est également identifié comme un levier permettant d'éviter des hospitalisations et d'améliorer la pertinence des prises en charge. Ces évolutions, proposées pour la plupart par le rapport Jeandel-Guérin, supposent de surmonter le déficit d'attractivité actuel des Ehpad, qui constitue un frein à la médicalisation et à l'élévation du taux d'encadrement, qui implique une revalorisation de ces métiers et une amélioration des conditions de travail ;
- Enfin pour des soins plus complexes, le recours à l'HAD en Ehpad devrait être plus largement utilisée. Depuis 2007, les HAD ont été autorisés à intervenir dans les Ehpad et le nombre de résidents pris en charge a augmenté (26 000 en 2023, représentant 705 000 journées[214]), mais reste faible au regard des besoins. Une étude récente de l'IRDES a ainsi montré que l'intervention dans les Ehpad de l'hospitalisation à domicile (HAD) (qui est une modalité pour apporter des soins techniques qui

[212] Rapport Jeandel – Guérin – Recommandation n° 7 : Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les Ehpad afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les Ehpad des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en termes de ratios en personnel.

[213] Ces organisations collectives, appuyées sur des outils numériques, peuvent d'ailleurs s'envisager pour d'autres types de soins : soins dentaires (plusieurs expériences de télémédecine dans ce champ), mais aussi consultations spécialisées, si les communautés de spécialistes exerçant sur un territoire s'organisent.

[214] Source Irdes.

autrement nécessiteraient une hospitalisation) permet de diminuer le recours aux urgences non suivies d'hospitalisation et d'augmenter le recours aux soins palliatifs en fin de vie, tout en réduisant les dépenses hospitalières totales[215] (réduction de la dépense totale moyenne de 6 000 € par semestre pour 100 résidents sur les deux ans et demi suivant la première intervention de l'HAD). C'est d'ailleurs un levier qu'il est possible d'activer dès à présent (voir partie *infra* pour les mesures de court terme). Le développement de relations institutionnelles entre Ehpad et HAD est de nature à favoriser ce recours à l'HAD à l'initiative du médecin coordinateur de l'EHPAD ou du médecin traitant du patient.

L'amélioration de la gradation des soins et prises en charge dans le champ de la santé mentale constitue également un enjeu lourd

La prise en charge des besoins de santé mentale fait l'objet d'un défaut patent de gradation, relevé par plusieurs rapports depuis longtemps.

L'OMS a décrit un schéma théorique de combinaison optimale des soins et services en santé mentale, reposant d'abord (au-delà du soutien par l'entourage et du souci de soi) sur l'accès à des services primaires de santé mentale[216], des services de santé mentale structurés, l'accès à des soins psychiatriques dans un cadre hospitalier généraliste, et la possibilité de séjours de longue durée dans des services spécialisés.

Le Hcaam avait examiné en 2022 un rapport présentant ces enjeux[217].

La Cour des comptes, dans son rapport de 2021 sur *L'organisation des parcours de soins en psychiatrie*, soulignait plusieurs maux qui étaient le signe d'un défaut de gradation :

- part trop importante des hospitalisations de longue durée ;
- des entrées dans les soins sous contrainte faute d'anticipation.

Il recommandait « *la mise en place d'un modèle de soins gradué à affirmer plus fortement au niveau territorial* », reposant notamment sur l'accessibilité des soins des psychologues libéraux et un recentrage des missions du secteur de psychiatrie sur les parcours complexes. Plus précisément, la prise en charge par les psychologues libéraux devait réduire les files d'attente par les Centres médico-psychologiques (CMP) et les psychiatres libéraux et leur permettre de prendre en charge des situations plus lourdes de façon moins retardée, et

[215] Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes). Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ? Questions d'économie de la santé n° 283, novembre 2023.

[216] La santé mentale tient une place importante dans l'activité des soins primaires, « Entre 20 et 30 % des consultations de médecine générale concernent des personnes ayant des troubles psychiques et 60 % des consultations liées à la santé mentale se font auprès des professionnels du premier recours (médecin généraliste et pédiatre). Les médecins généralistes sont également les principaux prescripteurs de traitements psychotropes en France ». Source : M. Coldefy. Approche population-centrée et partenariale en santé mentale, 2022 (https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population- centree-partenariale-sante-mentale).

[217] M. Codely. L'approche patient-centrée et partenariale en santé mentale, rapport pour le secrétariat général du Hcaam, 2022.

d'éviter leur aggravation pouvant conduire à des hospitalisations. La prise en charge par l'assurance-maladie des consultations de psychologue constituait en effet à l'époque une expérimentation, qui depuis a été généralisée sous le nom de Mon Soutien Psy. Le dispositif a depuis été pérennisé. Au 30 juin 2024, 11 % des psychologues cliniciens libéraux (2 905) étaient adhérents au dispositif – le nombre a continué de progresser significativement depuis à la suite de la revalorisation des consultations et la suppression de l'adressage. La poursuite de la montée en charge permettra de consolider le rôle de ce dispositif dans une meilleure gradation des soins.

Le rapport de la Cour des comptes de 2023 sur la pédopsychiatrie souligne également l'absence de « gradation cohérente » des soins se traduisant par un parcours inadapté : recours aux urgences palliant l'absence de prise en charge en amont, CMP infanto-juvéniles saturés. Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein était en très forte hausse entre 2019 et 2021 (+ 12,7 %), celui des journées en hôpital de jour de 3,5 %. Le rapport pointait également l'impact des carences de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) sur la sollicitation de l'hôpital : les enfants confiés à l'ASE représenteraient la moitié des enfants hospitalisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ces constats, également établis par le HCFEA[218], renvoient à plusieurs facteurs (autres que la présence de facteurs de risques plus importants) : difficultés d'accès aux soins des enfants pris en charge par l'ASE ; renvoi vers l'hospitalisation psychiatrique des « situations complexes » que les établissements sociaux ou médico-sociaux refusent de prendre en charge. Dans un contexte d'offre saturée, cette absence de gradation conduit à évincer la prise en charge d'une partie des situations. Elle est donc préjudiciable à la santé collective. Les recommandations de la Cour des comptes s'inscrivaient largement dans une approche de gradation, notamment avec la promotion du recours des psychologues mais également des infirmiers en pratiques avancées. Le rapport de la Cour n'abordait pas en revanche la responsabilité des secteurs de l'ASE et du champ du handicap dans cette démarche, alors que la Cour soulignait qu'une partie des prises en charge en hospitalisation de jour pouvaient se rapprocher de celles offertes par des ESMS: la prise en charge de situations à l'hôpital par carence du secteur médico-social constitue une allocation inefficiente de la ressource : l'ATIH évalue la journée d'hospitalisation à 596 € en 2019, contre une fourchette de prix de journée comprise entre 120 et 160 € pour les ESMS dédiés aux enfants porteurs de handicap.

Il est à noter que, dans l'un et l'autre cas, une gradation des soins accrue n'avait pas vocation à réduire la dépense (en tout cas à court terme) : dans un contexte de saturation de l'offre et de rationnement de la prise en charge, du fait des difficultés de la psychiatrie hospitalière induites par la démographie des professionnels, elle devait plutôt permettre au système hospitalier de prendre en charge des situations aujourd'hui en souffrance.

[218] hcfea_rapport_pedopsychiatrie_et_sante_mentale.pdf.

3. Faire évoluer les logiques de financement pour accompagner ces transformations organisationnelles

Beaucoup d'acteurs du système de santé déplorent que, alors que la coordination et la complémentarité sont indispensables dans la logique d'optimisation des parcours de soins et du temps d'intervention des professionnels de santé, la construction du financement du système de santé reste dans un mode concurrentiel.

C'est vrai au niveau macro-économique, avec des logiques d'enveloppes étanches dans les différents secteurs. Si l'on peut penser qu'une partie des séjours hospitaliers pourrait être évitée en renforçant les acteurs présents en ambulatoire et à domicile, il est évidemment difficile pour un secteur d'accepter que lui soit retirée - sans que d'autres activités ne lui soit valorisées – une part de ses financements pour en faire bénéficier une autre offre de soins – qui plus est lorsque ce secteur est lui-même en difficulté, comme c'est le cas de l'hôpital aujourd'hui.

C'est vrai aussi au niveau micro-économique. La rémunération de chacun en fonction de son volume d'activité propre (pour l'essentiel) bride les possibilités de réorganisation des activités entre professionnels.

Certains acteurs appellent à accroître les financements partagés, notamment dans le cadre de la responsabilité populationnelle et d'objectifs partagés. Des modèles de financement favorisant la continuité des parcours de soins sont à promouvoir, par exemples sur des parcours de personnes âgées, de personnes en situation de fragilité et de précarité, de personnes en situation de handicap, de personnes soignées en dialyse. D'ores et déjà des modalités nouvelles ont été introduites (rémunérations d'équipe) ou sont testées (rémunération par capitation, rémunération à l'épisode de soins, incitations financières partagées entre plusieurs offreurs de soins). Elles pourraient être plus largement diffusées, en prenant garde cependant à la complexité opérationnelle que présentent les modes de paiement mutualisés entre plusieurs acteurs.

4. À court terme, la mobilisation des ressources existantes peut déjà produire des effets tangibles et générer des économies

Si les transformations systémiques sont nécessaires, elles requièrent du temps et une programmation des ressources nécessaires (financement, RH, outils communs), dans la durée ainsi qu'une révision des contenus de formation[219]. En revanche, certains gains en matière d'hospitalisations évitables peuvent être réalisés à court terme par un développement plus volontariste de pratiques déjà éprouvées ou d'organisations existantes.

[219] La formation médicale caractérisée par certains de surspécialisée, devra également se transformer pour inclure davantage d'inter professionnalisation ; centrée sur la structuration des soins de proximité capable d'offrir une gamme de services plus large, le travail en équipe, les partages de compétences entre professionnels et aussi avec le patient, répondant ainsi davantage aux besoins des usagers et à la structuration des exercices collectifs de demain.

a. Inciter aux pratiques qui réduisent le besoin d'hospitalisation

Même si elle est en hausse constante depuis plus de dix ans, la chirurgie ambulatoire peut encore être développée (63 % en 2022 pour un potentiel de 82 %). De même il faut développer de façon systémique les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), qui constituent une innovation hospitalière efficiente en termes de santé, de parcours de soins du patient et de coûts.

b. Utiliser plus systématiquement l'hospitalisation et la prise en charge à domicile

L'impact positif de l'HAD sur la qualité de vie des patients et son avantage économique sont de plus en plus reconnus et elle a connu un essor significatif au cours des deux dernières décennies : 184 000 patients pris en charge en 2024, 7,7 millions de journées, une croissance de 72 % en 10 ans. De même, les interventions des prestataires de santé à domicile (PSAD) en lien avec les infirmières libérales ont beaucoup progressé, avec par exemple une croissance des prises en charge en perfusion de l'ordre de 14% par an. Néanmoins il reste encore un potentiel important d'interventions qui pourraient éviter ou raccourcir des hospitalisations, à domicile, en EHPAD ou en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Le réflexe de de la prise en charge à domicile, par l'HAD ou par les acteurs de ville (PSAD et infirmières libérales), doit être plus systématique, de la part des établissements mais aussi des médecins de ville.

Des évolutions sont en cours de déploiement ainsi que plusieurs expérimentations qui, si elles sont probantes, pourraient être diffusées :

- en anticipation : évaluation précoce après l'admission des patients à l'hôpital, pour préparer la sortie et la recherche de solution d'aval dès l'admission ; évaluations anticipées de l'HAD pour les résidents en Ehpad et en ESMS dont l'état de santé est susceptible de se dégrader rapidement, permettant de les prendre en charge dans un délai très court en évitant un transfert aux urgences ;
- dans des contextes d'urgence : dispositifs expérimentaux permettant de faire intervenir l'HAD sur appel du SAMU pour les patients résidant en Ehpad et pour les patients de ville ; ou encore présence d'une infirmière HAD au service d'accueil des urgences pour éviter des hospitalisations aux patients éligibles HAD et les orienter rapidement ;
- pour pallier les difficultés de la médicalisation des Ehpad : astreintes mutualisées d'IDE de nuit d'HAD dans ces établissements ;
- en couvrant de nouveaux champs d'intervention :
    - équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) pour que des patients soignés à leur domicile mais inconnus des HAD puissent être pris rapidement en charge chez eux alors qu'ils présentent une symptomatologie aigue, en évitant le transfert vers un établissement hospitalier avec hébergement non voulu,
    - chimiothérapie injectable à domicile (expérimentation nationale article PLFSS 2024),
    - parcours Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie Cardiaque (RAAC),
    - parcours insuffisance cardiaque.

En complément de l'HAD et en fonction des ressources disponibles sur le territoire, les prestataires de santé à domicile (PSAD), pharmaciens d'officine, appuyés par les infirmiers libéraux, peuvent aussi être aussi intervenir plus largement. La possibilité d'être traité à domicile pour des traitements tels que la chimiothérapie ou l'immunothérapie s'offre de plus en plus aux patients et différentes organisations peuvent être mobilisées pour rendre ces traitements accessibles à un plus grand nombre.

Au vu des innovations numériques, technologiques et pharmacologiques majeures, une réflexion sur de nouvelles activités pouvant être réalisées à domicile est à mener.

Deux éléments sont à prendre en compte dans le développement de ces organisations déjà opérationnelles sur le terrain pour accélérer le virage domiciliaire :

- comme pour d'autres évolutions, l'alignement des intérêts des acteurs aux objectifs poursuivis doit être recherché. Ceci suppose de réfléchir aux incitations pour les établissements à s'impliquer (exemple des forfaits d'adressage et d'expertise perçus par l'établissement prescripteur pour la prise en charge en HAD des patients traités par chimiothérapie injectable dans l'expérimentation portée par le PLFSS 2024) ;
- l'implication de différentes organisations, qui ont chacune leur logique propre de fonctionnement et leur autonomie, doit se faire en bonne coordination avec les effecteurs de soins qui suivent le patient au long cours. L'objectif à terme est que la médecine ambulatoire se structure avec un fonctionnement d'équipe, aussi bien dans le champ des soins primaires aussi bien que des soins spécialisés de second recours. Elles doivent rester le point d'ancrage des patients lorsqu'elles font appel, en tant que de besoin, à des organisations plus spécialisées ou à plus même de gérer des situations plus complexes.

c. Renforcer le SAS, la PDSA et les modalités de réponse en ville aux situations d'urgence

Le SAS est le levier opérationnel mis en place pour répondre aux besoins de soins non programmés et éviter des recours non pertinents aux urgences hospitalières. Il doit être renforcé et s'étendre à d'autres spécialités. Les équipes de régulateurs et d'effecteurs du SAS et de la PDSA doivent être renforcées, tous les médecins devant, dans leur spécialité, participer solidairement à la prise en charge des soins non programmés et de la permanence des soins.

Plusieurs mesures peuvent être évoquées pour réduire le recours aux urgences :

- organiser partout la PDSA (permanence de soins ambulatoires) dès 18h30 et si possible le samedi matin ;
- organiser la prise en charge des soins non programmés de l'ensemble des spécialités par l'intermédiaire du SAS (Service d'accès aux soins) ;
- inciter fortement voire contraindre à la régulation préalable avant toute admission aux urgences.

Un exemple du renforcement de la permanence des soins ambulatoires peut être donné à travers le fonctionnement de la biologie de ville: la fermeture de laboratoires l'après-midi, l'absence d'information publique centralisée sur les horaires d'ouverture des laboratoires,

et l'absence de véritable obligation réglementaire sur les délais de rendu des examens urgents peut conduire les médecins de ville à orienter vers l'hôpital, parfois vers les urgences, certains de leurs patients afin d'avoir la certitude d'obtenir un résultat rapide. L'organisation d'un tour de garde au sein des LBM comme cela existe pour les officines, la mise à disposition d'une information publique sur les horaires d'ouverture des laboratoires (comme Ameli le fait pour les pharmacies de garde), et la définition de délais de rendus d'un panier d'examens urgents dans certaines indications, permettrait de trouver une réponse en ville et de réduire le recours à l'hôpital.

Le désengorgement des urgences peut également reposer sur des organisations nouvelles visant à améliorer le maillage territorial : interventions d'infirmiers libéraux à domicile sur demande du SAMU, équipe paramédicales mobiles d'urgences, infirmiers correspondants SAMU, organisations territoriales pluridisciplinaires[220]…

Le développement des activités de télésurveillance peut également aider à diminuer le recours aux urgences en privilégiant l'accès direct aux services de spécialités pour les patients connus, et en favorisant l'intervention précoce à domicile.

L'habilitation des infirmiers libéraux pour la réalisation des certificats de décès pourrait aussi, dans certains territoires, diminuer le recours au SMUR.

Cette bascule d'organisation emporte deux implications en termes financiers :

- elles impliquent indiscutablement des redéploiements entre enveloppes au sein des dépenses d'assurance-maladie, et notamment entre sous-objectifs de l'Ondam. Or, la construction du PLFSS en sous-objectifs et le point de focalisation que constituent l'évolution de chacun de ces sous-objectifs constitue un frein à assumer de tels redéploiements ;
- elles ne produisent d'économies qu'à la condition que le capacitaire hospitalier soit ajusté, faute de quoi elles ne peuvent que contribuer au creusement des déficits hospitaliers. Or, le redéploiement de ressources qu'implique une telle transformation ne peut être immédiat. Le retour sur investissement qu'impliquent de telles transformations suppose d'accepter une première phase de surcoûts.

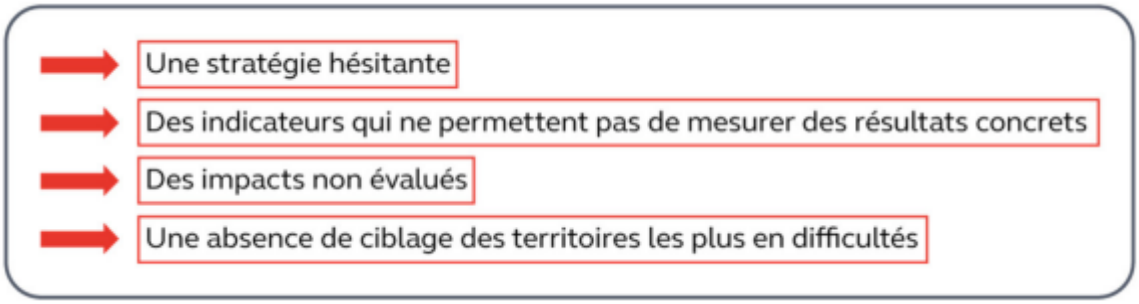
5. À moyen terme, les dispositifs de structuration des soins primaires doivent être simplifiés

Dans son rapport[221] de 2024, la Cour des comptes constate qu'*« au fil des années, ainsi, les aides, bien que plus nombreuses, sont devenues moins sélectives et tiennent de moins en moins compte des caractéristiques des territoires »*. La Cour déplore cependant des résultats décevants en termes d'accès aux soins de premier recours

[220] À titre d'exemple, un dispositif d'accompagnement pour les utilisateurs multiples des urgences (Daum), lancé en novembre 2022, a permis d'identifier plus de 500 usagers trop réguliers du service d'urgence du CHU de Nancy pour leur proposer des parcours de soins plus adaptés à leurs besoins.
[221] Rapport public thématique L'organisation territoriale des soins de premiers recours.

et dans la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé, du fait d'une politique insuffisamment ciblée (figure 1).

Figure 1 ▌Une politique insuffisamment ciblée



En 2018 le Hcaam recensait 17 modes ou conditions d'exercices, dispositifs spécifiques de coordination et incitations financières à la coordination qui peuvent se déployer en même temps sur le même territoire. « *Cette situation génère une sous-utilisation de ces services. Elle mobilise des ressources importantes en termes de financements publics (et sans doute en temps pour les différents professionnels impliqués) : en ne retenant que les "petits" dispositifs de la liste en annexe, mobilisant chacun moins de 80 M€ par an, la dépense représente près de 250 millions d'euros annuels.* » Le Hcaam appelait déjà dans ce rapport à une rationalisation des fonctions de coordination.

Deux grandes fonctions[222] de coordination peuvent être identifiées selon qu'elles correspondent à des fonctions de coordination de parcours au niveau clinique auprès des personnes ou qu'elles assurent au contraire les coopérations entre professionnels au niveau territorial (pouvant intégrer les secteurs sanitaires et médico-social dans une logique d'approche globale des besoins de la personne). La polysémie que recouvrent les besoins de coordination nuit à leur visibilité et à l'effectivité de ce qu'elle recouvre opérationnellement comme services rendus au patient et comme services rendus aux professionnels.

Le Hcaam formule donc les recommandations suivantes :

- évaluer l'impact des différentes structures de coordination territoriale au regard de leurs missions et des services rendus ;
- réduire le nombre d'instances et la superposition des dispositifs de coordination territoriale, rationaliser et structurer davantage l'offre de soins dans les territoires et rationaliser les fonctions de coordination ;
- faire évoluer le système conventionnel pour qu'il intègre davantage la nécessaire dimension interprofessionnelle de ces innovations ;
- simplifier et assurer une meilleure lisibilité des circuits de facturation pour réduire le risque d'erreurs, de retard de paiement et de coûts administratifs. La multiplicité des régimes de facturation (régime général, AT/MP, HAD, ESMS, etc.) complique la gestion pour les professionnels de santé.

[222] bloch-ma_dispositifs_de_coordination_en_finir_avec_le_millefeuille.pdf.

D. Mobiliser les innovations organisationnelles et techniques

1. Organisationnelles : des expérimentations et des partages de compétences qui se développent

Le Hcaam[223] a plusieurs fois affirmé l'intérêt de faire évoluer les modes de prise en charge dans plusieurs directions :

- assurer une meilleure coordination entre les acteurs de soins autour du patient, notamment dans le contexte de la structuration des acteurs de la ville dans le cadre d'un exercice coordonné, ou encore entre acteurs de soins et acteurs de remédiation médicosociale, et ce tout particulièrement pour la prise en charge de publics présentant des risques spécifiques face aux défauts de coordination, ou pour des pathologies ou des situations sanitaires et sociales rendant particulièrement nécessaire une coordination accrue ;
- élargir le champ des prises en charge mobilisables ou des interventions financées ;
- construire des parcours simplifiés et/ou plus efficients, notamment en assouplissant les règles de compétences des professionnels et des structures.

Ces innovations[224] poursuivent plusieurs objectifs d'amélioration de la qualité et de l'efficience, par l'optimisation du parcours patient (afin d'éviter les ruptures de prise en charge) et du temps médical. Elles contribuent largement à la promotion de l'approche de gradation des soins. Elles se heurtent aujourd'hui à l'architecture même du système de santé et aux règles de financement.

Le dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018 offre un cadre propice aux innovations et à leurs évaluations

L'article 51 vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits permettant de décloisonner le système de santé et d'inciter à la coopération entre les acteurs.

Ces expérimentations[225] d'innovation organisationnelle doivent concourir à améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, les parcours des usagers, l'efficience du système de santé et l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociales). Elles doivent déroger à des règles existantes de facturation, de tarification ainsi qu'au panier de soins remboursables.

Les expérimentations permettent par exemple :

- de financer des prestations ne relevant pas des prestations classiquement prises en charge par l'assurance maladie, comme : l'éducation thérapeutique du patient, les consultations de diététique, l'activité physique adaptée, des dispositifs de

[223] Avis et Rapport 2018 - Contribution du Hcaam à la Stratégie de transformation de notre système de santé.docx.
[224] Hcaam | Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité | France Stratégie.
[225] Foires aux questions - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.

télésurveillance, de coaching téléphonique, de visites au domicile, souvent dans le cadre de parcours coordonnés (ex : obésité, insuffisance cardiaque, BPCO, enfants de l'ASE, etc.) ;

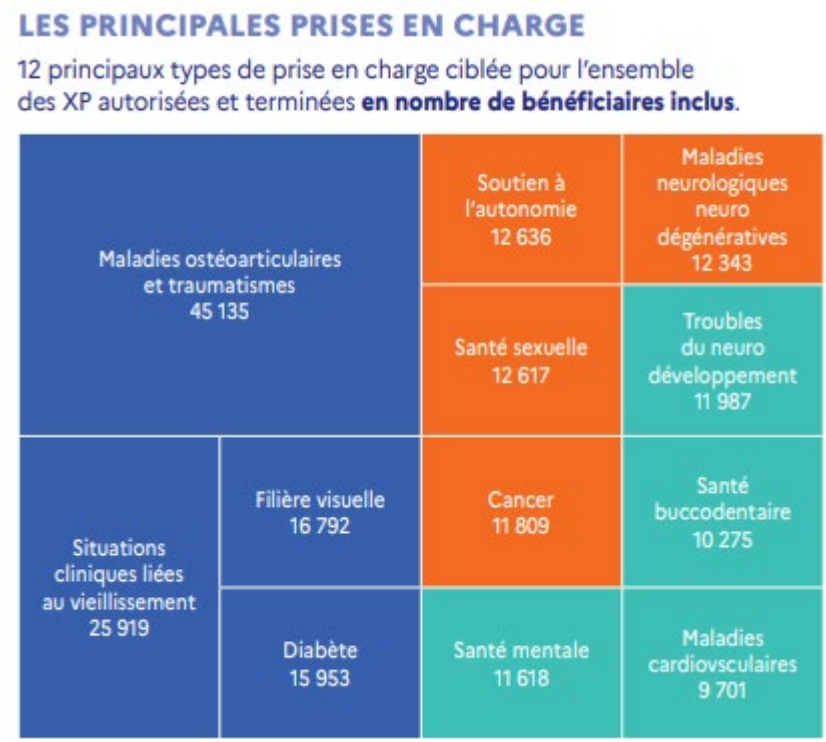
- de décloisonner les modes de prises en charge et d'innover en matière de financement, comme par exemple, en cancérologie pour les chimiothérapies injectable à domicile où un forfait d'adressage et d'expertise est perçu par l'établissement prescripteur pour la prise en charge en HAD des patients traités par chimiothérapie injectable ;
- de mettre en place plusieurs modes de coordination des intervenants auprès des patients (parcours coordonnés renforcés, équipes coordonnées ville / hôpital, mission de coordination de parcours) ;
- d'assouplir les règles de compétence entre professionnels et structures ;
- d'organiser l'appui aux médecins traitants dans le champ des addictions et en santé mentale *via* l'accès facilité et coordonné aux spécialistes et aux soins collaboratifs.

Après 6 ans d'existence, 155 expérimentations[226] ont été autorisées au 31 juillet 2024 (figure 2). Les parcours et les prises en charge développés concernent des pathologies (aigues ou chroniques : obésité, maladies cardiovasculaires, cancer), des situations particulières (situations liées au vieillissement, situations de vulnérabilité) ainsi que des approches territoriales. L'évaluation des projets explore 3 critères : faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité.

À l'issue de la phase expérimentale, « ***l'expérimentation devient une innovation dès lors qu'après une évaluation positive***, *elle entre en phase transitoire aussi dénommée sas de transition. Cette entrée en période transitoire se fait après l'avis favorable sur l'opportunité de généraliser rendu par le comité technique (CTIS) et le conseil stratégique (CSIS) de l'innovation en santé. Elle est alors en attente de la transposition en droit commun et n'est plus en phase expérimentale* ».

Figure 2 I Résumé de l'activité article 51 au 31 juillet 2024

[226] Rapport au parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé.



Source : Schéma de synthèse figurant dans le rapport au parlement 2024.

La transposition dans le droit commun des expérimentations probantes de l'article 51 est organisée par le ministère, la Cnam et la CNSA, qui doivent dégager des ressources *via* :

- le champ conventionnel lorsque des professionnels de santé conventionnés y sont impliqués. La transposition est alors tributaire du calendrier de discussions entre la Cnam et les professionnels concernés ;
- des arrêtés et circulaires budgétaires pour les établissements de santé et les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux, ESMS ;
- les parcours coordonnés renforcés (PCR) issus de l'article 46 de la LFSS 2024 pour les innovations nécessitant une prise en charge collective par plusieurs professionnels financés sous forme de forfaits durant la phase expérimentale.

D'autres expérimentations – hors article 51 – existent et permettent de faire des économies[227]. À titre d'exemple, le Parcours Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie Cardiaque (RAAC) mis en place avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et l'HAD AURAL, permet de réduire la durée d'hospitalisation après chirurgie cardiaque, tout en amélioration la satisfaction du patient. Le principe consiste à mettre en place une HAD après la sortie du MCO, au maximum de 14 jours, avec un passage de 2 IDE/jour et kiné 3 fois / semaine et tous les autres professionnels HAD si besoin (psychologue, nutritionniste, etc.).

[227] Selon les données fournies par la FNEHAD, en 2020, le chef de ce service a orienté 74% de ses patients vers l'HAD, soit 3 105 patients avec une économie approximative de plus de 16 millions d'euros pour l'assurance maladie pour ce service.

Les expérimentations de l'accompagnement à l'autonomie en santé (AAS) inscrites dans l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, souffrent de ces mêmes difficultés de transposition malgré un avis[228] de la Conférence Nationale de Santé (CNS) relatif au rapport d'évaluation d'octobre 2023, demandant la pérennisation des expérimentations probantes ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur financement et que la CNS « *dans la perspective d'une extension et d'un financement des actions d'AAS des personnes ayant des besoins importants, appuie la proposition de financement de ressources humaines dans les métiers identifiés : médiateur/trice, gestionnaire de cas, pair-aidance ou patient.e. expert.e., coordinatrice ou coordinateur territorial sur la base d'un diagnostic territorial (territoire de santé) et dans le cadre d'un avis des Conseils territoriaux de santé (CTS)* ».

D'autres expérimentations populationnelles dans les territoires d'actions coordonnées de l'ensemble des acteurs d'un territoire proposent des parcours de santé intégrés allant de la prévention à la prise en charge en ville et à l'hôpital selon une stratification des besoins développée par la FHF dans le champ du diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque. Les évaluations d'impacts de ces parcours de responsabilité populationnelle sont prometteuses dans les territoires pionniers : entre 2019 et 2023, on a observé une diminution des admissions *via* les urgences ainsi que de la part des séjours longs.

Ces expérimentations soulignent l'intérêt d'aménager le partage des compétences entre professionnels pour améliorer les services rendus à la population, libérer du temps médical et faciliter l'accès aux soins

a. L'évolution des périmètres de compétences

De nouvelles fonctions (infirmièr(e)s déléguées à la santé publique[229]) et de nouveaux métiers : Infirmier(e)s de pratique avancée (IPA) ; assistants médicaux[230] (Tableau 4) viennent enrichir les possibilités offertes de travail collaboratif au service des besoins des patients.

Tableau 4 I Nouveaux métiers et nouvelles fonctions

Fonctions/métiers	Nombre	Date de début
Infirmier(e)s Déléguée à la Santé Publique (Asalée)	2 080 infirmières auprès de 9 155 médecins généralistes (02/2024)	2004
Infirmier(e)s de pratique avancée	2 329 IPA diplômés et 1 751 étudiants (2024)	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
Assistants médicaux	6 000 dont 75 % auprès des MG (01/2024)	2018

[228] avis_cns_evaluation_art_92_lmss_2016_2023_3001_relap3.pdf.

[229] Dispositif permettant d'améliorer la qualité des soins et services rendus, notamment aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'appuie sur la substitution de certains actes des médecins vers les infirmières et sur le développement d'une démarche d'éducation thérapeutique.

[230] Le métier d'assistant médicaux a été mis en place afin de dégager du temps médical supplémentaire. Il bénéficie d'aide à l'emploi.

Les évaluations d'impact du dispositif Asalée réalisées par l'Irdes[231] montrent « *un effet significatif et positif de l'entrée du médecin dans le dispositif Asalée sur l'amélioration de la qualité du suivi de ses patients diabétiques pour l'ensemble des indicateurs de processus. L'amélioration est même remarquable s'agissant de la réalisation au moins trois fois par an de l'HbA1c* ». Ces infirmiers salariés permettent de dégager du temps soignant dédié à des activités qui ne sont pas mis en œuvre, faute de pouvoir y consacrer du temps. Une évaluation économique de ce dispositif mériterait d'être menée afin de mieux objectiver le rôle de ces infirmiers salariés. Leurs compétences actuelles recouvrent à la fois des compétences socles des infirmiers et des compétences qui figureront dans la Réforme du métier infirmier en cours.

La Cnam a réalisé une étude[232] sur le dispositif des assistants médicaux en octobre 2024. Ils permettent une hausse de la patientèle médecin traitant, et, dans une moindre mesure, de la file active. « *Après 48 mois de recours à un assistant médical, les médecins enregistrent une progression moyenne de leur patientèle médecin traitant de + 19,5 % et de leur file active de + 4,5 %, contre respectivement des évolutions + 6,6 % et – 5,3 % pour les professionnels n'y ayant pas eu recours sur la même période. (…) Les médecins ayant signé un contrat ont en moyenne augmenté leur nombre d'actes par jour de travail de 7,2 % (+ 2 actes) alors que les médecins non signataires l'ont augmenté seulement de 0,5 % (+ 0,1 acte).* »

Un audit flash[233] de la Cour des comptes relevait des freins puissants à la montée en charge du nombre d'IPA dont la résistance des médecins par méconnaissance ou crainte de la concurrence ; une situation économique précaire ; le coût élevé des études ; l'articulation avec d'autres acteurs. « *Face à ces obstacles, le ministère avait envisagé des inflexions, s'appuyant sur le résultat d'expérimentations qui tardaient à se mettre en place, l'une pour permettre un accès des patients aux IPA sans passer par un médecin (« accès direct »), l'autre pour accorder aux IPA un droit de première prescription. Le législateur a devancé le ministère : la loi récemment promulguée a tranché en faveur de ces évolutions.* »

b. Un rôle renforcé du patient

En regard de ces évolutions des métiers, la place du patient dans les soins évolue, pour intégrer un rôle plus acteur de sa santé et de son parcours de soins, passant entre autres par un rôle de patient partenaire : le patient partenaire participe à l'amélioration de sa prise en charge *via* notamment la transmission des évolutions de symptômes, d'effets secondaires et la prise en compte des résultats rapportés par les patients (*patient-reported outcome measures*). La prise en compte de la parole et du rôle des patients, sur le plan individuel comme collectif, *via* la vitalité des instances de démocratie sanitaire constituent des leviers majeurs de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. Leur intégration dans les processus d'évaluation, à travers des panels d'usagers afin de mieux évaluer le service rendu peut être une des modalités de la démocratie sanitaire.

[231] La coopération entre médecin généraliste et infirmière améliore le suivi des patients diabétiques.
[232] 2024-12_dispositif-assistants-medicaux_points-de-repere-55_assurance-maladie.pdf.
[233] Audit flash Les infirmiers en pratique avancée.

Le développement de la pair-aidance dans les années 2010 a fait l'objet d'une auto-saisine[234] de la HAS afin d'en proposer prochainement des recommandations. La production de savoirs expérientiels[235] a montré leur utilité pour aller mieux et permettent un meilleur rétablissement notamment dans le champ de la santé mentale.

c. Des évolutions des compétences de différents professionnels nécessaires

Plusieurs innovations organisationnelles introduites dans notre système de santé résultent de la généralisation d'expérimentations aménageant les règles de compétence :

- la capacité donnée aux pharmaciens d'officine de prescrire des antibiotiques après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) permettant de confirmer l'origine bactérienne d'une suspicion d'angine ou de cystite, constitue la généralisation de l'expérimentation Osys réalisée dans le cadre de l'article 51. Elle combine à la fois une approche de simplification du parcours du patient, de bon usage du médicament, d'optimisation du temps des professionnels et d'efficience globale du parcours de soins ;
- la prise en charge du dépistage VIH puis du dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) sans ordonnance fait également suite à l'expérimentation Au Labo Sans Ordo. Elle vise principalement la facilitation du parcours patient, l'utilisation opportuniste de tout contact avec le patient pour atteindre des populations recourant moins au système de santé et en particulier au dépistage, l'optimisation du temps médical et une efficience globale du parcours ;
- la possibilité donnée aux centres de santé et médiation en santé sexuelle de réaliser des examens de biologie délocalisée et d'assurer l'éventuel traitement subséquent dans une approche « Test and Treat » est également issue d'une expérimentation de l'article 51. Elle vise également la facilitation du parcours patient et la prévention des ruptures de prise en charge.

Chacune de ces innovations a supposé non seulement de déroger aux règles de prise en charge, mais également de déroger aux règles de compétence, en l'espèce du pouvoir de prescription du médecin et du champ de responsabilité du biologiste médical.

Elles révèlent le besoin d'évolution des règles de compétence.

« *Aujourd'hui, les professionnels de santé relèvent de cadres juridiques définissant leurs missions et responsabilités. Ces cadres qui résultent des textes ne sont pas toujours cohérents et présentent une faiblesse majeure : l'effectivité des missions décrites n'est pas assurée, d'une part, parce qu'en tout état de cause les professionnels ne disposent pas des moyens et des organisations leur permettant de les mettre en œuvre concrètement, d'autre part parce qu'elles correspondent à des engagements généraux, peu contrôlables, et que dans les faits, les professionnels ne se sentent pas tous engagés par ces textes.* » Pour autant, « *l'absence de schéma prospectif clair s'accompagne aujourd'hui d'un certain flou dans la définition des rôles et des missions des différentes catégories de professionnels de santé. Ce flou alimente la*

[234] Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales janvier 2025.

[235] Voir par exemple L'accompagnement par les pairs : Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap .

méconnaissance de ce que chacun peut attendre de l'autre, mais aussi la défiance vis-à-vis d'empiètements possibles. Un travail doit être conduit permettant de clarifier le positionnement de chacun et de favoriser des jeux coopératifs qui produiront une montée en compétence collective au service de la population ». Ces constats du Hcaam[236] en 2018 restent d'actualité et cela malgré l'élargissement des missions de plusieurs professionnels : sage-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes.

Cela concerne notamment les IPA, les aides-soignants, les masseurs-kinésithérapeutes[237], etc. ainsi que dans une réflexion de complémentarité entre acteurs de la santé et du secteur médico-social.

Plusieurs évolutions ultérieures ont pu être évoquées

- rôle du biologiste dans la détection des MRC, des dépistages du cancer colo-rectal ou du col de l'utérus, ou encore dans la vaccination (cf. Chapitre prévention). De telles évolutions s'inscriraient dans une logique de simplification du parcours patient, d'utilisation opportuniste des contacts entre le patient et le système de soins pour atteindre des patients plus éloignés du système ou des dépistages ;
- donner la possibilité aux biologistes médicaux de prescrire les traitements antibiotiques adaptés dans le cadre de protocoles validés par l'HAS à la suite de certaines infections bactériennes détectées en laboratoires (IST et cystites) est une mesure qui pourrait également simplifier le parcours de soin. Les biologistes médicaux pourraient également intervenir pour limiter le nombre d'examens cytobactériologiques des urines (ECBU) en réalisant des sédiments urinaires moins coûteux, et en lien avec les recommandations des sociétés d'infectiologie.

La biologie délocalisée constitue également un cas d'usage prometteur porteur d'améliorations pour l'efficience et la qualité des soins. La législation française ne permet pas de réaliser des examens de biologie médicale délocalisée (EBMD) en dehors d'un contexte hospitalier, malgré des dispositions législatives le prévoyant depuis plus de 5 ans mais jamais entrées en vigueur faute de texte d'application. **Ce cadre très restrictif contraste avec la désormais très large diffusion des EBMD dans les systèmes de santé les plus avancés, parfois depuis plus de 30 ans. Les systèmes de santé étrangers ont largement développé le recours aux points of Care tests (POCT), « test auprès du patient** ». Aux États-Unis, la classification des tests de laboratoire (*clinical laboratory improvement amendements – CLIA*) prévoit une catégorie de 140 tests simples bénéficiant d'un cadre réglementaire

[236] Avis et Rapport 2018 - Contribution du Hcaam à la Stratégie de transformation de notre système de santé.

[237] L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour les entorses de cheville est aujourd'hui possible via un protocole de coopération ou une expérimentation. (HAS 2025 : Entorse du ligament collatéral latéral (ligament latéral externe) de cheville : diagnostic, rééducation et reprise de l'activité physique et de la pratique sportive). On estime à près de 6 000 consultations qui sont liées à cette affection chaque jour aux urgences. « En France, les coûts de santé publique sont estimés à 1 000 € par entorse. Ce coût important tient compte du recours à l'imagerie médicale (radiographique le plus souvent), qui est quasi systématiquement réalisée afin d'exclure la présence d'une fracture, alors que l'incidence réelle des fractures est de moins de 15 %. »

allégé permettant leur réalisation dans les cabinets de médecine générale et les centres de soins primaires (ainsi que dans d'autres lieux : pharmacies, maisons de retraite, ambulances, écoles…). En Allemagne, 95% des médecins généralistes interrogés réalisent des tests de glycémie, et plus de la moitié des analyses de troponine et de micro-albumine, au sein du cabinet. **Le principal avantage mis en avant pour les POCT consiste dans une réduction du délai entre le prélèvement et l'obtention du résultat**, ce qui permet :

- d'éclairer la décision médicale d'une information supplémentaire permettant une prescription plus pertinente: l'usage des tests de CRP (protéine C-réactive) en soins primaires dans les situations d'infection des voies respiratoires inférieures, notamment pour éviter la sur-prescription d'antibiotiques, est répandu depuis plus de 30 ans dans certains pays, et intégré dans les recommandations de pratiques dans les soins primaires de pays aussi variés que la Belgique, le Danemark, la Norvège, l' Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni et l'Afrique du Sud. Leur bénéfice est encore accru dans le contexte de personnes âgées en perte d'autonomie au sein d'établissements spécialisés, comme alternative à une hospitalisation ;
- de garantir en un seul rendez-vous la prescription de l'examen, l'obtention du résultat et la prescription de traitement qui en découle, et donc éviter des ruptures de parcours du patient. Une étude sur le suivi de patients diabétiques[238] a montré que la mise en place d'un POCT de glycémie au cours des rendez-vous de suivi permet d' assurer un ajustement du traitement pour 100 % des patients concernés, alors qu'un tiers des patients présentant un niveau de glycémie trop élevé n'avait pas de rendez-vous d'ajustement de leur traitement dans les 90 jours suivant leur résultat de biologie.

La France a accumulé un retard considérable en la matière, au détriment de la qualité des prises en charge des patients et de l'efficience des ressources du système de santé. **Diffuser cette innovation suppose d'adapter les règles de compétences et de définir des modalités de financement adaptées, dans un cadre apportant les nécessaires garanties de qualité et d'efficience.**

La définition de ces règles, le plus souvent, au niveau législatif constitue aujourd'hui un facteur majeur de sclérose de notre système de santé : de telles dispositions trouvent souvent mal leur place en PLFSS, et les délais d'élaboration des textes législatifs et réglementaires peuvent apparaître parfois d'une longueur disproportionnée au regard des évolutions réalisées. Les rythmes d'évolution des textes semblent inadaptés au rythme d' innovation des pratiques. **Un tel constat pourrait plaider pour un élargissement du champ des LFSS par une loi organique afin qu'elles intègrent les modifications de compétences des**

[238] G. Rust, M. Gailor, E. Daniels, B. Mac Millan-Persaud, H. Strothers, R. Mayberry, « point of care testing to improve glycemic control », International Journal of Health Care Quality Assurance, 2008;21: 325–35.

professionnels de santé, ou bien une loi de santé tous les ans adossée et en cohérence avec le PLFSS (option qui supposerait toutefois qu'un tel vecteur législatif annuel puisse être inséré dans l'agenda parlementaire dans un calendrier cohérent avec celui du PLFSS), ou encore que soit examinée la possibilité de délégaliser certaines règles aujourd'hui législatives.

d. Ces évolutions supposent d'être couplées à une vision prospective des ressources humaines du système de santé qui fait aujourd'hui défaut

Faute de vision d'ensemble et de déploiement stratégique, et devant l'empilement de mesures modestes (au regard des possibilités offertes dans d'autres pays depuis de nombreuses années), l'élargissement du partage de compétences risque d'apparaitre comme une simple recherche de gain de temps médical au détriment de la valorisation des rôles et compétences propres des différents professionnels dans l'intérêt d'une meilleure efficacité et efficience du système de santé. La coordination et le niveau de partage des compétences entre différents professionnels doivent être redéfinis d'une manière globale et non au coup par coup selon les corporatismes ou face à la défaillance démographique de certaines professions.

L'extension de chaque compétence[239] ou partage de tâche devrait être suivie en termes d'impact. Par exemple, dans quelle mesure l'extension de la possibilité de prescription des substituts nicotiniques à de nombreux professionnels : sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes a-t-il donné lieu à davantage de prises en charge de patients fumeurs ? À quelle hauteur pour chacune de ses professions ? Quels sont les freins et les leviers à l'effectivité de cette mesure ? Comment y remédier ? etc.

Le rapport[240] Igas « trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » suggère notamment de :

- réaliser des études d'impact et des évaluations thématiques permettant d'apprécier la pertinence de l'ensemble des dispositifs de réorganisation des interventions entre professionnels de santé concourant à un même objectif de santé publique ;
- prêter une attention particulière à l'organisation de la succession entre différents dispositifs concurrents dont l'un est mis en extinction au profit d'un autre ;
- expertiser la tenue d'une convention citoyenne sur la refonte de l'organisation du système de santé et des professions.

De même le rapport 2024 du Hcaam sur les ressources humaines en santé faisait l'état de l'existence au Royaume Uni de tableaux de compétences transversales aux 3 secteurs permettant d'identifier les passerelles et les socles communs de compétences au sein des professions du champ médical, médico-social et social. Ce type de travaux en profondeur éviterait sans doute des décisions au fil de l'eau.

[239] Qui ne doit pas être confondu avec des glissements de tâches en réponse à des pénuries de professionnels et qui dans ce cas pourrait se solder par une perte de chance pour les patients par défaut de moyens.

[240] Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé | Igas.

e. L'entrée dans le droit commun de ces expérimentations constitue une difficulté

Malgré l'existence de protocoles d'évaluation et de suivi associant les différentes parties prenantes, l'entrée dans le droit commun se heurte régulièrement à des difficultés.

Pour partie, ces difficultés résultent du fait même que ces expérimentations conduisent à revoir des règles structurantes, générant des résistances au changement : certains acteurs peuvent être tentés de contester ou refaire l'évaluation qui vient d'être réalisée, et donc de dénaturer l'expérimentation en retenant des modalités d'entrée dans le droit commun qui ne correspondent pas aux conditions de l'expérimentation.

Un exemple peut en être offert avec la mise en place des parcours coordonnés renforcés. Le décret n° 2025-394 du 30 avril 2025 relatif à la liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés, liste les structures autorisées à coordonner les parcours coordonnés renforcés, en l'élargissant par rapport aux structures qui assurent aujourd'hui ces missions, tout en refusant d'y inclure les structures associatives, alors même que certaines portent aujourd'hui les parcours coordonnés renforcés financés par les ARS. Cela crée un double risque que :

- le passage à l'échelle ne soit plus conforme à ce qui a été expérimenté ;
- et de devoir confier la coordination à des structures trop éloignées des personnes concernées alors que la proximité[241] géographique est un facteur important de réussite.

De tels écarts au principe même de la méthode expérimentale au nom de conservatismes institutionnels ne peuvent que porter préjudice à la qualité et à l'efficience du système de santé.

f. Pour soutenir le déploiement des innovations organisationnelles, certains leviers sont proposés

- Définir, conformément au code de santé publique, une stratégie nationale de santé (SNS) pluriannuelle (de 5 à 10 ans) déterminant des objectifs priorisés et qui propose des transformations du fonctionnement et du financement en profondeur du système de santé (cibles en termes d'exercices coordonnés, de rémunération actes/forfaitaire/salarié), qui structure la prévention (médicalisée, éducation thérapeutique du patient, leviers en dehors des soins, etc.). Cette SNS doit s'appuyer notamment sur le levier les innovations en santé probantes de financement au parcours et répondant en particulier aux besoins des patients, pour assurer une couverture homogène dans l'accès à la santé dans les territoires.
- Prévoir une loi de programmation, de santé publique, pluriannuelle permettant de bâtir une régulation budgétaire plus juste.
- Élargir le champ des LFSS aux règles de compétences entre professionnels de santé, délégaliser les règles qui peuvent l'être, afin de rendre le droit des compétences plus évolutif.

[241] Comme dans le rapport final de l'expérimentation Mission retrouve ton cap. rapportfinal_evaluation_mrtc.pdf.

- Accélérer le passage en droit commun et accompagner l'usage des innovations thérapeutiques et la mise en œuvre des innovations organisationnelles en mettant en place un accompagnement au plus proche des acteurs concernés dans tous les territoires.

2. Techniques

a. Le cadrage général

L'avis du Hcaam de 2016[242] consacré aux innovations en santé rappelait le besoin de disposer d'une stratégie nationale pluriannuelle en matière d'innovations. Cette stratégie devait inclure un volet facilitant le déploiement opérationnel de dispositifs innovants qui se heurtent encore à plusieurs obstacles, notamment d'ordre financier et réglementaire.

Cette stratégie a commencé à prendre forme dans le cadre du plan France 2030, avec notamment la création de l'Agence de l'innovation en santé (AIS) en 2022. Celle-ci pilote notamment le Plan Innovation Santé 2030, doté initialement de 7,5 milliards d'euros, avec un accent particulier sur les biothérapies, les dispositifs médicaux, la santé numérique, la souveraineté industrielle et récemment la prévention.

Parmi les innovations en cours de développement et de déploiement, l'IA générative peut apporter des gains de productivité porteurs d'économies pour le système et de réponses aux tensions que connaissent les ressources humaines du système de santé.

Les technologies fondées sur l'intelligence artificielle générative (IAg) suscitent de nombreuses attentes dans le domaine de la santé. Leurs applications envisagées couvrent un large spectre : du diagnostic médical à la prévention personnalisée, en passant par la proposition de plans de traitement individualisés. D'autres usages émergents concernent le traitement automatisé des données médico-administratives, avec l'objectif de réduire le temps qu'y consacrent les professionnels de santé.

Le dernier rapport du Hcaam consacré aux ressources humaines en santé[243] aborde spécifiquement le rôle croissant que pourrait jouer l'intelligence artificielle dans la transformation des métiers médicaux et paramédicaux. Citant notamment un article de R. M. Watcher *et al*. publié dans le *JAMA* en 2024[244], le rapport souligne que les solutions fondées sur l'IA en santé font face à des défis plus importants que dans d'autres secteurs : données sensibles; données peu structurées et très liées à leur objectif premier (facturation, utilisation clinique…). Cela ralentit le déploiement de solutions abouties, mais les innovations sont rapides et les acteurs enthousiastes, donc les avantages promis pourraient être atteints, à des rythmes différenciés selon les applications.

---

[242] Avis du Hcaam. Innovations et système de santé 13/7/2016.

[243] Hcaam | Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires, 2024

[244] Wachter RM, Brynjolfsson E. Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care? JAMA. 2024 Jan 2;331(1):65-69. doi: 10.1001/jama.2023.25054. PMID: 38032660.

Dans le rapport Charges et produits 2024[245], la Cnam rappelle l'impact profond que va avoir l'intelligence artificielle dans la pratique clinique, même si la plupart des dispositifs actuels sont à un stade d'évaluation précoce, avant la validation clinique. La plupart des Dispositifs médicaux numériques (DMN) sont aujourd'hui à destination des professionnels, et n'ont pas été soumis à des évaluations indépendantes et centralisées pour ses effets sur le soin, ce qui peut constituer une difficulté tant pour les professionnels dans le choix des outils que pour le régulateur dans la définition de leur financement. **Penser un cadre évaluatif institutionnel pour ces DMN permettrait une intégration plus rapide dans la pratique courante.**

Le développement accéléré des modèles dits "*large language models*" (LLM), capables de traiter le langage naturel à une échelle et une précision sans précédent, ouvre de nouvelles perspectives. Les modèles les plus avancés peuvent désormais intégrer simultanément du texte, des images et des données structurées, ce qui constitue une avancée majeure pour le traitement d'informations complexes, comme les dossiers médicaux électroniques ou les protocoles de soins. Cette polyvalence multimodale pourrait contribuer à résoudre certains problèmes structurels, notamment le défaut d'interopérabilité entre systèmes d'information de santé, aujourd'hui identifié comme un frein majeur à la fluidité du parcours de soins.

Malgré ces perspectives prometteuses, l'adoption de l'IA générative soulève encore de nombreuses incertitudes sur le plan juridique, éthique et stratégique :

- cadre légal : la plupart des modèles de LLM actuellement utilisés ont été entraînés sur des corpus de données massives sans respect explicite du droit d'auteur ou des licences associées. Cette incertitude rend leur utilisation dans le champ médical potentiellement non conforme au droit européen, notamment au regard du RGPD ou du Digital Services Act ;
- sécurité et confidentialité : les modèles peuvent être exposés à des fuites d'informations sensibles, *via* des fuites de mémoire, ou être la cible d'attaques adverses. Le risque de divulgation de données de santé identifiables, même indirectement, est un enjeu critique en santé publique ;
- souveraineté technologique : si ces outils venaient à devenir centraux dans la gestion du système de santé (triage, décision clinique, administration hospitalière), leur dépendance vis-à-vis de modèles propriétaires (souvent américains ou hébergés sur des infrastructures extra-européennes) poserait des questions de perte de contrôle stratégique, notamment en cas de conflit d'intérêt industriel ou de crise géopolitique ;
- impact écologique : consommation importante d'eau et d'électricité pour l'entrainement des modèles ;
- impact social : mauvaise traçabilité des conditions de travail des sous-traitants embauchés pour le fine-tuning dans des pays étrangers aux normes sociales peu exigeantes.

[245] Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, 2024, Chapitre 10.3.

L'analyse automatisée de données médicales non structurées (compte rendus, observations cliniques, courriers, notes libres) par des outils d'intelligence artificielle ouvre la voie à des gains significatifs de temps médical. En matière d'imagerie, l'IA permet déjà des gains de temps dans la phase d'analyse des images qui représente 40 % du temps de travail des radiologues (analyse par l'IA de l'évolution entre deux images d'un même patient à des dates différentes pour suivre l'évolution d'une pathologie ; aide à la recherche de fractures ou de lésions sur l'image ; mesure des lésions observées) ; elle peut aussi faciliter la rédaction du compte-rendu d'imagerie (qui représente également 40 % du temps de travail des radiologues), en proposant des projets de compte-rendu soumis à la relecture du professionnel. Dans d'autres pays comme la Suède, les performances de l'IA dans le dépistage du cancer du sein permettent d'envisager de remplacer la double lecture par un radiologue pratiquée dans le dépistage organisé du cancer du sein par une lecture humaine et une lecture par l'IA[246]. De tels gains de productivité peuvent permettre des économies pour le système de santé, à condition que le régulateur se dote d'outils d'observation de ces gains de productivité et que les modalités de tarification soient assez réactives pour les suivre, faute de quoi ces gains de productivité se traduiraient par un accroissement de la rentabilité des activités qui en bénéficieraient sans que le financeur récupère ces gains de productivité. Ces gains de productivité peuvent également répondre à des situations d'inadéquation entre l'offre et la demande qui peuvent se traduire par des difficultés d'accès aux soins ou au dépistage.

Ces technologies peuvent être également mobilisées pour rédiger automatiquement des comptes rendus de soins ou de séjour en milieu hospitalier, assister les professionnels dans le codage des actes et des diagnostics à des fins de facturation (PMSI), et contribuer à une meilleure organisation des soins, par exemple *via* des agents conversationnels aidant à la planification de l'activité dans les services ou la coordination interprofessionnelle.

Parmi les usages envisagés, les solutions d'IA appliquées à l'information médicale (traitement automatique du langage naturel, interopérabilité, structuration des documents) apparaissent comme les plus immédiatement transposables à l'échelle opérationnelle. Elles sont aussi susceptibles de générer les économies les plus importantes en réduisant la charge administrative pesant sur les médecins et les personnels médicaux. Elles peuvent représenter une plus-value décisive pour une véritable utilisation systématique des informations contenues dans Mon Espace Santé. Néanmoins, leur déploiement à grande échelle nécessitera des études d'impact médico-économique rigoureuses, afin de démontrer leur apport en matière de productivité, de qualité documentaire et de conformité réglementaire.

[246] Hernström, V · Josefsson, V · Sartor, H · et al, « Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study », *Lancet Digit Health*. 2025.

b. Les innovations médicales peuvent représenter des gains d'efficience du système mais supposent de renforcer les capacités d'évaluation de ces innovations.

Ainsi, les évolutions concernant les actes médico-chirurgicaux dont le processus d'évaluation va jusqu'à la tarification et demeure souvent beaucoup trop long, souffrent d'un retard de la prise en charge en routine d'innovations ce qui prive le système de santé de potentiels gains d'efficience. Cela suppose de s'interroger sur les ressources supplémentaires à consacrer à ce process et parallèlement à encadrer chaque séquence de la procédure par des délais précis.

Certaines évolutions scientifiques peuvent permettre des changements de paradigme. Il en est ainsi des apports de la biologie moléculaire, qui permet d'accéder à de nouveaux types biomarqueurs. La PCR (*Polymerase Chain Reaction*) constitue une illustration désormais célèbre de cette rupture technologique permettant d'identifier un agent infectieux ainsi que ses mutations de façon beaucoup plus rapide et plus précise que les techniques antérieures.

Au-delà, en permettant l'accès à de nouveaux biomarqueurs, ces technologies permettent d'élargir leur finalité : elle peut être non seulement diagnostique mais également prédictive, pronostique et préventive. L'usage de certains de ces biomarqueurs pour prédire des risques de maladie fait déjà l'objet d'expérimentations à grande échelle : le NHS anglais s'est engagé, avec le King's College, Cancer Research UK, à un essai randomisé sur 140 000 volontaires de 50 à 77 ans sur le test Galleri®[247], qui constitue un test sanguin prétendant détecter de façon précoce 50 cancers, y compris des cancers pour lesquels il n'existe pas aujourd'hui de dispositif de dépistage. Les résultats finaux de l'essai sont attendus pour 2026. S'ils sont positifs, ils pourraient conduire à des stratégies massives d'utilisation d'un tel test. Les partisans de tels tests soutiennent que ces biomarqueurs permettraient de détecter des risques de cancers ou des cancers bien avant l'apparition de symptômes ou même d'autres marqueurs faisant aujourd'hui l'objet de dépistages. Ce faisant, ils pourraient être synonymes d'améliorations importantes en termes de succès thérapeutique et de coûts évités : traitements précoces moins invasifs, moins coûteux et moins longs, indemnisation d'arrêts maladie évités, autres formes de dépistage ou diagnostic évités. Ils emporteraient une considérable réallocation de ressources au sein du système de santé, depuis les traitements à des stades avancés vers une massification de dépistages.

- La généralisation de telles innovations pose des questions médico-économiques et éthiques complexes : en regard des arguments de leurs promoteurs, sont avancées des interrogations telles que : l'impact d'une insuffisance spécificité des tests, notamment s'il existe une part trop élevée de faux positifs conduisant à des actes de soins inutiles et pouvant affecter la qualité de vie du patient sans justification.
- L'évaluation du bénéfice relatif pour le patient de cette détection anticipée au regard d'une détection classique ou d'une absence de détection : selon les types de cancers

[247] Swanton *et al.*, NHS-Galleri trial: Enriched enrolment approaches and sociodemographic characteristics of enrolled participants, avril 2025.

(évolution lente ou non, maturité des traitements), le bénéfice d'une détection anticipée peut être plus ou moins avéré.

La diffusion de ces innovations suppose par ailleurs de disposer d'une capacité d'intégration de l'innovation dans notre système de santé suffisamment réactive.

Or, elle peut se heurter à des goulets d'étranglement, ainsi que l'illustre la situation des actes innovants hors nomenclature en matière de biologie. Les actes qui n'ont pas encore été évalués par la HAS font l'objet d'un financement dérogatoire (référentiel des actes innovants hors nomenclature – RIHN) sur une enveloppe MERRI (missions d'enseignement, recherche, recours et innovation) allouée aux établissements de santé prescripteurs. Or, la capacité d'évaluation d'actes innovants de biologie par la HAS, à ressources inchangées, semble aujourd'hui très limitée au regard du stock d'actes en attente d'évaluations et constitue un frein important à l'inscription de ces actes dans le droit commun. Sur un thème d'innovation aujourd'hui majeur comme l'utilisation du séquençage haut débit ciblé d'un panel de gènes dans le cadre du ciblage des traitements du cancer, la HAS a publié en 2024 un programme d'évaluation en neuf vagues, sachant qu'elle indique qu'une vague prend six à douze mois. Cela donne une perspective d'achèvement des évaluations en 2033, alors que d'autres innovations viendront grossir le stock d'ici là. Or, ces tests constituent des tests dits « compagnons » en ce qu'ils sont couplés à un produit de santé qu'ils permettent de cibler sur les populations pour lesquelles ils présentent la meilleure efficacité. Leur diffusion constitue donc une condition de la pertinence de prescriptions médicamenteuses souvent onéreuses. Les limites de la capacité d'évaluation de ces innovations conduit à prolonger au-delà du nécessaire et du souhaitable leur financement dans le cadre du RIHN, qui est porteur d'inadéquations tarifaires, peut conduire à ce que certains établissements de santé prennent en charge ces examens à prix coûtant et que l'accès des patients à ces innovations soit très inégal.

c. La priorisation

Dans un contexte de prolifération rapide des innovations techniques, l'enjeu stratégique de positionnement en matière de souveraineté sanitaire et d'accès aux dernières avancées médicales se confronte au risque inflationniste. Sans mécanisme de priorisation, la multiplication des innovations peut générer une hausse structurelle des dépenses sans garantie de gains d'efficience.

Il devient donc essentiel de **flécher les investissements vers des innovations susceptibles de générer des économies à moyen ou long terme**, en particulier lorsqu'elles permettent de remplacer des prises en charge palliatives ou chroniquement coûteuses.

Pour cela, il convient de trouver un juste équilibre basé notamment sur le service rendu, l'efficience et accessibilité sociale et territoriale dans les solutions à financer et à déployer. Il pourrait être utile de confier à une structure compétente et indépendante **l'observation des dispositifs innovants**, chargé d'assurer le suivi, la transparence et l'évaluation continue des conditions d'introduction sur le marché de ces innovations.

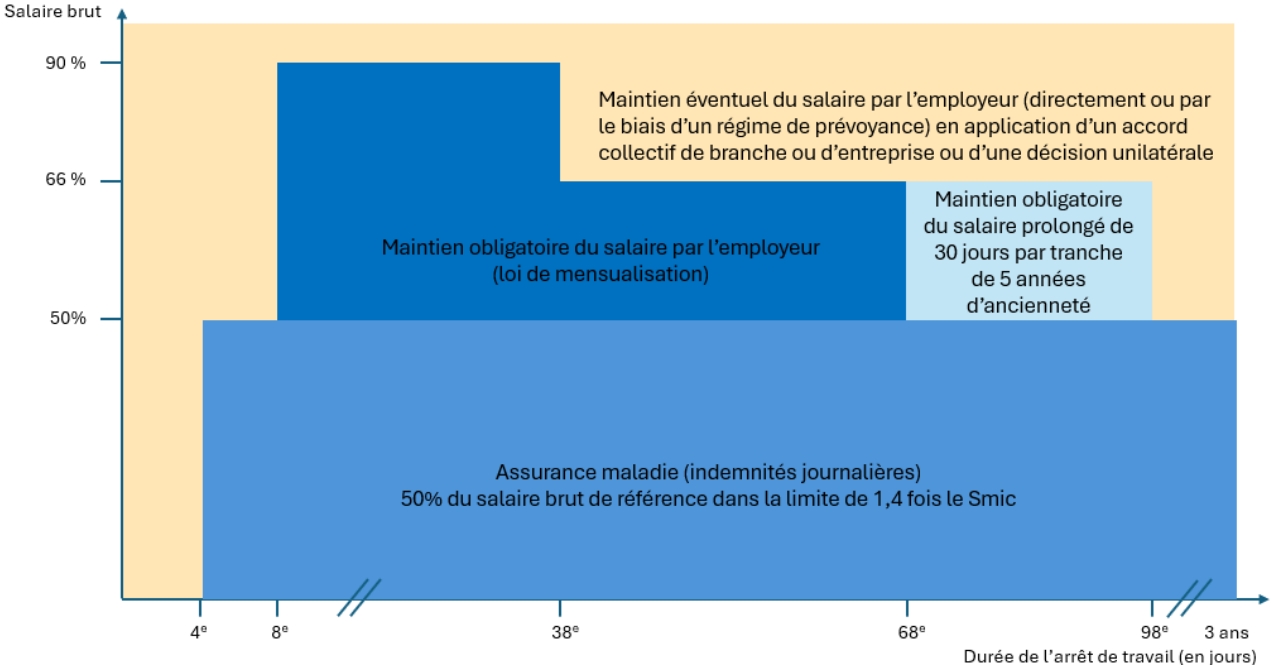
3. La question des arrêts maladie

1. Rappel de l'architecture de prise en charge du risque d'incapacité temporaire de travail

Les travaux du Hcaam menés dans le cadre de ce rapport se sont concentrés sur les dépenses relatives aux arrêts de travail relevant de la branche maladie, et ne couvrent donc pas les arrêts pour accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) ni maternité/paternité. Pour rappel, pour les salariés au régime général, le risque d'incapacité temporaire de travail fait intervenir conjointement (figure 3) :

- l'assurance maladie pour les indemnités journalières (IJ) ;
- l'employeur de façon obligatoire dans le cadre de la loi de mensualisation, et éventuellement au-delà en fonction des accords ;
- les organismes complémentaires, soit dans le cadre d'une assurance souscrite par l'employeur pour mutualiser ses obligations dans le cadre de la loi de mensualisation, soit pour mettre en œuvre des garanties de prévoyance résultant le plus souvent d'accords de branches.

Figure 3 I : Répartition de l'indemnisation des arrêts maladie du régime général entre l'assurance maladie et l'employeur en fonction de la durée de l'arrêt



Note : Les durées d'arrêt de travail, signalés en abscisses correspondent aux bornes temporelles de leurs différents modes de prises en charge. La surface de chaque aire n'est donc pas proportionnelle à la dépense prise en charge.
Source : Hcaam d'après Cour des comptes et CTIP.

Il faut souligner que ces indemnités journalières constituent un revenu de remplacement qui couvre à des degrés divers différentes catégories de salariés et demandeurs d'emploi. Les indemnités journalières de l'Assurance maladie sont versées aux salariés en emploi et

aux demandeurs d'emploi sous condition de durée minimale d'affiliation (cette durée étant plus longue pour les arrêts supérieurs à 6 mois[248]). Les indemnités complémentaires obligatoirement versées par l'employeur (loi de mensualisation) ne concernent que les salariés bénéficiant d'au moins un an d'ancienneté – avec un taux de remplacement et une durée maximale de versement variable selon l'ancienneté du salarié[249]. Les accords concernant le troisième étage de versement complémentaire par l'employeur peuvent quant à eux prévoir des modalités différentes selon la catégorie des salariés, par exemple en distinguant la couverture selon la catégorie professionnelle[250].

2. Une dépense structurellement plus soutenue que l'ensemble des dépenses de santé, du fait de déterminants démographiques et économiques

En 2023, les prestations versées à ce titre par les administrations publiques et les organismes d'assurance représentent 20,5 Md€ selon la Drees (Comptes de la protection sociale)[251]. Au sein de cet ensemble, les indemnités journalières versées par le régime général pour la maladie et les accidents de travail et maladies professionnelles (donc hors maternité/adoption) s'élèvent à 14,3 Md€, dont 10,2 Md€ pour la branche maladie.

La Drees et la Cnam ont procédé à une analyse approfondie de la dynamique des IJ financées par le régime général (hors travailleurs indépendants) sur 13 ans[252].

Le montant des IJ maladie du régime général est passé de 6,19 Md€ en 2010 à 7,98 Md€ en 2019, puis à 10,21 Md€ en 2023. La progression a été de 28,9 % entre 2010 et 2019, puis de 27,9 % entre 2019 et 2023, soit une accélération du rythme annuel, passé de 2,9 % au cours des années 2010 à 6,4 % entre 2019 et 2023[253].

Les dépenses d'IJ ont donc connu une croissance nettement plus importante que celle tant de la CSBM que de l'Ondam.

---

[248] Code de la sécurité sociale, articles L321-1 et R313-3.

[249] Des règles spécifiques s'appliquent en Alsace-Moselle, avec un maintien de salaire à 100 % par l'employeur sans délai de carence.

[250] Perronnin M., 2019, L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2017, *Rapport de l'Irdes*, n° 572.

[251] Y compris congés maladie de longue durée des agents de l'État, indemnités journalières (IJ) versées au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et les prestations de maintien de salaire pour les personnes vulnérables arrêtées durant le Covid-19 versées *via* le chômage partiel ou les IJ dérogatoires.

[252] Colinot N., Debeugny G., Pollak C., Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019, *Etudes et résultats*, n° 1321.

[253] Cette accélération est concomitante avec une forte hausse des IJ AT-MP : leur montant augmente de 5,9 % par an en moyenne entre 2019 et 2023 (+3,2 % en volume), contre +3,2 % sur la période précédente (+2,1 % en volume). À l'inverse, IJ maternité/adoption sont globalement stables dans un contexte de baisse de la natalité et de hausse de leurs montants moyens.

Cette croissance se décompose en plusieurs facteurs :

- le nombre de journées d'IJ, qui résulte lui-même de plusieurs facteurs :
  - le nombre de salariés éligibles aux indemnités journalières, qui lui-même résultera du croisement entre le nombre de salariés (résultant lui-même de l'évolution de la population active et du taux d'emploi) et de l'évolution des conditions d'ouverture des droits aux IJ. Or, le taux d'emploi des 15-64 ans a progressé de 1,5 point 2010 et 2019 puis 1,4 point entre 2019 et 2023,
  - le « taux de recours » aux IJ,
  - la durée moyenne des arrêts ;
- la valeur moyenne des IJ, qui peut elle-même résulter tant de l'évolution du salaire de référence des salariés indemnisés que des règles de calcul des IJ. Ainsi, l'abaissement du plafond des IJ maladie en 2011, et, inversement, les revalorisations importantes du Smic, en 2022-2023, ont affecté la valeur moyenne de l'IJ à âge donné.

L'âge des salariés joue fortement sur :

- leur taux de recours : il est de 34 % pour les 60-64 ans, contre un taux de 29 % pour les 25-54 ans et de 28,4 % pour l'ensemble des salariés. Il est plus faible aux âges extrêmes (moins de 25 ans, plus de 65 ans) ;
- la durée des IJ : elle croît avec l'âge jusqu'à un maximum de 77 jours pour les 60-64 ans (contre 48,4 pour l'ensemble des salariés), puis diminue ;
- la valeur journalière de l'IJ : si elle varie peu entre 25 et 64 ans, elle est plus faible pour les plus jeunes comme pour les plus âgés.

La dépense d'IJ par salarié est donc supérieure de 91,5 % pour les 60-64 ans à celle de l'ensemble des salariés. Le vieillissement de la population active, soutenu notamment par la hausse du taux d'emploi des seniors résultant des réformes des retraites successives, peut donc avoir un impact sur la dynamique des IJ. La part des 50 ans et plus dans les dépenses d'IJ est passée de 38 à 42 % entre 2010 et 2023.

Ce facteur âge joue en sens inverse toutefois après 64 ans, en raison d'un effet de sélection (ceux qui restent en emploi à cet âge sont en meilleure santé).

On isole donc classiquement un facteur relatif à la structure par âge des salariés et des effets de taux de recours, de durée des arrêts et de valeur des IJ à âge donné.

La progression de l'emploi salarié explique plus d'un quart de la dynamique des IJ (28 % entre 2010 et 2019, 25 % entre 2019 et 2023). La valeur moyenne des IJ est devenue un des facteurs les plus importants, passant de 20 % de la dynamique au cours des années 2010 à 39 % de la dynamique entre 2019 et 2023. La structure par âge de la population active a contribué à 16 % de la dynamique au cours des années 2010, notamment sous l'effet de la hausse du taux d'emploi des 55-64 qui résulte en partie des réformes des retraites mises en œuvre au cours de cette période. Elle a cependant une contribution négative à la dynamique depuis 2019 (-7 %), du fait d'une part plus importante de la population jeune en emploi. **Au total, l'économie et la démographie expliquent 60 % de l'évolution de la dépense d'IJ (64 % sur 2010-2019, 57 % sur 2019-2023)**. Sur la période 2019-2023, ces deux facteurs à eux seuls

auraient induit une croissance de 3,7 % par an. Ils expliquent près de la moitié des 3,5 points d'accélération de la croissance moyenne annuelle entre 2010-2019 et 2019-2023.

3. Le reste de la hausse des IJ résulte d'effets variés dont les rôles respectifs sont difficiles à évaluer

Les autres facteurs de cette hausse sont une augmentation de la sinistralité à âge donné, c'est-à-dire une hausse du nombre de jours indemnisés : cette hausse est passée de + 2,3 % par an entre 2010 et 2019 à + 3,9 % par an entre 2019 et 2023. Elle se décompose entre :

- un effet de durée moyenne des arrêts : cet effet a contribué à la dynamique des années 2010 (la durée moyenne en arrêt maladie au cours d'une année des bénéficiaires est passée de 44 à 48,3 jours, elle reste nettement plus faible parmi les salariés jeunes, 25 jours entre 20 et 24 ans, que parmi les salariés âgés, 77 jours entre 60 et 64 ans), très peu dans la période récente (la durée est restée stable) ;
- et un effet de taux de recours : relativement stable au cours des années 2010 (il est passé de 25,1 à 26 % en 2019), il explique 38 % de la dynamique récente (il est passé à 28,4 % en 2023). Fait marquant, la hausse du taux de recours est particulièrement marquée pour les plus jeunes sur la période récente (il passe de 20,4 à 24,9 % parmi les 20-24 ans).

Il est difficile d'expliquer et encore davantage de quantifier les déterminants de cette hausse de la sinistralité.

Elle peut provenir d'une dégradation des conditions de travail. De fait, au cours des dernières années, l'exposition à certaines pénibilités physiques (Mauroux, *et al.*, 2021 ; Algava, Nass, 2023 ; Havet, Penot, 2021) et aux contraintes psychosociales (Havet, Penot, 2023), qui sont significativement associées aux arrêts de travail (Inan, 2013 ; Pollak, 2015 ; Havet, Plantier, 2023), augmente.

En dehors des éléments relatifs à l'environnement de travail, elle peut traduire une évolution :

- des morbidités de la population active à âge donné (cf. introduction) ; ainsi, selon le Baromètre santé de Santé publique France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés a augmenté en France, avec une très nette accélération entre 2017 et 2021, passant de 9,8 % à 13,3 % chez les 18-75 ans[254]. La progression la plus importante est observée chez les jeunes adultes (18-24 ans), avec une hausse de 9 points entre 2017 (11,7 %) et 2021 (20,8 %). Le baromètre « Santé des salariés et qualité de vie au travail » réalisé par Malakoff-Humanis montre également une dégradation de la santé des salariés, avec notamment une prévalence accrue des troubles affectant la santé mentale ; cette dégradation affecterait davantage les femmes (plusieurs facteurs cumulatifs peuvent l'expliquer), qui ont par ailleurs connu une plus forte hausse de leurs nombres de jours d'arrêts maladie indemnisés ;

[254] Léon C., du Roscoät E., Beck F., Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2023, n°2, p.28-40.

- de la composition de la population en emploi à âge donné : l'accroissement du taux d'emploi aurait ainsi pu permettre l'emploi de personnes présentant un état de santé plus fragile, et donc plus exposée à un risque d'arrêt maladie.

Elle peut également résulter pour partie d'arrêts injustifiés et de fraudes, comme le révèlent les contrôles opérés notamment par le service médical de l'assurance maladie auprès d'assurés et de prescripteurs.

L'impact des modes de management

Eurofound, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, dans une étude consacrée au risques psychosociaux (RPS) de 2023, montre que parmi les facteurs déterminants des RPS ou à l'inverse du bien-être au travail figurent de nombreux éléments qui ressortissent du domaine des pratiques managériales : la participation, l'autonomie d'organisation, le sens du travail, la confiance et la reconnaissance des managers jouent de façon positive sur le bien-être au travail. Dans le cas français, la DARES[255] montre que **la participation des travailleurs aux décisions relatives à leur travail - notamment dans le cas qui est étudié des situations de transformation des organisations - est corrélée avec de moindres risques psychosociaux.**

Or, le rapport Igas récemment publié consacré aux pratiques managériales[256] conclut que « ***l'examen comparatif des pratiques managériales place la France dans une position peu flatteuse par rapport à ses voisins comme*** *le montrent les enquêtes d'Eurofound et de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao (EU-OSHA), mais également les données produites par d'autres acteurs (Cnam, IFOP, APEC notamment) et les analyses convergentes des chercheurs. Les pratiques managériales françaises apparaissent très verticales et hiérarchiques. De même la reconnaissance du travail, item déterminant de la qualité du management, est-elle beaucoup plus faible que dans les autres pays de la comparaison, et la formation des managers très académique et peu tournée vers la coopération, malgré des progrès que le développement de l'apprentissage dans l'enseignement supérieur devrait amplifier* ». Les résultats français sont en-deçà des résultats européens sur des thèmes comme l'autonomie des salariés ou la confiance dans le management. D'après l'enquête Conditions de travail de la DARES, 30 % des travailleurs estiment qu'ils ne reçoivent pas le respect et l'estime que mérite leur travail (pratiquement inchangé par rapport à 2013, après une diminution enregistrée en 2016)[257]. Les conclusions de l'Institut Montaigne ne sont pas différentes sur ce point : la reconnaissance du travail est bien un point de faiblesse du management français[258].

---

[255] Dares, *Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ?* Dares analyse 2017.

[256] F. Bartoli, T. Dieuleveux, M. Hautchamp, F. Laloue, *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : les enseignements d'une comparaison internationale et de la recherche*, Igas, 2024.

[257] Enquête Conditions de travail de la Dares : Dares, *35 ans d'évolutions des conditions de travail*, site de la Dares (travail-emploi.gouv.fr).

[258] Institut Montaigne, *Les Français au travail : dépasser les idées reçues*, février 2023.

Le management se traduit aussi dans la prévention et la gestion des conflits au travail, qui sont identifiés comme un facteur de mal-être au travail et d'arrêts de travail.

4. Les enjeux financiers se concentrent sur les arrêts de longue durée

Il y a un écart entre la focalisation de l'attention publique sur les arrêts maladie de courte durée et la concentration de la dépense sur les arrêts longs : si les arrêts maladie de moins de 8 jours indemnisés représentent 46,8 % des arrêts comprenant une journée indemnisée, ils ne représentent que 4,1 % des journées indemnisées et 4,2 % des montants (ER 1321). Les arrêts ne dépassant pas 30 jours représentent 75 % des arrêts, mais 17 % des montants versés. Inversement, les arrêts maladie dépassant six mois représentent seulement 7 % des arrêts, mais 45 % de la dépense.

La maîtrise de la dépense d'indemnisation passe par celle des arrêts longs et la mise en place d'actions de prévention primaires et secondaires. Maîtriser ce facteur nécessite d'agir également le plus tôt possible pour faciliter le retour du salarié arrêté à son travail, ou l'orienter si nécessaire vers d'autres activités professionnelles.

Les actions doivent prioritairement porter sur le retour à l'emploi des salariés en arrêt de longue durée

La durée de l'arrêt maladie réduit les chances de retrouver son emploi et même de retrouver un emploi tout court[259] : la durée de l'éloignement de l'emploi peut rendre le retour à l'emploi plus difficile pour le salarié, d'autant que celui-ci n'aura pu bénéficier pendant son arrêt maladie des formations nécessaires au maintien de ses compétences et, plus globalement, de tous les éléments d'adaptation aux évolutions de l'environnement de travail ; à mesure que l'arrêt maladie dure, l'organisation du travail s'adapte à son absence. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés en arrêt maladie de longue durée constitue un objectif qui dépasse largement la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie.

Plusieurs recommandations ont pu être formulées pour améliorer l'insertion professionnelle des salariés après un arrêt maladie long :

- le rapport Bérard-Oustric-Seiller recommande la mise en place d'un partage d'informations entre médecin prescripteur, médecin conseil et médecin du travail, permettant au médecin prescripteur de signaler aux médecins conseils et au médecin du travail le cas d'un patient nécessitant un accompagnement personnalisé et de documenter un besoin d'adaptation du contexte de travail. Il recommande de

[259] Une étude de 2015 de la Drees montrait que parmi les salariés ayant connu un arrêt maladie de plus d'un moins, 15 % des femmes et 11 % des hommes étaient au chômage ou en inactivité l'année suivante, contre 7 % et 4 % des salariés n'ayant pas eu d'arrêt maladie. Cet effet n'était pas uniquement attribuable à la moindre qualité des emplois occupés par les personnes en mauvaise santé, et était d'autant plus élevé que les arrêts étaient longs (avec des sorties de l'emploi pour 19 % et 14% des salariés ayant eu des arrêts maladie de plus de deux mois).
Barnay J., Favrot T. Pollak C. 2015, Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles, Etudes et résultats n°928, Drees.

faire de la prévention de la désinsertion professionnelle le cœur de l'activité des SST et de placer plus tôt au cours de l'arrêt maladie la visite de pré-reprise. Il recommande surtout d'assouplir l'accès des salariés en arrêt maladie à des périodes de formation permettant de faciliter leur retour à l'emploi et une diversification des outils possibles en alternative à l'arrêt maladie à temps plein, avec l'accord du salarié à temps partiel thérapeutique, prescription de travail à domicile pour raison de santé, « essai encadré » permettant de tester pendant trois jours le retour à l'emploi ;

- le rapport Igas sur les pratiques managériales souligne l'impact des politiques de réintégration des salariés malades et des pratiques inclusives pour améliorer le retour durable à l'emploi des salariés, qui reposent sur le soutien des collègues et des managers, la formation professionnelle, une communication franche sur les besoins individuels de la personne qui reprend son emploi, des politiques de flexibilité de l'organisation du travail.

Ces mesures peuvent être pensées en coopération avec les assureurs prévoyance, qui développent des programmes de prévention à destination des entreprises (mise en place d'outils de diagnostic et de benchmark avec des entreprises comparables, proposition de programmes individualisés ou collectifs) et des salariés volontaires (programmes d'accompagnement au retour à l'emploi pour les salariés volontaires). Ces programmes mériteraient d'être davantage expérimentés et évalués en vue d'une possible utilisation systématique par les entreprises.

Les politiques de réinsertion professionnelle peuvent conduire à des économies importantes, et doivent intervenir au plus tôt lors d'arrêts prolongés, comme en témoignent certains exemples étrangers[260]. À titre d'illustration, une réduction moyenne d'un jour des arrêts maladie représenterait un gain d'environ 300 M€[261].

5. Améliorer l'efficacité des contrôles notamment par le partage d'informations entre acteurs

Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude conduites par les employeurs (contre-visites), l'Assurance-maladie et les organismes d'assurance sont à renforcer. Le cadre juridique actuel prévoit la transmission d'information entre le médecin effectuant un contrôle à la demande d'un employeur et la caisse lorsque celui-ci conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. Elargir l'échange d'informations et l'utilisation de ces informations permettrait

[260] En Allemagne, un accompagnement personnalisé (*case management*) est proposé aux salariés qui le souhaitent dès la 3e semaine d'arrêt de travail. Ce dispositif se serait traduit par 900 M€ d'économies à l'échelle du pays (sans déduction des coûts liés à sa mise en place). Aux Pays-Bas, le « Gatekeeper Protocol » qui fixe des obligations aux employeurs comme aux salariés de définir un plan de retour au travail, avec une évaluation intervenant avant la 6e semaine d'arrêt de travail, aurait permis de réduire de 43 % les entrées en incapacité permanente (Rapport Bérard, Oustric, Seiller).

[261] En 2023, 8,4 millions d'arrêts maladie d'une durée moyenne de 34 jours ont été indemnisés à hauteur de 35,7 € par jour en moyenne, représentant une dépense de 10,2 Md€ pour le régime général.

d'accroître à la fois les économies permises par ces actions et leur caractère dissuasif. Il s'agirait, plus précisément de prévoir :

- une information croisée entre employeur, assurance-maladie et organismes d'assurance en cas de contrôles conduisant à remettre en cause l'indemnisation d'un arrêt maladie ;
- la capacité pour l'employeur, l'assurance-maladie et les organismes assureurs d'exploiter ces résultats pour suspendre le versement d'arrêts maladies.

6. Agir en direction des entreprises atypiques

Certaines entreprises présentent un niveau d'absentéisme atypique non explicable par les caractéristiques de leur population de salariés. Or, les démarches de l'employeur visant à prévenir la part évitable de l'absentéisme pour raisons de santé peuvent avoir des effets sur la réduction de ce risque, notamment pour les arrêts de courte durée.

Toutefois, la capacité de ce dernier à mettre en œuvre de telles actions suppose qu'il dispose de données lui permettant de comparer le niveau d'absentéisme maladie (de courte et longue durée) de son entreprise au regard d'entreprises présentant des caractéristiques comparables (secteur, PCS, âge, région). Le rapport Bérard Oustric Seiller rappelle que des organismes de prévoyance fournissent à leurs entreprises clientes des profils simples d'absentéisme, permettant des comparaisons au sein d'un secteur d'activité, et propose que l'assurance maladie, en lien avec les branches, s'inspire de ces profils pour définir, établir et mettre de tels profils à disposition des entreprises. Le profil comparé de l'entreprise serait transmis au comité social et économique.

Le même rapport proposait une modulation de la cotisation maladie pour tenir compte de l'écart de sinistralité entre entreprises par rapport à leur secteur d'activité. Une telle option pourrait accroître l'incitation des entreprises à mettre en place des démarches de prévention, même si on doit souligner que la charge de l'absentéisme maladie repose d'ores et déjà en partie sur l'employeur concerné du fait de l'obligation de verser des indemnités complémentaires. Elle supposerait naturellement d'être ciblée sur les entreprises dépassant un effectif afin que les variations de sinistralité soient significatives. Il conviendrait de préciser l'application de ce dispositif pour des salariés présentant un profil de risque plus élevé (âge, handicap) afin d'éviter qu'il pénalise leur emploi. La balance entre l'impact d'un tel dispositif sur le risque d'arrêt maladie et ses coûts (gestion, complexité) devrait faire l'objet d'une évaluation.

7. Agir en direction des prescripteurs

Le rapport Bérard-Oustric-Seiller recommandait une meilleure formation des médecins à la problématique des arrêts de travail, la diffusion d'outils d'aide à la prescription et de fiches repères sur le sujet, ainsi que des retours d'information réguliers permettant à chaque prescripteur de se situer par rapport aux autres en termes de pratique de prescription.

Il proposait également de réduire le « nomadisme de prescription » en inscrivant la prescription d'arrêts maladie dans un parcours coordonné : la prescription d'arrêts maladie

pourrait être réservée au médecin traitant, avec les souplesses et exceptions permises aujourd'hui pour le parcours coordonné de soins. Cela renforcerait des mesures déjà prises en ce sens en 2025 qui limitent la prescription d'arrêts de travail à distance et interdisent les plateformes dédiées principalement à la prescription ou au renouvellement d'arrêts de travail.

L'actualisation et l'incitation à l'utilisation des recommandations de la HAS sur les durées d'arrêt maladie en fonction des métiers et des pathologies constituerait également un travail précieux pour permettre au prescripteur d'éclairer leurs prescriptions – et de les expliquer aux patients.

Permettre aux salariés de déclarer des arrêts de travail de très courte durée sans certification médicale est une option avancée pour libérer du temps médical. En raison d'un risque d'abus, et parce qu'une telle mesure n'est a priori pas susceptible de modérer le recours aux arrêts maladie[262], l'autodéclaration supposerait d'être proposée à la discrétion des employeurs et restreinte à des arrêts non indemnisés par la sécurité sociale (arrêts maladie compris entre 1 et 3 jours pour les salariés du privé et contractuels de la fonction publique, absences pour enfant malade) ou les garanties instaurées par les accords collectifs.

8. Une clarification des responsabilités entre employeur et assurance-maladie

Des hypothèses de « décroisement » des interventions ont pu être évoquées, consistant à confier à l'employeur la totalité de l'indemnisation des arrêts maladie de courte durée. Ce transfert de charge pourrait être compensé par un relèvement de la couverture par l'AMO des arrêts longs à la charge des employeurs (ou d'autres charges).

Les arguments en faveur d'une telle évolution seraient les suivants :

- supprimer le cofinancement du risque représenté par les IJ courtes et ses effets négatifs en termes de cohérence et d'effets des mesures de régulation
- Les actions de prévention, de contrôle et de lutte contre la fraude menées par un financeur auraient un rendement plus élevé ;
- renforcer l'incitation économique pour l'employeur à réduire l'absentéisme maladie de courte durée, sur lequel il a davantage de marges de manœuvre ;
- en cas de meilleure compensation par l'AMO des arrêts longs, mutualiser davantage ce risque sur lequel l'employeur a moins de leviers et qui peut concerner davantage les salariés âgés.

Ce scénario pourrait donc réduire théoriquement la dépense de santé.

[262] Selon une revue systématique, l'introduction d'une auto-certification pour les arrêts de 1 à 3 jours aurait conduit selon une étude à une hausse du nombre d'arrêts de moins de trois jours mais une réduction de leur durée. Mais ces effets sont de faible ampleur avec un faible niveau de certitude. (J. Kausto *et al.* Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 5. Art. N° CD013098.

Il supposerait toutefois de maintenir une prise en charge par l'AMO des IJ courtes pour les salariés ne bénéficiant pas de la garantie de maintien de salaire.

Il supposerait par ailleurs de s'assurer qu'il ne conduise pas, du fait d'une moindre socialisation du risque, à des situations de risque non assurable ou de renchérissement du coût de l'assurance, que ce soit pour de petites entreprises ou pour des salariés âgés.

Il supposerait enfin de maintenir des incitations auprès des entreprises pour renforcer leur rôle dans la réinsertion des salariés en arrêts de longue durée, et de maintenir une prise en charge des arrêts longs, même réduite, par les assureurs prévoyance afin de mobiliser leurs compétences et actions auprès des entreprises et des salariés pour la prévention des arrêts longs.

9. La question des jours de carence

Elle constitue un objet important et de désaccords.

La situation est aujourd'hui variable selon les assurés, entre un délai d'un jour dans la fonction publique, de trois jours pour l'indemnisation par le régime général, de 7 jours pour le maintien de salaire par l'employeur, et les règles plus favorables que peuvent prévoir les accords d'entreprise ou de branche pour les salariés du privé. Leur impact est beaucoup plus marqué pour les salariés qui ne bénéficient pas de garanties extralégales (souvent en raison de clauses d'ancienneté qui excluent les contrats courts) et pour les salariés davantage exposés aux risques.

La littérature économique sur leur effet est complexe :

La plupart des études sur le délai de carence (dans la fonction publique d'État[263], le secteur privé[264], et en Alsace Moselle[265]) suggèrent que les salariés qui y sont exposés prennent moins d'arrêts courts mais ont des arrêts plus longs en moyenne. Une exception est celle portant sur l'Education nationale, où le jour de carence a conduit à une réduction des arrêts courts et de leur durée cumulée, mais pénalise davantage les femmes et les moins qualifiés[266]. D'autres travaux sur la prévoyance obligatoire (loi de mensualisation) indiquent qu'un choc conduisant à une amélioration de la prise en charge (baisse du délai de carence

[263] A. Cazenave-Lacroutz et A. Godzinski, 2017, Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues, *Insee Analyse*, n° 36.

[264] Pollak, 2015, Impact du délai de carence sur les arrêts maladie, L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé, European Journal of Health Economics 2015, et Dossier de la Drees N° 58 / Janvier 2015.

[265] L. Davezies et L.Toulemon, 2015, Does Moving to a System with a More Generous Public Health Insurance Increase Medical Care Consumption? on JSTOR, Annals of Economics and Statistics

[266] M. Hillion, E. Maugendre, 2023 : L'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie ordinaire, la santé perçue et le recours aux soins à court-terme, Document de travail de l'Insee n°2023-06, Quel est l'effet du « jour de carence » pour les absences pour maladie des personnels de l'Education nationale ?, Version académique 2024 : L'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie des personnels du secteur public de l'éducation nationale | Cairn.info.

et hausse du taux de remplacement) n'a, selon les études, pas d'effet significatif[267], ou un effet à la hausse des arrêts pour certains groupes de salariés[268].

Certaines organisations ont proposé la mise en place d'un jour de carence d'ordre public, s'imposant aux entreprises comme aux branches professionnelles : un tel dispositif interdirait aux accords collectifs comme aux contrats individuels de prévoir la mise en place d'une prise en charge du premier jour d'arrêt maladie par l'employeur ou par les garanties collectives de prévoyance. Un tel dispositif viserait à réduire l'absentéisme de courte durée et ses effets perturbateurs sur l'organisation du travail.

Cette hypothèse a été envisagée par la mission Bérard-Oustric-Seiller.

Une telle mesure pourrait accompagner un transfert aux employeurs de la totalité des arrêts de courte durée.

Son effet économique serait limité, à la fois au vu de l'impact financier réduit que représentent les arrêts courts, et des incertitudes sur l'impact d'un jour de carence sur les comportements. Son principal enjeu, selon la mission Bérard-Oustric-Seiller, était une question d'équité entre assurés.

Par ailleurs, la constitutionnalité d'une telle mesure devrait être évaluée. En effet, une telle mesure reviendrait à écarter toute possibilité pour les partenaires sociaux de branche ou d'entreprise de négocier et d'adopter une clause plus favorable que l'absence de jour de carence : une telle restriction constituerait plutôt une exception par rapport au droit de la négociation collective (ainsi qu'au droit de la négociation individuelle). Elle constituerait donc une atteinte forte à la liberté contractuelle, qui est un principe constitutionnel consacré dont les atteintes ne peuvent être que justifiées par un objectif d'intérêt général, et à condition d'être nécessaires et proportionnées. L'objectif d'équilibre de la sécurité sociale ne peut être mobilisé comme élément de justification dès lors que la mesure porte précisément sur des prises en charge qui ne relèvent pas de la sécurité sociale.

4. Lutter contre la fraude

1. La mobilisation par l'assurance-maladie de moyens supplémentaires importants a permis des progrès tant dans l'évaluation que dans les résultats obtenus

L'évaluation de la fraude repose sur des méthodes statistiques d'extrapolation à partir des contrôles réalisés. Une première phase a été réalisée sur les résultats des années 2018-2019.

---

[267] S. Menard, C. Pollak, 2015 : L'effet d'une extension des indemnités complémentaires sur les arrêts maladie : une évaluation de l'ANI de 2008, Dossier de la Drees N° 69 / Octobre 2015 (base Hygie de l'Irdes, 2005-2010).

[268] M. Koubi, M. ben Halima, 2015, Quel est l'impact de l'élargissement de l'indemnité complémentaire des arrêts maladie dans le secteur privé ? et Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?, Documents de travail Irdes et Cnam-CEET (base Hygie, 2005-2010).

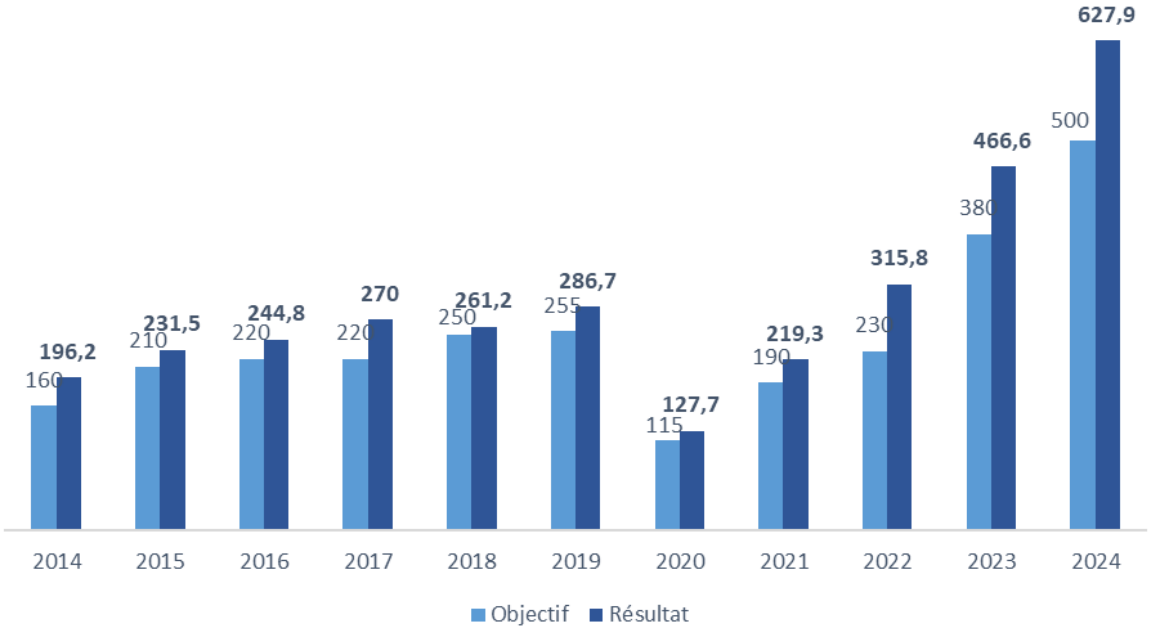
Une deuxième phase a débuté en 2024 à partir des résultats des années 2022. Elle a permis de compléter et mettre à jour certaines évaluations.

Ces évaluations doivent encore être complétées de thématiques importantes comme les arrêts maladie ou les fraudes aux aides auditives.

L'addition des évaluations réalisées donne une fourchette entre 1,3 et 1,6 Md€ pour la fraude des professionnels de santé, et de l'ordre de 0,4 Md€ pour trois thèmes de fraude assurés.

Les résultats en matière de lutte contre la fraude ont connu une très forte progression en période récente (Graphique 16). Les montants détectés en 2024 s'élèvent à plus du double des montants détectés avant la crise sanitaire.

Graphique 16 ▌évolution de la lutte contre la fraude entre objectifs et résultats obtenus



Source : Bilan des actions de lutte contre la fraude de l'assurance maladie 2024, avril 2025.

Ces résultats traduisent à la fois un accroissement des ressources allouées à la lutte contre la fraude mais aussi de l'efficience de leur action.

2. Cette évaluation gagnerait toutefois à être complétée

Certains thèmes de fraudes ont vocation à faire l'objet d'évaluations ultérieures. C'est ainsi le cas des IJ, dont l'évaluation est prévue en 2025 (42,1 M€ de fraudes ont été détectés en 2024, contre 17,3 M€ en 2023), ou encore de la fraude à la facturation commise par les établissements de santé, en l'absence de contrôle T2A depuis 2018[269].

[269] L'année 2024 a ainsi été consacrée à la remise à niveau des équipes, par un plan de formation adapté, et, à la révision des procédures et outils nécessaires aux contrôles. Les premiers contrôles sur site sont prévus début 2025. Les évaluations seront réalisées lorsqu'il existera un volume suffisant de contrôles.

Les évaluations ne portent, par définition, que sur des fraudes mesurables et incluses dans le champ de la fraude, ce qui exclut :

- **des fraudes peu observables** mais pouvant être aisées à commettre : ainsi, lorsque la cotation facturée par un établissement diffère selon le type de professionnel qui l'a réalisée, l'assurance-maladie n'est pas en mesure de vérifier qui a effectivement réalisé l'acte en question ;
- **la complexité de la CCAM qui peut induire une optimisation de la facturation :** une simplification et une plus grande réactivité dans la modification au regard des évolutions techniques doit être priorisée ;
- **des pratiques tarifaires abusives** à la limite de la fraude : ainsi, en matière de radiologie, pour contourner la règle tarifaire qui prévoit qu'en cas d'association d'actes, l'acte à la cotation la plus faible n'est facturé qu'à 50 %, il existe soit une pratique frauduleuse consistant à réaliser les deux actes le même jour mais à n'émettre la facture du second que quelques jours après, soit une pratique d'optimisation, appelée « revoyure », consistant à convoquer le patient quelques jours plus tard pour réaliser le second acte. Le premier cas constitue de la fraude mais est très difficilement détectable ; le second ne constitue pas de la fraude mais est plus facilement traçable – en 2023, l'assurance-maladie a évalué, sur le champ des cabinets de radiologie recevant plus de 1000 patients, que 3,6 % des actes avaient été réalisés dans les 8 jours suivant un premier acte.

Les thèmes évalués, en termes de fraude assurés, sont au nombre de trois (droits complémentaire santé solidaire (C2S), droits à pensions d'invalidité ou rentes ATMP), qui représentent 31,1 M€ de fraudes détectées en 2024, et n'incluent donc ni les IJ (qui représentent un montant de fraudes détectées plus élevées) ni d'autres thèmes tels que :

- **le trafic de médicaments, qui peut passer par :**
    - **la fraude aux fausses ordonnances :** depuis le déploiement de l'outil de signalement de fausses ordonnances Asafo (Alertes sécurisées aux fausses ordonnances) le 1er août 2024, en 8 mois, 7 300 fausses ordonnées ont été identifiées et confirmées,
    - ou le **nomadisme médicamenteux**, qui peut reposer sur l'utilisation d'une ordonnance non falsifiée et justifiée pour obtenir une dispensation démultipliée *via* du nomadisme d'officine en officine et revendre ces médicaments à l'étranger. 1 379 assurés ont fait l'objet d'une analyse de leur consommation par l'assurance-maladie à ce titre ; 563 suspensions de prestations ont été décidées ;
- **la fraude à l'ouverture des droits :** l'assurance-maladie a identifié en 2024 19,7 millions de fraudes à l'ouverture des droits. En outre, les points de contrôle de la fraude à l'ouverture des droits, tels que décrits par l'assurance-maladie, portent sur l'activité professionnelle si l'affiliation à la sécurité sociale française est réalisée à ce titre, sur la stabilité de la résidence lors de l'affiliation et la régularité du séjour. Ces points de contrôle ne vérifient pas l'absence d'affiliation dans un autre État, ce qui laisse donc la possibilité d'un usage

frauduleux de droits à l'assurance-maladie au titre de la résidence de la part de travailleurs frontaliers résidant en France et relevant d'un autre système de sécurité sociale[270][271] ou encore de travailleurs détachés en France ; l'absence d'information automatisée sur les revenus professionnels de source étrangère crée également un risque, s'agissant des frontaliers en Suisse, qui devraient être affiliés dans le régime qui leur est spécifique contre paiement d'une cotisation. Par ailleurs, ainsi que le relevait la Cour des comptes[272], le rythme espacé de vérification de la résidence laisse également la possibilité pour des expatriés de bénéficier de droits lors de séjours intercurrents en France.

Au vu de deux rapports récents consacrés à la fraude sociale[273], l'ambition de ce chapitre est nécessairement ciblée et ne reviendra sur la nécessité de distinguer ce qui peut relève de l'erreur versus de l'intentionnalité. La lutte contre la fraude doit s'accompagner de prévention et de pédagogie auprès des usagers et des professionnels de santé afin de les accompagner notamment dans leurs pratiques de tarification.

Étendre le champ de la fraude à des pratiques abusives

La frontière entre la fraude et l'abus constitue une question juridique difficile, qui n'est pas propre au champ de l'assurance-maladie, et que le HCFiPS a examinée dans son rapport. Des exemples tels que la pratique de la « revoyure » en imagerie montrent l'intérêt et la nécessité d'étendre la définition de la fraude à des pratiques de ce type.

La définition d'un cadre permettant d'interdire ce type de pratique doit être couplée à la mise en place d'outils permettant de davantage détecter et bloquer ces pratiques au stade de la facturation.

Mieux couvrir certains risques de fraude

L'ouverture des droits semble continuer à être un thème où les risques de fraude peuvent être mieux identifiés et prévenus, qu'il s'agisse :

- des personnes résidant en France, la vérification de l'absence d'affiliation dans un autre État au titre de l'activité professionnelle, qu'il s'agisse de travailleurs frontaliers ou de travailleurs détachés. S'agissant des frontaliers, l'identification de critères de risque[274] devrait amener à périodiquement interroger ou vérifier l'absence d'affiliation ; s'agissant des détachés, l'interrogation des bases de données sur les détachements entrants pourrait être systématisée ;
- des personnes expatriées.

[270] L'utilisation frauduleuse de droits à l'assurance-maladie française peut être motivée par des conditions de prise en charge plus favorables, qu'il s'agisse du panier de soins ou du niveau de prise en charge.
[271] 500 000 résidents français travaillent dans un État frontalier, dont 280 000 hors Suisse.
[272] « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore », *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2023, Cour des comptes.
[273] *Lutte contre la fraude sociale : état des lieux et enjeux*, juillet 2024, Haut conseil pour le financement de la protection sociale.
[274] Présence de droits ouverts, résidence dans un département frontalier, âge actif, absence ou interruption de présence dans les flux DSN ou dans les fichiers de travailleurs indépendants connus de l'Urssaf.

Une meilleure couverture de ces risques pourrait amener à réorienter les ressources de contrôle[275].

Améliorer l'articulation entre AMO et AMC dans la lutte contre la fraude

Les possibilités de transmission croisées d'informations entre AMO et AMC sur les résultats des contrôles, prévues par un article du PLFSS 2025 censuré comme cavalier social, représentent une perspective de gains significatifs pour l'AMO comme pour l'AMC. Ces vocations doivent être reprises dans un projet de loi relatif à la fraude.

Elles pourront être complétées de dispositions visant à asseoir la base légale reconnaissant que la lutte contre la fraude est une mission des AMC, permettant ainsi à ces dernières de déployer des dispositifs de lutte contre la fraude, ou encore à suspendre, comme pour l'AMO, le tiers payant sur les facturations des professionnels de santé avérés fraudeurs.

Réduire les risques de facturation fictive

Le tiers payant permet de faciliter l'accès aux soins. En revanche, il conduit à ce que l'assuré ne voie ni nécessairement ni immédiatement les montants facturés par un professionnel à l'assurance-maladie, ce qui ouvre une possibilité de facturation fictive par un professionnel. L'obligation de paiement en 7 jours en cas de feuille de soins électronique (FSE) fait obstacle à la réalisation de contrôles préalables avant mise en paiement. Des mesures conventionnelles pourraient prévoir un délai plus long pour les professionnels à pratiques atypiques ou en cas de suspicion de fraudes.

Le développement de la facturation électronique dans tous les domaines de soins (y compris IJ) est un élément essentiel de la sécurisation des flux et des capacités de contrôles limitant les fraudes. Le conditionnement du tiers payant à la présentation de la carte vitale réduit fortement ce risque de fraude massive (il suppose une complicité entre l'assuré et le professionnel). Il est mis en place depuis janvier 2025 pour les audioprothèses dans le cadre d'un avenant conventionnel avec les audioprothésistes, ainsi que pour les médicaments onéreux.

Étendre cette obligation permettrait de réduire les risques de facturation indue.

Généraliser l'utilisation de l'ordonnance sécurisée

L'ordonnance sécurisée doit permettre de supprimer la fraude aux fausses ordonnances et le nomadisme médicamenteux.

Son déploiement est progressif : 38,9 % des médecins libéraux et 75,4 % des officines ont commencé l'utilisation de l'ordonnance numérique. Toutefois, elle pose aujourd'hui des

[275] Alors que le nombre de personnes ayant quitté la France mais ayant conservé des droits ouverts était estimé à 2 millions par l'assurance-maladie en janvier 2020, et que la Cnam indiquait à la cour des comptes que ce chiffre avait diminué sans pour autant indiquer d'évaluation du préjudice financier, on peut regretter que ce thème n'ait pas été davantage couvert alors que par ailleurs la Cnam indique avoir contrôlé la régularité du séjour de 240 000 affiliés à la PUMa : ce dernier contrôle, dont la portée est de vérifier les champs respectifs de la PUMa et de l'AME, présente un intérêt limité en termes de finances publiques.

enjeux de déploiement notamment pour les médecins hospitaliers, les médecins salariés, les médecins retraités…

Rendre obligatoire l'usage d'un logiciel de géolocalisation par les transporteurs sanitaires

L'article 60 du PLFSS 2025 prévoyait d'imposer aux entreprises de transport sanitaire d'équiper leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié et d'un système de facturation électronique intégré, afin de garantir une facturation exacte des distances kilométriques.

Cet article a été censuré comme cavalier social.

L'évaluation réalisée en 2018-2019 de la fraude des transporteurs sanitaires s'élevait à 145-177 millions. La hausse soutenue des dépenses de transports sanitaires depuis a pu accroître encore ces montants, qui rendent donc particulièrement opportune l'adoption de cette mesure.

Améliorer les conditions de recouvrement des montants frauduleux

L'assurance-maladie étant de plus en plus confrontée à des pratiques de sociétés éphémères organisant leur insolvabilité en cas de détection de fraudes, il est nécessaire de la doter des outils mis à disposition des Urssaf pour lutter contre ce phénomène : dispositions permettant de faire opposition à une liquidation amiable ou à une transmission universelle de patrimoine, solidarité financière du dirigeant, rang de créancier privilégié, possibilité de recouvrer les indus sur les remboursements au professionnel.

IV. Les leviers permettant d'agir sur les prix et les coûts des soins

A. Payer les produits et prestations au juste prix

Le financement par l'assurance-maladie de produits et de prestations doit permettre aux professionnels d'en tirer, après prise en charge des coûts induits par sa pratique professionnelle, un revenu professionnel en rapport avec l'effort et les compétences mobilisées, à un niveau tel que le marché de l'emploi peut les valoriser ; à défaut d'un véritable « marché » de l'emploi, la comparaison entre professions ou spécialités comparables offre des repères pour valoriser les activités. Lorsque ces produits et prestations sont délivrés par des entreprises, le financement par l'assurance-maladie doit permettre à l'investisseur d'obtenir une rentabilité financière équivalente à celle qu'offrirait un autre investissement de risque comparable – soit un risque faible dans un contexte de croissance structurelle de la demande et de socialisation de cette demande.

Si le revenu professionnel ou la rentabilité offerts par le financement de l'assurance-maladie est inférieur à ces points de référence, il existe un risque de moindre attractivité de la profession ou de l'activité concernée, de sous-investissement et d'attrition de l'offre.

Inversement, si le financement de l'assurance-maladie aboutit à un revenu professionnel ou à une rentabilité dépassant ces points de référence, la collectivité (et notamment le cotisant/contribuable) paie trop cher des produits ou prestations et subit donc une perte de bien-être. Il en résulte en outre des déséquilibres en termes d'attractivité, qui peuvent conduire à des réallocations de main d'œuvre ou de capital ne correspondant pas aux besoins de santé. Enfin, l'existence de rentabilités supérieures à la rentabilité offerte par le marché pour un même niveau de risque crée une attraction pour des investisseurs extérieurs (phénomène de financiarisation) et donc à des effets de bulle spéculative pouvant se traduire par un surendettement de structures présentant pourtant une rentabilité opérationnelle satisfaisante voire élevée.

La rémunération des produits et des prestations à un niveau permettant de dégager un revenu comparable à celui de professionnels comparables ou une rentabilité financière « de marché » constitue donc non seulement un impératif de bon usage des deniers de l'assurance-maladie, mais également d'équilibre du système de santé. Dans un marché en concurrence pure et parfaite, le prix d'équilibre tendrait à long terme à converger vers le coût moyen de production, ce qui évite la constitution de niveaux de rentabilité anormaux.

Ce ne peut être le cas dès lors que les secteurs financés par l'assurance-maladie s'inscrivent dans un système de prix administrés, résultant de mécanismes variés de fixation des tarifs :

- cadre conventionnel pour les actes réalisés par les professionnels libéraux de santé ;
- fixation des tarifs des séjours des établissements de santé, résultant de la hiérarchisation relative des coûts des séjours et des taux d'évolution arbitrés dans le cadre de leur campagne tarifaire ;
- fixation des prix (et des prix-limites de vente) des produits médicaux par le comité économique des produits de santé ;
- tarification des établissements médico-sociaux par les autorités tarifaires compétentes (ARS, conseils départementaux) ;
- modalités spécifiques à certains secteurs (accords prix-volumes dans le secteur de la biologie médicale).

Ces modalités de tarification ne peuvent garantir une adéquation entre les tarifs et les coûts de production :

- l'étude nationale des coûts permet d'établir la hiérarchisation relative des coûts des séjours, mais l'évolution des tarifs des séjours résulte des contraintes de la campagne tarifaire des établissements de santé elle-même déterminée par le taux d'évolution de l'Ondam des établissements de santé : elle est donc décorrélée de l'évolution des coûts de production et des conditions économiques de rentabilité des activités financées ;
- le cadre conventionnel constitue un cadre de négociation politique d'évolution des tarifs, non un cadre technique de fixation des coûts de production des différents

actes. La démarche de refonte de la classification commune des actes médicaux (CCAM) repose bien dans son principe sur un tel travail de hiérarchisation des actes techniques, combinant la pesée de l'effort du praticien et l'évaluation du coût de la pratique pour ces différents actes. Ce travail demeure toutefois limité au champ des activités techniques et il ne pourra entrer en vigueur qu'aux termes d'un avenant conventionnel.

Cette décorrélation entre modalités de tarification et conditions économiques de production des produits et prestations peut donc laisser des inadéquations tarifaires se développer et persister, et ce d'autant plus que la régulation du secteur de la santé manque fortement de données relatives à l'économie des secteurs financés par l'assurance-maladie.

Il n'existe pas de production régulière de données sur des indicateurs de rentabilité financière pertinents de différents secteurs, comme la Drees en produit chaque année sur la situation financière des OC. Certains secteurs peuvent donner lieu périodiquement à la production de données par l'assurance-maladie dans le cadre de ses rapports Charges et produits, mais ces données sont partielles et ne constituent pas une série. Par ailleurs, les indicateurs publiés sont les ratios EBE/CA et résultat net/CA, qui ne peuvent constituer des étalons de comparaisons entre secteurs (ils sont notamment tributaires du niveau d'immobilisations nécessaires à l'activité, et ne sont donc pas prédictifs de la rentabilité financière de l'investissement). Ils gagneraient à être complétés d'éléments de compréhension des coûts de production : ventilation par types de coûts, entre coûts variables et coûts fixes, élasticité des coûts de production aux volumes produits…

La Drees publie régulièrement des données sur les revenus des professionnels libéraux, qui peuvent permettre de suivre l'évolution de la rentabilité de certaines activités (pour autant que les capitaux soient essentiellement détenus par les professionnels exerçant l'activité et qu'il n'y ait donc pas de « fuite » de valeur vers l'extérieur). Pour autant, ces séries ne sont pas produites annuellement, elles ne couvrent pas l'ensemble des professionnels, et surtout elles ne sont pas complétées de données sur le temps de travail des professionnels. Elles ne permettent donc d'appréhender que de façon imparfaite les niveaux de rentabilité de différentes activités.

Il est donc indispensable de doter la régulation de l'assurance-maladie **d'un observatoire de la situation économique et de la rentabilité** d'un certain nombre de secteurs, reposant sur :

- la production annuelle d'indicateurs pertinents de rentabilité des entreprises des différents secteurs. La fiabilité de cette production pourrait être assurée par des obligations de transmission de données sur un périmètre normé à l'échelle du groupe (permettant d'éviter le transfert de valeur vers des filiales) ;
- la production annuelle de données sur les revenus des professionnels libéraux ajustés du temps de travail ;

- le suivi de la part de l'offre réalisée, pour chaque secteur, par des structures faisant intervenir des investisseurs autres que les professionnels : cet élément permet d'appréhender la part de valeur dégagée par l'activité économique qui n'est pas captée par les professionnels, et à quel point la rentabilité des entreprises constitue un indicateur préférable au revenu des professionnels libéraux pour un secteur donné ;
- des analyses sur l'évolution de cette rentabilité et des projections de son évolution future.

La disponibilité et le partage de ces données constitueraient le préalable à une évolution du pilotage vers un pilotage par la rentabilité et/ou les revenus, qui viserait aussi bien à éviter des situations de sous-financement pouvant affecter la viabilité ou la pérennité d'un secteur, que la constitution et le maintien de rentabilités supérieures à la norme des marchés. Un tel pilotage constituerait donc autant un élément d'équilibre du système de santé, que d'économies.

Adopter un tel pilotage par la rentabilité et/ou les revenus est d'autant plus nécessaire dans un contexte d'évolutions technologiques pouvant entraîner d'importants gains de productivité (encore plus au vu des potentialités de l'intelligence artificielle) et donc conduire à accroître encore les inadéquations tarifaires.

L'articulation d'un tel pilotage avec les modes actuels de régulation reste à définir.

Plusieurs travaux menés au cours des dernières années ont pu mettre en avant des situations de rentabilité exceptionnelle, ou de niveaux de revenus particulièrement élevés :

- le rapport *Charges et produits* pour 2025 de l'Assurance-maladie mettait en avant un niveau particulièrement élevé d'indicateurs de rentabilité du secteur de la biologie médicale (avec toutefois les limites déjà mentionnées pour ces indicateurs). La période Covid, exceptionnelle, ne peut toutefois être considérée comme représentative et prédictive de la situation du secteur ;
- le rapport de la Cour des comptes de 2022 soulignait que le montant moyen du GHS de radiothérapie excède de 75 % les coûts réels estimés et un revenu net de 426 000 €. Ce dernier constat a été actualisé récemment par la Drees, qui évalue le revenu professionnel net des radiothérapeutes à 417 500 € en 2021, soit 3,37 fois le revenu moyen des médecins libéraux[276] ;
- le rapport de la Cour des comptes de 2020 mettait également en avant un ratio résultat / CA des centres de dialyse au triple de l'ensemble des structures privées lucratives ;
- la publication de la Drees sur les revenus des professionnels libéraux montre que le revenu professionnel net des spécialistes en médecine nucléaire, et, dans une moindre mesure, celui des radiologues, sont très éloignés des revenus des autres

[276] C. Dixte, C. Loussouarn, « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation », Etudes et résultats, n° 1322, Drees.

médecins libéraux, respectivement 283 300 € pour la médecine nucléaire (2,28 fois le revenu moyen des libéraux) et 212 700 € pour la radiologie (1,72 fois le revenu moyen)[277] ;
- le rapport *Charges et produits* pour 2025 met en avant des ratios EBE/CA[278] nettement plus élevés pour les entreprises de taxis conventionnés que pour les entreprises d'ambulances et VSL.

Au-delà de l'identification de situations de rentabilité excessive mises en exergue par ces indicateurs, certaines règles de tarification peuvent être identifiées comme sources d'inadéquations tarifaires dans leur principe :

- l'activité libérale des praticiens hospitaliers donne lieu d'une part au versement d'honoraires par l'assurance-maladie aux professionnels et d'autre part au versement à l'établissement de tarifs de GHS intégrant dans leur construction le coût de la rémunération du praticien hospitalier. La rémunération du praticien hospitalier est donc payée deux fois. Dès lors que l'activité du praticien hospitalier donne lieu à facturation d'un acte, le tarif pratiqué par l'établissement de santé devrait être minoré (de façon comparable à la construction des tarifs des GHS dans les établissements ex-OQN, qui n'intègrent pas la rémunération des professionnels libéraux, qui facturent des honoraires à l'assurance-maladie par ailleurs). Au-delà de l'économie qu'elle permettrait, une telle mesure accroîtrait l'incitation pour les établissements de santé à réguler l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Elle supposerait toutefois une capacité de l'assurance-maladie à mettre en regard les actes facturés par les professionnels et les facturations hospitalières. Par ailleurs, une telle mesure ne peut être envisagée indépendamment du sujet plus général de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, qui pose lui-même la question de l'attractivité de l'exercice à l'hôpital et des écarts de rémunération entre modes d'exercice[279]. Enfin, elle conduirait toutes choses égales par ailleurs à aggraver la situation financière des établissements de santé ;
- les prélèvements réalisés par les infirmiers salariés des LBM sont facturés en application de la tarification des IDEL (à la différence des infirmiers salariés des établissements sanitaires ou médico-sociaux). Or les tarifs des IDEL sont conçus pour assurer une rémunération cible dans un contexte de coûts qui n'a rien à voir avec celui d'un LBM, et qui conduit à surcompenser le coût des infirmiers salariés pour l'employeur. L'application de cette tarification conduit à facturer un acte réalisé par un infirmier 25 % plus cher que s'il était réalisé par un technicien ou un biologiste – voire 60 % plus cher s'il s'agit d'un acte isolé à faible cotation (prise de sang). Cette

[277] Sur la base des données Drees de 2021, l'alignement du revenu libéral des trois spécialités les mieux rémunérées sur 125 % du revenu libéral moyen des médecins libéraux conduirait à une réduction de 407 millions de leurs revenus nets (soit une réduction nettement supérieure des honoraires versés).
[278] Excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires.
[279] Les honoraires remboursables facturés par les praticiens hospitaliers au titre de leur activité libérale représentent 570 M€ en 2022.

différence tarifaire s'est accompagnée d'une bascule depuis les techniciens vers les infirmiers des prélèvements réalisés par les laboratoires, conduisant à mobiliser les infirmiers sur des activités pouvant être assurées par d'autres, dans un contexte de tensions sur les ressources humaines.

L'élimination des inadéquations tarifaires suppose plus que jamais de prévenir le point de fuite que constituerait pour certains professionnels le développement d'activités non régulées. La socialisation des prestations par l'assurance-maladie et la régulation tarifaire constituent un ensemble solidaire qui ne tient que si les possibilités d'activité en dehors du cadre régulé demeurent très limitées. Le développement d'un secteur non conventionné concurrent des activités régulées finirait par créer un appel d'air pour les professionnels : dans un contexte de pénurie de temps médical, une situation locale de faiblesse relative de l'offre conventionnée pourrait offrir plus d'espace pour le secteur non conventionné. Un point de non-retour et d'emballement peut vite être atteint, à partir duquel l'importance prise par le secteur non conventionné priverait vite les professionnels conventionnés de l'avantage concurrentiel que constitue la prise en charge de leurs prestations. Une telle évolution signerait la fin de la socialisation par l'assurance-maladie des soins courants.

Il importe de prévenir dès à présent un tel risque en rendant désincitatif l'exercice en secteur non conventionné et le recours aux professionnels de ce secteur. Pour cela, au-delà de l'absence de remboursement des actes et consultations réalisés par ces professionnels, il importe de ne **pas permettre la prise en charge de leurs prescriptions par l'assurance-maladie**, qu'il s'agisse des prescriptions de produits (médicaments, dispositifs médicaux), d'actes (examens de biologie, actes paramédicaux) ou encore d'arrêts-maladie. Une telle mesure, en réduisant très fortement l'intérêt au patient de recourir à ce secteur non conventionné, a pour objectif assumé d'« assécher » ce secteur. Elle devrait s'accompagner d'une mesure transitoire permettant aux médecins concernés de choisir l'exercice conventionné pendant période transitoire.

Sa mise en œuvre suppose toutefois que l'assurance-maladie soit capable :

- de rapporter en masse au stade de la facturation les prescriptions aux professionnels prescripteurs ;
- de définir des règles de gestion permettant de cibler la mesure sur le champ recherché : en effet, il ne s'agirait pas de restreindre la prise en charge aux prescriptions des seuls professionnels conventionnés. La prise en charge des prescriptions doit être maintenue pour plusieurs situations de professionnels : prescripteurs hospitaliers (et, plus globalement, en exercice salarié), médecins remplaçants, voire médecins retraités…

L'élimination des inadéquations tarifaires pose enfin la question de la régulation des dépassements d'honoraires. En effet, en l'absence de régulation des dépassements, il

existerait le risque que les mesures de régulation des tarifs remboursables permettant de réduire les écarts de revenus entre spécialités soient annulées par un ajustement des dépassements.

B. Le prix des médicaments a contribué de façon significative à l'inflexion récente de la dynamique des dépenses d'assurance-maladie

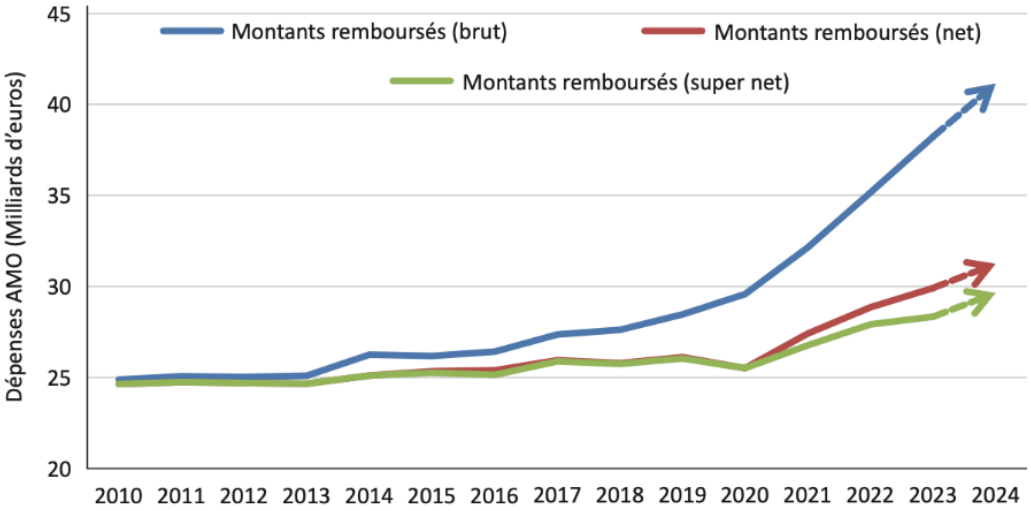
La dynamique des dépenses de médicaments a connu une rupture de tendance depuis 2020

Après une quasi-stabilité dans la décennie 2010, la dépense consacrée aux médicaments augmente sensiblement depuis 2020. Plus précisément, alors que la première partie des années 2010 est caractérisée par une stabilité de la dépense, dans un contexte d'arrivée à maturité de molécules coûteuses à large diffusion, la dépense brute de médicament a commencé à connaître un regain de dynamique à partir de 2014, en lien avec l'arrivée de nouvelles molécules (antiviraux à action directe pour le traitement de l'hépatite C ; nouvelles molécules de traitements contre le cancer). Les remises et mécanismes de reversement (dont le dispositif spécifique aux traitements de l'hépatite C) permettent de contenir la dépense remboursée nette. Après 2020, la dynamique des montants bruts s'accélère, et malgré des niveaux toujours plus élevés de remises et de clauses de sauvegardes, la dépense nette connaît une dynamique inédite et dépasse le taux de progression de l'Ondam en 2024, avec une progression de la dépense nette à 5,7 %.

La présentation de l'évolution des dépenses de médicaments peut se faire en dépenses brutes (avant remises et clauses de sauvegarde) ou en dépenses nettes (Graphique 17). Si seules les dépenses nettes pèsent bien sur les comptes de l'assurance-maladie, la présentation en dépenses brutes est nécessaire, en complément à la présentation des dépenses nettes, à deux titres :

- la décomposition des différents facteurs de croissance (nombre de boîtes, effet prix à périmètre constant, effet des nouveaux produits, effet de structure) ne peut s'appréhender qu'au stade des dépenses brutes ;
- les dispositifs d'atténuation atteignant certaines limites (plafonnement de la clause de sauvegarde), leur capacité à contenir les dépenses nettes en-deçà de celle des dépenses brutes s'affaiblit. Ainsi, l'écart de taux de croissance entre dépenses brutes et dépenses nettes, qui était de 5 à 6 points en 2022-2023, n'était plus que de 0,4 point en 2024.

Graphique 17 I Évolution des dépenses de médicaments remboursées par l'AMO



Note : les montants remboursés bruts sont les montants calculés sur la base des prix faciaux, les montants nets sont calculés après reversements des remises des laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie et les montants super nets sont calculés post remboursement de la clause de sauvegarde (et correspondent donc à la dépense effective de l'Assurance maladie). Il s'agit de la dépense « hors crise » (soit 2,5 Md€ en 2021 et 2022 et plus de 800 M€ en 2023).
Source : Von Lennep, F. (2024). La régulation des dépenses de santé : l'impossible défi ? Les Tribunes de la santé, 81(3), 13-28. https://doi.org/10.1684/seve1.2024.28.

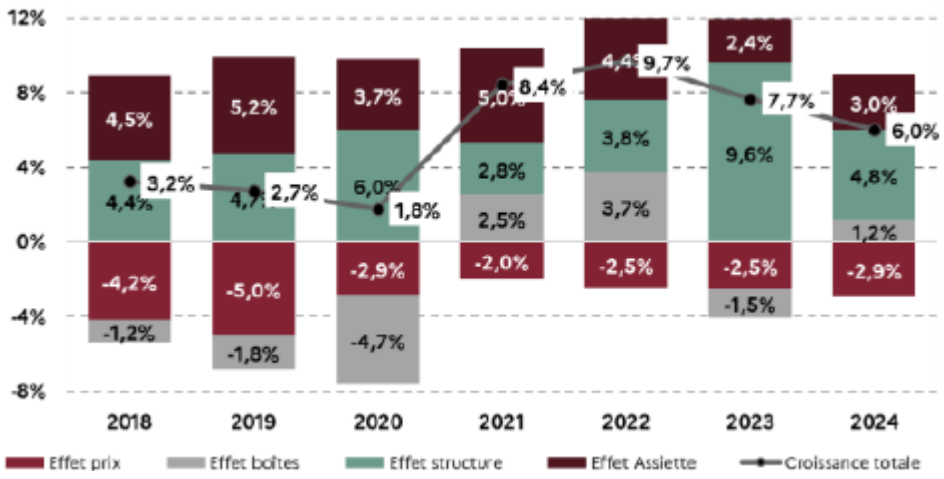
L'évolution des dépenses de médicaments (hors remises et clauses de sauvegarde) résulte de quatre facteurs :

- le nombre de boîtes : en ville, cet effet est plutôt orienté à la baisse, de l'ordre de - 1,5 point par an (en dehors des années 2020-2022, atypiques du fait de la crise sanitaire). Il a toutefois connu un rebond en 2024 (+ 1,2%) ;
- l'évolution des prix des produits existants : cet effet est structurellement négatif, du fait des baisses de prix appliquées aux produits à mesure qu'ils arrivent à maturité ;
- un effet « assiette », c'est-à-dire l'introduction de nouveaux produits : sur le marché en officine, cet effet a représenté entre 2,5 et 5 points par an sur la période récente, soit un impact compris entre 600 millions et 1 milliard en 2022-2023 ;
- un effet de structure, résultant de la déformation de la composition de la consommation de médicaments : sur le marché de l'officine, cet effet, structurellement positif du fait de la diffusion de médicaments récents et plus chers, a fortement augmenté en 2023 pour atteindre 9,6 %, soit 2,2 Md€. Il décélère à 4,8 % en 2024.

La croissance du CAHT en officine a représenté 1,5 Md€ en 2024.

Alors que la croissance du CAHT en ville était de 3 % par an en 2018-2019, elle a été de 7,9 % sur 2021-2024 (Graphique 18). Même en supposant une part de rattrapage de 2020 notamment sur le nombre de boîtes, un écart de dynamique de 5 points par an représente 1 Md€ de dynamique supplémentaire – voire un montant croissant, du fait de l'effet cumulatif de ces hausses.

Graphique 18 I Évolution du Chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments vendus en officine, et décomposition par effet



Source : CCSS, juin 2025

Une partie de cet effet s'explique par un ralentissement des baisses de prix : alors qu'elles représentaient 4,2 à 5 % du CAHT en 2018-2019, leur effet s'est situé entre 2 et 2,9 % par en 2021-2024, soit 2 points de moins, soit un impact de 570 millions de moindres économies par an en partant du montant de dépenses brutes 2023.

Cette rupture de tendance se retrouve dans l'évolution des dépenses d'AMO au titre des médicaments en ville, avec une rupture de dynamique de plus de 5 points entre 2018-2020 et 2021-2023, après une première inflexion de 3 points entre la période antérieure à 2018 et 2018-2020 (Tableau 5). 5 points de dynamique en plus représentent plus d'1 Md€ de dépenses en plus par an.

On note que, avant baisses de prix, la dynamique des médicaments en ville serait comprise entre 10 et 12 %, soit un impact compris entre 2,5 et 3 Md€ sur l'évolution tendancielle des dépenses (à rapporter à une augmentation spontanée de 10Mds€ par an des dépenses dans le champ de l'Ondam) : **les dépenses de médicaments concentrent certes une part importante des mesures d'économies nécessaires au respect de l'Ondam, mais elles représentent également une part importante du tendanciel.**

Tableau 5 I Taux de croissance des dépenses de médicaments en ville

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Effet prix	– 3,1 %	– 3,7 %	– 4,0 %	– 3,1 %	– 2,1 %	– 2,6 %	– 2,4 %
Effet génériques	– 0,9 %	– 1,2 %	– 0,7 %	– 1,1 %	– 0,4 %	– 0,4 %	– 0,9 %
Effet ticket modérateur	0,7 %	0,8 %	0,6 %	1,6 %	1,1 %	0,5 %	0,5 %
Effet volume et structure	3,8 %	8,0 %	7,4 %	6,4 %	9,4 %	12,2 %	11,0 %
Taux de croissance global	**0,3 %**	**3,6 %**	**3,0 %**	**3,5 %**	**7,8 %**	**9,4 %**	**7,9 %**

Source : Cnam, REPSS 2024.

Le CAHT des médicaments en rétrocession hospitalière (délivrés en pharmacie hospitalière en raison de contraintes de distribution, d'administration ou de dispensation) **ou en liste en sus (hors du tarif des séjours), dont les médicaments en accès précoce ou compassionnel,**

a connu une dynamique encore plus soutenue depuis 2020 : 18,1 % en 2021, 8,8 % en 2022 (13,3 % en dehors de l'effet du Revlimid®) et 13,9 % en 2023, soit une croissance annuelle moyenne de 13,5 %, contre 4,5 %. Cet écart de dynamique de 9 points représente près de 800M€ de dynamique supplémentaire par an.

Cette dynamique peut être en partie attribuée à la mise en place de l'accès précoce en 2021.

Alors que les dépenses brutes de rétrocession sont orientées à la baisse, la dynamique est concentrée sur les dépenses relevant de la liste en sus, qui, exprimées en dépenses brutes (avant remises et clauses de sauvegarde) sont passées de 5,9 Md€ en 2021 à 9,4 Md€ en 2024, soit une croissance de 16,98 % par an pendant 3 ans. 5 médicaments[280] expliquent à eux seuls les 2/3 de la hausse du CAHT des médicaments en rétrocession et sur la liste en sus (+ 800 M€ de CA). Il s'agit de traitements contre le cancer. La Cour des comptes, dans le chapitre du rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 consacré aux médicaments contre le cancer, a souligné l'impact de ces traitements sur la dynamique des dépenses : le coût des anticancéreux de la liste en sus a doublé entre 2018 et 2022, et « *si les dépenses de médicaments anti-cancéreux poursuivaient le rythme de progression constaté entre 2018 et 2022, elles passeraient de 2,4 Md€ en 2022 à 7 Md€ en 2028 après remises, soit 7 % de la totalité des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie* ».

<u>Les remises et la clause de sauvegarde ont atténué en partie cette dynamique</u>

Avant remises et clause de sauvegarde, les dépenses brutes de médicaments à la charge de l'AMO (hors GHS) seraient passées de 32,1 à 38,2 Md€ entre 2021 et 2023, soit une progression de 9 % par an. Cette hausse a entraîné une hausse encore plus forte des montants de remises et du produit de la clause de sauvegarde, dont le produit total est passé de 5,4 à 9,9 Md€. Les dépenses nettes sont donc passées de 26,8 à 28,3 Md€.

La part accrue des remises et de la clause de sauvegarde ne sont pas sans poser des difficultés :

- ils affectent la lisibilité de l'évolution des dépenses de médicaments ;
- ils affectent également la prévisibilité du pilotage de l'Ondam ;
- la clause de sauvegarde affecte encore plus la prévisibilité, tant pour le régulateur que pour les entreprises concernées, en raison de son mode de calcul qui conduit à stabiliser son produit tant individuel que collectif tardivement après la clôture de l'exercice. La forte augmentation du rendement d'un dispositif à l'origine conçu comme un élément de sécurisation est le symptôme d'une mise en difficultés de la régulation des dépenses de médicament.

Le plafonnement de la clause de sauvegarde limite désormais sa capacité à atténuer la dynamique des dépenses de médicaments. Son niveau mériterait d'être réinterrogé et actualisé au regard de la hausse des dépenses de médicaments.

[280] Keytruda®, Enhertu®, Darzalex®, Imfinzi®, Yescarta®.

Au total, en termes de constat : les dépenses de médicaments ont connu depuis 2020 une forte inflexion, qui résulte à la fois d'une amplification de l'impact des produits nouveaux et coûteux sur la dynamique des dépenses, particulièrement à l'hôpital, mais aussi d'un affaiblissement des mesures de baisses de prix.

Ce chapitre ne revient pas sur les éléments relatifs à la pertinence, qui ont déjà été mentionnés. Plusieurs enjeux de pertinence sont connus, comme :

- les antibiotiques : malgré une baisse de 17 % des doses par habitant entre 2011 et 2021, la France continue de faire partie des pays européens les plus consommateurs. L'enjeu est aujourd'hui au moins autant de limiter les dangers sanitaires qu'implique l'antibiorésistance que les dépenses associées ;
- la polymédication chez le patient âgé ;
- les psychotropes : la consommation par habitant d'anxiolytiques est en France 14,7 fois ce qu'elle est en Allemagne et 11,6 pour les hypnotiques et sédatifs[281].

La diffusion du générique au sein du répertoire est aujourd'hui acquise : la part du répertoire, le biosimilaire et les médicaments hybrides constituent de nouvelles marges d'efficience

Au sein des médicaments dans le champ du répertoire, la part des génériques est désormais très élevée (92,7 %). Toutefois, le répertoire ne représente que 30 % du marché global des médicaments en ville, ce qui reste faible en regard des comparaisons internationales produites par l'OCDE, qui plaçaient la France à la moitié des résultats de l'OCDE (29 contre 54 %) en termes de part du répertoire dans le marché en 2023[282]. La part des génériques est comprise entre 79 et 83 % aux Pays-Bas et en Allemagne. Une partie de cet écart semble s'expliquer par une différence de périmètre entre les données françaises et les autres pays ; l'intégration des groupes sous tarif forfaitaire de responsabilité porterait le chiffre français à 42,9 %. **Il est nécessaire que l'ANSM fasse évoluer sa politique d'inscription dans le répertoire pour la rapprocher des autres pays européens et de prendre des dispositions pour lutter contre les techniques de contournements des laboratoires (bithérapie changement de dosage…).**

Par ailleurs, le taux de pénétration des biosimilaires reste lui-très en-deçà, à seulement 32 % (source REPSS). Il ne progresse plus depuis plusieurs années. **Il apparaît donc indispensable d'étendre désormais au biosimilaire les outils qui ont permis au générique d'atteindre ses niveaux actuels de substitution : alignement des marges des pharmacies d'officine pour encourager la substitution, tiers payant contre biosimilaires.**

Revenir sur l'extension de la liste en sus

Un décret a ouvert, à compter du 1er janvier 2022, l'inscription sur la liste en sus à tous les médicaments auxquels la commission de la transparence (CT) a reconnu une amélioration

[281] S. Minery, Z. Or, *Comparaison des dépenses de santé entre la France et* l'Allemagne, IRDES, mars 2024.
[282] Source : OCDE Health Statistics 2023 (Health at a glance 2023). Les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ne sont pas considérés dans ces calculs. Si on les inclut, la part des médicaments génériques dans le marché est de 42,9 % en France (source : Cnam, REPSS 2024).

du service médical rendu mineure (ASMR IV). Ce décret revenait sur la règle antérieure qui conditionnait l'inscription sur la liste en sus de médicaments en ASMR IV au fait que l'indication considérée présente un intérêt de santé publique, en l'absence d'un comparateur clinique pertinent. Le coût d'une telle réforme était alors présenté comme de 370 M€ sa première année.

La situation financière de l'assurance-maladie doit conduire à établir des priorités sur ce qu'elle finance, afin de prioriser ses interventions sur ce qui apporte le plus à la santé.

Revenir sur une prise en charge en sus de molécules qui ne présentent qu'une amélioration mineure par rapport à la pharmacopée existante et sans que l'indication considérée présente un intérêt de santé publique constitue une illustration de l'indispensable priorisation des ressources de l'assurance-maladie. **Il est donc souhaitable de revenir sur cette réforme dont le coût n'est pas en regard avec le bénéfice pour la santé.** Plus largement, le financement de la liste en sus illustre bien la distance croissante entre la tarification de certains produits de santé et celle des soins qui leur sont indissociables : les produits argumentent mieux leurs bénéfices de santé et valorisent ceux-ci sur le plan médico-économique, ce qui leur permet de « capter » une part plus importante de la valeur créée par le soin. Les actes des soins (CCAM, NGAP, séjours) restent plutôt valorisés en fonction de leur coût et non de leur contribution à la santé. De façon générale, il serait souhaitable d'assurer une gestion plus dynamique de la liste en sus.

Nécessité d'améliorer l'utilisation des données en vie réelle sur les médicaments innovants (cf. Cour des comptes)

La contrepartie de l'accès précoce au marché de médicaments innovants devrait être l'exploitation de données en vie réelle permettent d'observer si les résultats sont cohérents avec ceux des essais. Ils couvrent des populations plus importantes sur des durées de prescription plus longues, ce qui peut contribuer à mettre en évidence les effets à long terme d'un traitement, notamment d'éventuels effets indésirables, et à établir des comparaisons entre traitements. Ils peuvent conduire à revoir l'évaluation des produits et à ajuster le cas échéant les décisions de prix, de prise en charge ou de ciblage.

Or, contrairement à plusieurs pays européens, la France ne dispose pas de registre national permettant de suivre en vie réelle les innovations thérapeutiques des médicaments anticancéreux et leurs résultats, hormis celui existant pour les traitements par cellules CAR-T.

Cette évolution semble indispensable au regard de l'impact des médicaments en accès précoce sur la dépense.

Nécessité d'améliorer l'évaluation médico-économique et son utilisation

L'évaluation médico-économique constitue un appui indispensable à la décision du régulateur. Toutefois, comme le rappelle la cour des comptes, « *les conditions d'élaboration de ces études en réduisent cependant la portée. En France, contrairement à l'Angleterre et au Pays de Galles, la Ceesp examine les dossiers d'évaluation déposés par les industriels et juge de leur méthodologie, sans réaliser de travaux par elle-même* », dans un contexte de

ressources d'évaluation incomparable. *La qualité insuffisante des dossiers médico-économiques réalisés par les entreprises pharmaceutiques peut, le cas échéant, empêcher la Ceesp de se prononcer sur le fond. Ces situations sont fréquentes : entre 2017 et 2022, 38 % des dossiers de médicaments anti-cancéreux évalués ont été invalidés pour cause de réserves majeures portant sur la méthode employée et donc sur la confiance dans les résultats présentés* ».

Pour rendre compte de l'efficience du médicament, la Ceesp utilise un indicateur appelé ratio différentiel coût-résultat, qui met en regard les différentiels de coût et de résultat clinique avec les médicaments comparables existants. On peut l'exprimer ainsi : « quel est le coût supplémentaire qu'il faut consentir, par rapport aux traitements existants, pour gagner une année de vie en bonne santé ? ». Ce type d'indicateur est classiquement utilisé par tous les pays qui font de l'évaluation médico-économique. Plusieurs d'entre eux ont défini des valeurs de référence, c'est-à-dire des valeurs plafond que ces « coûts par année de vie gagnée » ne devraient pas excéder, ce qui permet de juger si, au prix demandé par l'industriel, le ratio coût-efficacité du médicament est acceptable.

Le Royaume-Uni, qui a été pionnier dans cette démarche, a d'abord utilisé cette notion de seuil (fixé initialement à 20 000 £ à 30 000 £ par année de vie gagnée en bonne santé) comme critère de décision pour accepter ou refuser la prise en charge d'un médicament. Aujourd'hui, et c'est le cas dans tous les pays qui se réfèrent, de façon explicite ou implicite, à de tels seuils, ils servent dans la négociation du prix, afin qu'au final le ratio coût-efficacité soit acceptable pour la collectivité. L'utilisation n'est pas mécanique et d'autres critères sont pris en compte, mais ils permettent un point d'ancrage dans les discussions et la négociation de prix nets (ou rabais confidentiels sur le prix catalogue). Par ailleurs dans tous les pays, ces valeurs de référence ont évolué pour prendre en compte la sévérité de la maladie, de manière parfois qualitative, parfois quantifiée, avec des approches méthodologiques diversifiées. Certains pays prennent également en compte l'impact budgétaire.

Aujourd'hui, à l'issue du travail d'analyse très approfondi mené par la Ceesp, aucun jugement ne peut être formulé sur le coût-résultat estimé. Sans qu'elles constituent un critère unique ou mécanique, le recours à des valeurs de référence enverrait un signal sur le caractère excessif de la revendication de prix de certains médicaments. Ce signal aiderait le Comité économique des produits de santé dans ses négociations pour ramener les prix demandés par les entreprises pharmaceutiques dans des fourchettes acceptables pour la collectivité au regard de leur intérêt médico-économique.

Cette évolution semble indispensable au regard de l'impact des médicaments en accès précoce sur la dépense, et donnera l'occasion de questionner l'acceptabilité du coût des médicaments onéreux dans leur ensemble.

Le désarmement partiel de l'outil des baisses de prix a contribué à l'accélération de la dynamique des dépenses de médicaments. La situation financière de l'assurance-maladie ne permet pas aujourd'hui de faire l'économie de ce levier.

Afin de répondre au besoin de prévisibilité des acteurs, la fixation du prix initial d'un produit inscrit au remboursement dans le droit commun pourrait donner lieu à un accord pluriannuel de baisses de prix.

C. L'efficience hospitalière

L'efficience hospitalière conditionne le « prix » auquel la collectivité doit financer les services rendus à la population par les établissements de santé.

Si elle s'inscrit dans un effort permanent des équipes dirigeantes en établissement, la recherche d'efficience a notamment connu un effort particulier sur la période 2015-2018 au travers du plan triennal de maîtrise de l'Ondam : les économies annuelles en construction de l'Ondam hospitalier ont atteint 775 M€ sur 2014-2019, et 980 M€ sur la seule période 2016-2018. Les activités soumises à T2A (tarification à l'activité) ont connu des baisses de tarifs (les tarifs ont évolué entre – 0,5 % et – -1,4 % entre 2015 et 2018) et les budgets financés par dotation ont vu leur évolution contenue : les établissements ont été invités à répercuter cette contrainte sur leurs coûts de fonctionnement.

La recherche d'efficience a accompagné ou a précipité certains phénomènes qui trouvent leur traduction dans la situation actuelle :

- La réforme des autorisations et des modèles de financement, avec des initiatives qui trouvent réellement leur aboutissement sur 2023-2026 du fait des délais d'élaboration des réformes, ainsi que des mesures de sécurisation des revenus hospitaliers engagées post-Covid. Les réformes d'autorisations viennent conforter un effort de gradation des soins, notamment dans le champ du cancer et de la cardiologie interventionnelle ;
- L'acuité des déficits hospitaliers. Cette situation a également augmenté l'effort d'observation de la part des instances nationales, sous la forme d'une annexe sur la situation des hôpitaux insérée dans le périmètre des LFSS. Le résultat consolidé du budget principal des EPS, compris entre – 470 et – 870 M€ entre 2014 et 2019, après être revenu à – 240M€ en 2020, a plongé à partir de 2022 : – 1 Md€ en 2022, – 1,3 Md€ en 2023, – 2,4 Md€ annoncés en 2024. La prise en compte des budgets annexes (notamment les Ehpad), qui contribuait jusque-là à réduire le déficit, est depuis 2022-2023 un facteur d'aggravation à hauteur de 300 à 400 millions.

Les années de creusement très fort du déficit des établissements de santé correspondent paradoxalement à des années où la construction de l'Ondam ne retenait pas d'économies pour les établissements de santé en construction.

Cette évolution peut être mise en regard de deux évolutions remarquables :

- après le choc de l'année 2020, l'hôpital public a peiné à retrouver son volume d'activité d'avant Covid : en 2023, selon les chiffres de la Drees (comptes nationaux de la santé, 2024), le volume d'activité demeurait inférieur de 4,7% à celui de 2019 tous champs confondus. L'année 2024 serait marquée par un retour à une dynamique importante d'activité ;

- l'effectif salarié soignant de l'hôpital public au 31 décembre est passé, entre 2019 et 2022, de 776 à 786 000 (Tableau 6). Le chiffre de 2022 constitue certes un recul de 2 % par rapport à 2021, avec une baisse de 1,5 % du nombre d'infirmiers et aides-soignants entre 2020 et 2022.

Tableau 6 I Évolution des effectifs des personnels dans les hôpitaux publics

	2019	2020	2021	2022
Personnel médical	**135 608**	**139 361**	**142 027**	**144 617**
Médecins et assimilés	89 307	91 341	92 366	93 198
Internes et FFI	33 279	34 900	36 520	38 213
Sages-femmes	13 022	13 120	13 141	13 206
Personnel non médical soignant	**640 427**	**651 662**	**649 823**	**641 221**
Infirmiers	259 297	262 889	260 742	258 058
Aides-soignants	223 862	227 187	227 661	224 117
Autres personnels soignants	157 268	161 586	161 420	159 046

Source : Drees, SAE.

Ces chiffres pointent donc une baisse apparente de la productivité à l'hôpital, qui marque l'impact durable de la crise sanitaire sur la perturbation des organisations des établissements de santé. Ce constat n'est bien entendu en rien incompatible avec les situations de surcharge et de souffrance au travail ressenties par les personnels : un choc tel que la crise sanitaire a pu entraîner une perturbation durable des organisations de travail qui peut se traduire à la fois par une perte de productivité et une surcharge pour les salariés.

Un tel constat légitime la recherche de leviers d'efficience pour l'hôpital.

Les éléments de comparaison à l'échelle internationale montrent que la France se situe toujours dans le tiers supérieur des pays de l'OCDE en termes d'équipements en lits, qu'il s'agisse de soins curatifs MCO, de soins critiques, de réadaptation SMR ou de psychiatrie. D'autres pays parviennent à s'organiser avec des ratios de lits inférieurs, en augmentant la capacité de l'hospitalisation à domicile. Les taux les plus faibles sont également ceux où le premier recours est structuré de manière plus volontariste qu'en France, notamment dans les pays d'Europe du Nord. Le niveau d'équipements hospitaliers de la France résulte donc pour partie du défaut de gradation des soins décrit plus haut, et des carences de structuration des soins primaires ou des prises en charge médico-sociales ainsi qu'un frein de certains hospitaliers vis à vis de l'HAD. Cela a des effets en cascade sur les activités hospitalières : parmi les établissements publics de santé, la moitié environ des séjours sont engendrés par des passages aux urgences, et les effets iatrogéniques sur des sujets vulnérables majorent ensuite le recours à des soins de réadaptation, voire à des admissions en institution pour personnes dépendantes.

À cet égard, le premier levier d'économies perceptible pour l'activité hospitalière, et sur lequel il est possible de fédérer les communautés soignantes, reste, à côté des prises en charge à domicile, de parvenir à organiser les soins pour éviter au maximum le recours à des nuitées hospitalières, ainsi qu'à des séjours pendant les fins de semaine, en dehors des soins critiques. Ces périodes correspondent quoiqu'il en soit à des moments où l'intensité des

soins est plus modérée et où les techniques modernes permettent d'assurer une part substantielle des soins et de la surveillance à domicile. Pour rappel, la couverture de la PDSES, permanence de soins en établissements de santé (nuits et weekends) représente plus de la moitié des moyens hospitaliers et il y a donc une capacité à dégager des moyens soignants considérables au bénéfice des usagers si ce besoin de couverture est réduit.

La communication sur ce point est essentielle, pour transformer la perception du lit comme un lieu de « stockage » des patients à défaut d'organisation des soins à domicile, plutôt que comme un prérequis à la sécurité sanitaire de la population. Par répercussion, la réduction des nuitées améliore la qualité de vie au travail des soignants et permet également de réduire le recours à des fonctions support (immobilier, repas, linge…) fortement consommatrices de ressources. Ce type de démarche peut aujourd'hui être conforté par les engagements en matière de responsabilité sociale et environnementale, qui mobilise favorablement les équipes en établissement. Les démarches engagées pour encourager les admissions directes, de réguler l'accès aux urgences, pour accélérer les parcours dans les établissements de réadaptation voire substituer des séjours par de l'ambulatoire, vont également dans le même sens.

Le deuxième levier à souligner porte sur la sécurisation des risques professionnels et notamment ceux portant sur la manutention ainsi que des risques de chute, auxquels on peut associer désormais les violences de la part des patients. Les études de la DARES mettent bien en évidence que les activités hospitalières sont particulièrement assujetties à des facteurs de risques tant physiques que psycho-sociaux, qui sont sans doute trop internalisés par les professionnels comme inhérents à la fonction alors qu'il existe des dispositifs pour les prévenir, ou à défaut, mieux les maîtriser. À défaut, les professionnels sont soumis à des vecteurs importants d'accidents du travail, de pénibilité et d'usure professionnelle en seconde partie de carrière. Les taux d'absentéisme et de restrictions d'aptitude sont particulièrement élevés pour les professionnels de plus de 50 ans, en pleine contradiction avec les nécessités de maintien en emploi des seniors (tant en termes de retraite que de pourvoi des postes, eu égard aux besoins à venir). Une partie des mesures à prendre peut-être menée de manière transitoire sous réserve d'une action volontariste, susceptible de « clore » le sujet et donc de limiter l'engagement pour l'échelon national : il s'agit notamment de généraliser l'équipement pour la manutention des malades et donc de supprimer l'effort manuel, tout en évaluant le bénéfice économique en termes de réduction de l'absentéisme et des restrictions d'aptitude.

Le parangonnage des établissements de santé sur différents critères fait ressortir des potentiels d'économies. Ce type de travaux est à encourager, et d'ailleurs à généraliser car le secteur privé n'est pas assujetti au partage d'informations dans la même proportion que les EPS (établissements publics de santé) et ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif). Il faut néanmoins les interpréter avec précautions afin de bien prendre en compte les complexités de mise en œuvre qu'elles représentent ; il faut également s'interroger sur le partage des rôles, le maintien de l'équilibre économique par structure restant de la responsabilité de leurs gestionnaires, en contrepartie d'une meilleure intégration des conditions d'équilibre économique des implantations dans la régulation.

La démographie médicale suscite des difficultés de recrutement dans des territoires moins attractifs, et déstabilise la réponse aux besoins de soins tout autant que l'équilibre économique des structures. Les mesures Rist encadrant l'intérim médical ont déjà apporté un premier niveau de réponse sur ce point.

En outre, ces tensions sur les effectifs incitent également à l'innovation dans les organisations de soins et majorent la capacité à mieux répartir les soins entre professionnels de santé, en renonçant à une exclusivité médicale. Dès lors que les résultats de santé issus de ces organisations sont probants, il importe de les généraliser de manière accélérée, y compris auprès des territoires ayant moins de tensions sur les effectifs, de manière à dégager des moyens humains et d'encourager des mobilités.

La dynamique des groupements hospitaliers de territoire (GHT), a offert un maillage qui a renforcé les concertations territoriales entre établissements et produit des effets au long cours. Si elle a contribué à l'amélioration de l'efficience et des complémentarités entre établissements d'un territoire, cette dynamique doit être amplifiée : les gains d'efficience restent souvent conditionnés à l'unification du commandement (directions communes) et associent à ce stade assez peu l'offre privée du même territoire. L'absence de personnalité morale du GHT tout comme le périmètre limité des mutualisations obligatoires peuvent constituer un frein à la mise en œuvre de la logique de mutualisation entre établissements. Ces mutualisations peuvent emprunter plus facilement la voie de la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Un cran supplémentaire peut être franchi en intégrant dans les mutualisations obligatoires des activités présentant de forts potentiels d'économies d'échelle comme la biologie.

Le rôle de chacun sur les soins non programmés doit être redéfini à travers des actions concrètes :

- organiser au sein des services hospitaliers une réponse aux soins non programmés non urgents pouvant relever d'une prise en charge hospitalière, en programmant autant que faire se peut des entrées directes.

Assurer une gestion des lits :

- au sein des établissements publics, privés et coordonnée au niveau territorial ;
- assurant les soins urgents et programmés ;
- au niveau de toutes les structures de court et de moyen séjour.

L'efficience de l'organisation hospitalière territoriale

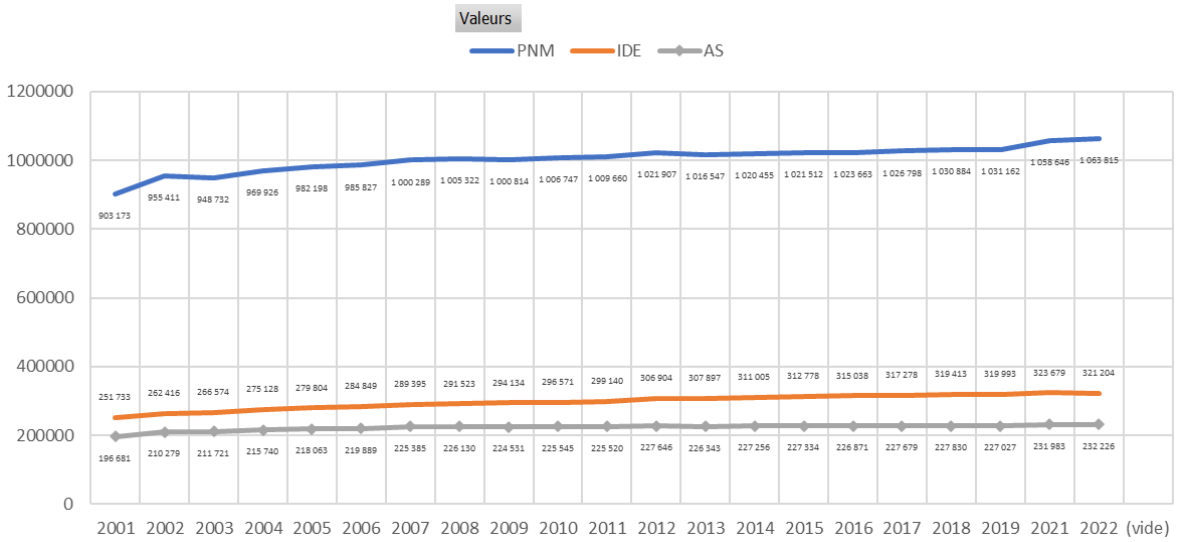
Trois facteurs permettent de caractériser les implantations hospitalières et d'envisager des optimisations :

- l'accessibilité géographique, appréciée en termes de délais de trajet et supposant une approche du maillage territorial, donc intégrant les capacités et éloignements des implantations voisines ;
- le dimensionnement et la spécialisation, en termes de patientèle, que le site peut assumer en simultanéité ;

- Les complémentarités nécessaires entre activités et donc les capacités annexes dont le site doit disposer pour pleinement assumer ses missions : certaines activités spécialisées ne s'envisagent qu'en complémentarité avec d'autres telles que l'imagerie lourde, la biologie, les soins critiques, la pharmacotechnie, l'anatomo-cyto-pathologie…

L'évolution des techniques médicales permet de s'affranchir de manière croissante de la supervision médicale 24h/24 en faveur d'une prise en charge à domicile, et la régulation a en outre favorisé le développement d'une offre médico-sociale pour les patients nécessitant une surveillance paramédicale. C'est ainsi que la recomposition de l'offre hospitalière est souvent retranscrite à tort sous l'angle des réductions capacitaires d'hospitalisation complète ; en réalité, comme le montre le graphique ci-dessous, les effectifs sont stables voire en croissance dans l'offre hospitalière tout en transformant les soins réalisés, en faveur d'une prise en charge sans nuitées (Graphique 19).

Graphique 19 I Évolution des effectifs des établissements de santé hors praticiens



Source : SAE.

Il semble important de rappeler ce point en préambule car l'utilisation d'indicateurs en partie obsolètes, peut compliquer le dialogue sur les réorganisations judicieuses à l'échelle d'un territoire.

La première recommandation porte sur l'évolution des indicateurs et modes de pilotage de l'offre hospitalière, afin de s'affranchir d'une vision encore trop orientée sur les « journées » et ne valorisant pas assez l'effort de réalisation d'actes de soin ainsi que les résultats obtenus, quel que soit leur lieu d'exécution. En dehors des soins critiques, le « lit » traduit non seulement des capacités mais aussi des périodes de latence dans le parcours de soins, que le système de soins peut et devrait s'attacher à résorber (comme cela a notamment été le cas dans les démarches de réhabilitation améliorée après chirurgie).

Dans le domaine chirurgical, l'effort de regroupement de sites hospitaliers n'est pas nouveau : il figure parmi les motifs récurrents des réformes hospitalières du demi-siècle

passé et a particulièrement visé l'offre chirurgicale. Deux gains sont évoqués en contrepartie de ces regroupements :

- un gain qualitatif, favorisant l'expertise et le cumul d'expérience au sein de la même équipe, et diminuant l'éparpillement des ressources (médicales notamment) dans un contexte de tensions de recrutement ;
- un gain économique, le regroupement se traduisant par des effets de mutualisation des coûts et de suppression de sites n'atteignant pas les seuils critiques d'activité.

De nombreux rapprochements entre structures publiques et privées ont été impulsés ces deux dernières décennies, visant en particulier la chirurgie (et plutôt entre structures de taille modeste), mais il n'existe pas de cartographie permettant d'en dresser un véritable bilan. De nombreuses mutualisations de plateaux techniques ont été engagées au fil des grands plans d'investissement (hôpital 2007 et hôpital 2012 notamment), mais dans de nombreux cas l'offre privée était déjà fragile au moment de la coopération et a disparu dans la décennie suivante. On peut déplorer la même absence de bilan pour les coopérations public-public ayant entraîné une construction à mi-parcours entre deux villes moyennes, qui ont été engagées dans différentes régions sur la même période. La réorganisation de l'offre hospitalière est importante en termes de sécurité, de qualité et de cout financier. Elle permet notamment de limiter la dilution des ressources médicales sur plusieurs sites, de réduire certaines formes de surenchère et de faciliter l'organisation de la permanence des soins.

L'obstétrique soulève de manière plus impérative des enjeux de maillage territorial liés aux délais d'accès, 45 minutes au plus d'une maternité. L'expérience d'autres pays montre qu'il est possible de fonctionner autrement, mais cela implique un suivi resserré de l'ensemble de la grossesse et un hébergement temporaire à proximité d'une maternité dès que la probabilité d'accoucher le nécessite. S'agissant des soins critiques, l'épidémie de COVID a mis en exergue l'importance des soins critiques pour la réponse à certaines situations sanitaires exceptionnelles, et a entrainé le développement des capacités à l'échelle nationale. À court terme, ce secteur nécessite plutôt une majoration de la dépense corrélée aux extensions capacitaires de réanimation et de soins intensifs.

Sur l'activité de médecine et des urgences des gains conséquents peuvent être attendus en intervenant sur les parcours de soins, selon des modalités déjà évoquées dans la partie ci-dessus consacrée à la gradation des soins. Les réorganisations hospitalières en médecine sont peu discutées, par contraste avec celles de chirurgie et d'obstétrique, peut-être en lien avec la participation plus modeste des établissements à but lucratif dans ces activités.

En outre, les services rencontrent également des difficultés à réunir les ressources médicales pour garantir l'ouverture et la prise en charge des patients.

Plusieurs réformes sont déjà en cours de déploiement pour en améliorer la pertinence :

- Le régime d'autorisation ouvre la possibilité de requalifier certains sites en antennes, et de limiter leurs horaires d'ouverture. Cela devrait notamment permettre de fermer ces services la nuit et de mutualiser l'activité entre sites, ce qui est nettement moins onéreux à faire fonctionner. Cette réforme interagit avec la constitution des

groupements hospitaliers de territoire (GHT) puisqu'elle fournit un thème particulièrement propice à une approche territoriale, visant également la constitution d'équipes médicales territoriales pour couvrir les différents sites. De même, face aux nombreux services d'urgence régulièrement fermés, il pourrait être envisagé, au sein des organisations de soins primaires, la place et le rôle de certaines maisons médicales de garde, disposant d'un environnement humain et technique adapté pour la gestion de certaines urgences, tout en développant le transport vers ces centres structurés.

Ces différentes réformes ne sont pas encore parvenues à maturité et devraient continuer à avoir des impacts au cours des prochaines années. Il conviendrait alors de privilégier une veille sur les conséquences de ces réformes avant d'en engager de nouvelles. Il est impératif de diffuser largement l'information sur les innovations probantes développées dans les territoires en tension.

Enfin, une politique plus vigoureuse pour inciter à la qualité reste nécessaire, et peut passer notamment par une diffusion plus large et transparente permettant à chacun de s'informer sur le niveau de qualité et de sécurité des soins, à commencer par les indicateurs de qualité développés par la HAS pour l'ensemble des hôpitaux et cliniques (Qualiscope).

La restructuration des lignes de garde s'impose aujourd'hui sur certains territoires pour des raisons tenant au moins autant aux tensions sur les ressources humaines que pour des raisons économiques.

L'autorisation de court séjour de médecine couvre un champ clinique particulièrement étendu et indifférencié, incluant l'ensemble des spécialités d'organe non chirurgicales, la médecine interne, la gériatrie et la pédiatrie, les soins palliatifs… L'activité est dans une proportion importante corrélée à l'activité des urgences et notamment à la saisonnalité épidémique. Le taux d'équipement en lits de médecine rapporté à la population varie du simple au triple, sans que les impacts en termes de résultats de santé soient immédiatement perceptibles. Paris figure parmi les départements les plus dotés, alors que le taux de personnes âgées est parmi les plus faibles de France aux côtés d'autres départements de petite couronne (cela s'explique toutefois par des mouvements de patients depuis les départements de petite couronne).

Les réformes récentes du régime d'autorisation sont venues mieux qualifier certaines activités médicales à caractère interventionnel, permettant une gradation des soins intégrée aux schémas régionaux de santé (SRS). Cela concerne en particulier la cardiologie et la radiologie interventionnelles, ainsi que la cancérologie. Il est prévu d'initier une reconnaissance spécifique pour l'endoscopie, qui ne relève actuellement d'aucun régime d'autorisation propre et nécessite pourtant un environnement similaire au bloc chirurgical (et notamment des compétences d'anesthésie générale).

L'autorisation est la même pour les services de médecine spécialisée et de médecine polyvalente, et ne distingue donc pas les CHU des hôpitaux de proximité en tant que telle. Elle comporte à ce titre certaines porosités avec les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Les hôpitaux de proximité bénéficient d'un label délivré par les agences

régionales de santé (ARS), et conditionné à l'existence d'une autorisation de médecine court séjour. Une évolution du régime d'autorisation éviterait de placer sur le même plan des activités de médecine de spécialité, ou de médecine polyvalente aiguë, avec des activités moins techniques, et de spécifier des exigences pour les petites capacités. Actuellement, on recense, parmi les hôpitaux de proximité, de nombreuses implantations à la fois d'autorisations de SMR et de MCO pour un total inférieur à 60 lits. Environ 250 établissements sont dans ce cas de figure, en incluant quelques cliniques et une majorité d'hôpitaux publics.

En corollaire, la réforme des activités de soins de longue durée est suspendue depuis deux décennies, alors que les rapports successifs ont à la fois démontré l'obsolescence des règles actuelles de régulation, et fourni des pistes intéressantes de repositionnement de cette offre. En particulier, le rapport Jeandel/Guérin publié mi-2021 comportait des orientations très concrètes pour gagner en performance dans l'hébergement et le suivi des personnes dépendantes et réduire le recours non pertinent au MCO, au SMR et aux urgences. Les propositions s'inscrivent à la fois en faveur de la médicalisation des Ehpad et de l'émergence d'« unités de soins prolongés complexes (USPC) » qui permettraient de clarifier l'orientation nationale pour les patients atteints de pathologies très invalidantes au long cours. Dans les projections de ce rapport, un tiers des USLD seraient maintenus ou requalifiés en ce sens, les deux autres tiers basculant dans un régime plus classique d'Ehpad.

Enfin, la question des implantations d'hospitalisation de psychiatrie est complexe à aborder. Le secteur a engagé des réformes conséquentes visant à requalifier certains hébergements au long cours, en faveur d'une reconnaissance plutôt médico-sociale, et cet effort est à poursuivre au regard de taux d'hospitalisation au long cours qui restent élevés, en lien avec des situations très complexes sur le plan médical et social. L'exigence accrue en matière de respect des libertés individuelles, en renforçant le besoin de praticiens présents en continu, rend indispensable un regroupement des implantations.

D. L'efficience de l'offre libérale

L'adéquation de l'offre libérale de soins aux besoins, que ce soit à l'échelle nationale ou à une échelle territoriale, constitue un enjeu d'efficience à plusieurs égards :

- une excessive densité d'un type de professionnels, en jouant un effet négatif sur leur revenu, crée une pression à la hausse sur les tarifs négociés : la surdensité est donc payée, à la fin, par l'assuré et le patient ;
- une excessive densité peut également, dans certaines activités, entraîner un effet de demande induite ;
- *a contrario*, le manque de certains professionnels peut affecter le bon recours aux soins, avec des effets de report potentiellement négatifs.

L'adéquation de l'offre à la demande constitue donc un enjeu d'efficience.

Le rapport n'aborde pas les débats autour de la régulation de l'installation des médecins libéraux, qui fait l'objet de débats au Parlement.

Certains dispositifs de régulation de l'installation territoriale de professionnels libéraux ont été évalués, comme le conventionnement sélectif des infirmiers libéraux[283] : il a permis de réduire les densités dans les zones sur-dotées (ce qui était son premier objectif), mais avec une offre, en termes d'actes par habitant, qui se maintient malgré tout. L'efficacité dans les territoires les moins dotés est plus nuancée : il y a bien une évolution positive de la densité et du nombre d'actes par habitants, mais celle-ci est modeste comparée aux espaces témoins intermédiaires. On observe une réduction des inégalités territoriales entre espaces, principalement liée à une moindre évolution dans les zones les mieux dotées et à une progression dans l'ensemble des autres zones. L'impact de ces mesures de régulation sur l'installation est particulièrement marqué pour les infirmières de moins de 40 ans, si bien que l'on observe pour ces dernières une convergence de la densité entre les différentes zones, ce qui permet d'envisager un effet à long terme de ce rééquilibrage territorial.

Les questions de répartition territoriale et/ou d'adéquation se posent également pour d'autres professions qui nécessiteraient d'importants développement qui dépassent le cadre de ce rapport.

- la pharmacie d'officine : La France dispose d'un maillage territorial encore équilibré, selon la Cour des comptes[284] malgré une diminution du nombre d'officines. « Quatorze États membres de l'Union européenne sont désormais mieux dotés que la France, alors qu'ils n'étaient que trois en 2007 (Grèce, Belgique, Espagne) ». Encore cet indicateur est-il lui-même discutable, car, établi en fonction du nombre d' habitants, il ne définit pas le maillage nécessaire à la bonne accessibilité géographique : à côté d'un maillage officinal à maintenir en zone rurale et parfois fragilisé, on observe dans les grandes métropoles une densité qui excède largement les besoins d'accessibilité ;
- les laboratoires de biologie médicale : la concurrence entre laboratoires a conduit à une forte hausse du nombre de sites dans les zones les plus dotées. Le secteur a mis en avant le risque de fermetures de sites à la suite de baisses de tarifs ;
- les magasins d'optique : la France compte un réseau de distribution beaucoup plus dense que ses voisins européens. Cette densité pèse sur les coûts du secteur et peut être mise en rapport avec le prix particulièrement élevé de l'optique en France.

[283] F. Duchaine, *Questions d'économie de la santé* n° 270, intitulé : « Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? ».

[284] Les pharmaciens d'officine un modèle en mutation. Cour des Comptes. Mai 2025.

V. Les mesures de périmètre

A. Les mesures de périmètre doivent être abordées en tenant compte de l'articulation entre AMO et AMC

1. La question du périmètre de prise en charge est souvent conçue sous le seul angle du périmètre de prise en charge par l'AMO

a. La stabilisation du taux de prise en charge par l'AMO impliquerait des transferts réguliers de l'AMO vers l'AMC ou les patients

Envisager le périmètre de prise en charge comme un levier de maîtrise des dépenses conduit souvent à n'envisager ce sujet que sous l'angle du périmètre de prise en charge de l'assurance-maladie obligatoire (AMO).

Cette approche repose notamment sur le constat de la part croissante de l'AMO dans les dépenses de santé au sens de la consommation de soins et de biens médicaux, liée à la part croissante des affections de longue durée (ALD).

Ainsi, entre 2013 et 2023, le taux de prise en charge de la CSBM par l'AMO a progressé de 4 points : en 2023, si le taux de prise en charge était resté à celui de 2013, la dépense d'AMO serait inférieure de 10 Md€. En tenant compte de l'évolution de la part de l'État dans le financement, l'évolution de la part publique est de 3 points, soit 7,5 Md€.

Cette évolution a principalement réduit la part de la CSBM financée directement par les ménages, qui a baissé de 9,9 % en 2013 à 7,5 % en 2023. La participation des OC au financement de la CSBM est restée globalement stable, passant de 13,0 % en 2013 à 12,4 % en 2023.

Des mesures de transfert de l'AMO, vers l'AMC à travers des hausses de ticket modérateur, ou vers les patients à travers des hausses des participations forfaitaires ou des franchises, pourraient être envisagées pour contrebalancer cette évolution spontanée. On pourrait concevoir soit des mesures annuelles visant stabiliser chaque année le taux de prise en charge de l'AMO, soit une mesure massive présentée comme le fait de revenir au niveau de prise en charge d'une date de référence.

Cette présentation est toutefois trompeuse car une telle mesure ne constitue ni un retour au *statu quo ante* ni un véritable maintien de la situation actuelle : la polarisation des dépenses sur les ALD a pour effet que stabiliser le taux de prise en charge par l'AMO implique de baisser le niveau de prise en charge des soins hors ALD.

Une telle mesure présente certes l'intérêt, dans le cadre d'une régulation budgétaire annuelle, de présenter un impact certain, aisément paramétrable, et relativement rapide.

Sont présentés ici les économies brutes pour l'assurance-maladie représentées par une hausse de ticket modérateur.

Tableau 7 I Économies brutes pour l'assurance maladie représentée par une hausse de ticket modérateur

en M€

	Taux de remboursement théorique (dans les parcours de soin)	Taux de remboursement effectif	Rendement de + 1 point de TM
Total honoraires			**306**
Médecins	70 %	84,94 %	149
Généralistes	*70 %*	*79 %*	*64*
Spécialistes	*70 %*	*88 %*	*85*
Chirurgiens dentistes*	70 % puis 60 %	75 % puis 67 %	52
Sages-femmes	70 %	88 %	3
Auxiliaires médicaux	60 %	86 %	63
Infirmiers	*60 %*	*93 %*	*17*
Masseurs-kinésithérapeutes	*60 %*	*78 %*	*35*
Orthophonistes	*60 %*	*73 %*	*8*
Orthoptistes	*60 %*	*66 %*	*3*
Pédicures	*60 %*	*99 %*	*0*
Laboratoires	60 %	77 %	31
Transports sanitaires**	65 % puis 55 %	96 % puis 95 %	*7*
Total produits de santé			**173**
Médicaments			133
à 15 %	*15 %*	*37 %*	*5*
à 30 %	*30 %*	*57 %*	*14*
à 65 %	*65 %*	*86 %*	*97*
à 100 %	*100 %*	*100 %*	*17*
Dispositifs médicaux	60 %	84 %	40

Source : Document interne DSS. Données 2023.

b. Toutefois, dans la durée, cela conduirait à une remise en cause profonde de notre mode de financement et de régulation des dépenses de santé

Dès lors que la hausse spontanée du taux de prise en charge par l'AMO constitue une tendance de long terme, on ne peut toutefois envisager une mesure de "stabilisation" du taux de prise en charge sans prendre en compte l'effet cumulatif d'une répétition dans la durée de cette mesure si on en faisait un outil régulier de maîtrise des dépenses.

En effet, cette accumulation en ferait non plus une mesure paramétrique, mais une véritable remise en cause de notre mode de financement de la santé, et, partant de la régulation des dépenses de santé.

Pour illustrer le propos, si on avait retenu cette approche consistant à stabiliser le taux de prise en charge par la Sécurité social et l'État à leur niveau de 2013, cela représenterait au total 7,5 Md€ de mesures de transfert.

Si on décidait d'agir par une hausse uniforme de TM sur l'ensemble des produits et prestations, cela représenterait une hausse de 15 points. Le taux de prise en charge par

l'AMC n'ayant que peu diminué depuis 2013, cela le porterait à un niveau très élevé (plus de 16 %). Cela aurait pour conséquence de faire passer le taux de prise en charge par l'AMO d'une large partie des prestations (tous les honoraires à l'exception de ceux des médecins et des sages-femmes) à 50 % ou moins, ce qui remettrait en cause à la fois le principe d'une couverture de ces soins par l'AMO et la légitimité de l'AMO à les réguler. C'est donc l'ensemble de la régulation des soins courants par l'AMO qui serait affecté.

Par ailleurs, de telles mesures auraient en outre pour effet d'accélérer la concentration des dépenses d'assurance-maladie sur les ALD. En accroissant fortement les restes à charge (avant intervention de l'AMC) pour l'ensemble des soins hors ALD, cette évolution dénaturerait notre système d'assurance-maladie en accroissant son incapacité à limiter les restes à charge élevés, qui constitue pourtant un élément important d'adhésion au système.

Mobiliser l'outil des franchises et participations forfaitaires pour le même ordre de grandeur, soulèverait les mêmes questions : au vu du rendement des franchises et participations forfaitaires, il faudrait quadrupler ces dernières ainsi que leurs plafonds pour atteindre un rendement de 7,5 Md€ (soit une hausse de 3 points de la part des patients dans la CSBM, la ramenant à son niveau de 2010), ce qui reviendrait à les fixer à :

- 4 € pour les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux et 16€ pour les transports sanitaires, dans la limite de 200€. Cela reviendrait en pratique à supprimer la prise en charge de médicaments courants ou d'actes paramédicaux courants à faible prix, et à sérieusement entamer la prise en charge des autres ;
- 8 € pour les consultations médicales et les actes de biologie, dans la limite de 200€ par an, ce qui laisserait un reste à charge très substantiel au regard des tarifs de ces actes et consultations.

De tels niveaux présentent des risques de renoncement aux soins courants, y compris de diagnostic et de prévention, avec le risque d'effets négatifs pour la santé collective (retards de prise en charge) et de surcoûts *in fine* (report vers les services hospitaliers, prises en charge plus coûteuses du fait de situations dégradées). L'effet « responsabilisant » de ces outils, parfois mis en avant, se heurte au fait que l'élasticité-prix de la demande de soins est très dépendante de la situation financière du ménage : alors que la franchise est pour des ménages aisés suffisamment accessoire pour n'entraînent aucun effet modérateur sur la demande, elle peut aboutir pour les ménages défavorisés à des renoncements très importants et préjudiciables à la santé.

2. Une approche de maîtrise du périmètre de prise en charge réduite à l'AMO présente d'importantes limites notamment en raison de l'articulation entre AMO et AMC

a. Une hausse de ticket modérateur présente des propriétés économiques comparables à une hausse de prélèvements obligatoires

Une hausse de ticket modérateur s'inscrit désormais dans un contexte où :

- 96 % de la population bénéficie d'une couverture complémentaire, dont 90 % en dehors de la C2S. 37 % de la population de 15 ans et plus est couverte dans le cadre

d'une couverture souscrite par l'employeur et donc obligatoire, proportion appelée à croître jusqu'à 49 % avec l'extension de la couverture collective des fonctionnaires ;
- 96 % de cette couverture respecte les conditions du contrat solidaire et responsable (CSR) et prend donc en charge le ticket modérateur sur la très grande majorité des soins.

Or, une hausse de ticket modérateur ne conduit pas à réduire la dépense de santé. Le ticket modérateur ne peut affecter le coût du soin pour le patient et donc la demande que dans des situations très marginales (personnes non couvertes, hausse de ticket modérateur non prise en charge par l'AMC). Inversement, en accroissant l'assiette de l'activité d'assurance santé, elle peut accroître le rendement des frais d'acquisition et donc inciter à les augmenter, accroissant ainsi le coût de la dépense de santé intégrant sa gestion.

Un transfert vers l'AMC n'est pas un transfert à la charge « des organismes complémentaires », mais des assurés de ces derniers[285] : les organismes complémentaires doivent être considérés comme « transparents » par rapport à leurs assurés. Du fait de la large diffusion de la couverture complémentaire en santé, une hausse de ticket modérateur, à niveau de garanties des contrats d'assurance complémentaire inchangées, se répercute à hauteur d'au moins 90% sur les dépenses de prestations des OC[286], et donc à hauteur de 103% dans les cotisations d'AMC en tenant compte de l'application de la TSA et du FMPT. La moitié de cette hausse de cotisations concerne les couvertures obligatoires en entreprise, qui pèsent sur le coût du travail dans le secteur privé et sont prises en charge au moins pour moitié par l'employeur ; au terme du déploiement de la complémentaire santé souscrite par l'employeur dans la fonction publique, 60% des cotisations d'AMC relèveront d'une couverture collective souscrite par l'employeur en application d'une obligation légale, et pèseront sur le coût du travail.

Pour le reste de la population, malgré l'absence d'obligation légale d'adhésion, la souscription d'une AMC est largement répandue et est considérée comme une dépense inévitable. Le taux très faible de personnes non couvertes par une AMC ne correspond pas principalement à des personnes faisant le choix d'une non-couverture, mais relève en partie de situations frictionnelles de personnes changeant de couverture et pour partie de personnes ne pouvant financièrement accéder à une couverture.

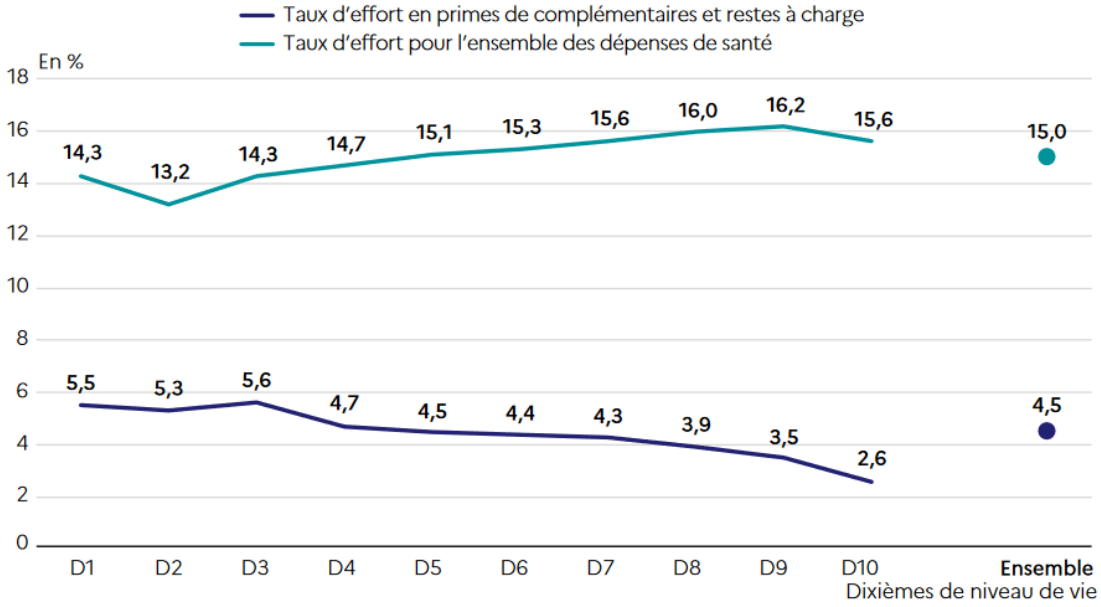
Il en résulte que, même si les cotisations de complémentaire santé ne constituent pas statistiquement des prélèvements obligatoires, une hausse de ticket modérateur a des effets économiques comparables à une hausse de prélèvement obligatoire : elle accroît des dépenses qui sont soit légalement obligatoires (dans le cas de la complémentaire santé

[285] L'activité d'assurance-santé n'a pas dégagé d'excédent au cours des trois années passées : le résultat technique a représenté 0,1 % des cotisations santé en 2021 et 2022, et – 0,4 % en 2023 (solde de – 57 M€). Il n'existe donc pas de « marge » qui permettrait d'absorber une hausse des prestations sans la répercuter sur les cotisations.

[286] Ce chiffre est estimé à partir de la proportion de population couverte par un contrat de complémentaire santé, donc à l'exclusion de la population non couverte et de la population bénéficiaire de la C2S. L'impact sur les prestations peut être plus élevé si on formule l'hypothèse que les personnes non couvertes et les bénéficiaires de C2S ont une dépense par tête plus faible.

obligatoire) soit fortement contraintes pour les ménages. Elle pèse pour plus de moitié sur le coût du travail, et pour le reste est répartie entre les ménages selon une tarification mêlant taille du ménage et âge des personnes couvertes. Elle représente un taux d'effort plus élevé pour les ménages modestes et pour les personnes âgées. Ses effets redistributifs seraient *a priori* défavorables à ces derniers, même s'ils peuvent être variables selon le transfert envisagé (une hausse du TM sur les actes et consultations de médecins aurait un impact assez uniforme selon l'âge quand une hausse de TM sur les médicaments affecterait en priorité les assurés âgés).

Graphique 20 I Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leur dépense de santé selon leur niveau de vie, en 2019



Source : La complémentaire santé, 2024, Drees.

b. *Le rendement net d'une telle mesure pour les finances publiques est inférieur de près de 10 % au rendement brut de la hausse de ticket modérateur*

Une hausse du ticket modérateur de 100 € entraîne plusieurs effets de second tour en termes de finances publiques. En reprenant les hypothèses mentionnées plus haut (garanties inchangées, absence d'impact sur les autres dépenses des OC), elle entraîne une hausse d'au moins 90 € des cotisations de souscription des OC, qui ont les effets suivants :

- la hausse des cotisations des OC accroît le rendement de la TSA et du FPMT (+ 13 €)[287] ;
- la hausse des cotisations dans le cadre de la complémentaire santé en entreprise réduit l'assiette de l'impôt sur le revenu et se traduit donc par une perte de recettes fiscales (-5€ d'exonération d'impôt sur le revenu de la cotisation salariale et de l'exonération des cotisations des indépendants). En supposant une substitution à terme de la participation de l'employeur au salaire direct (conformément à la théorie économique), cette hausse entraîne donc une perte de recettes sociales (– 6 € d'effet

[287] Application des taux de 13,27% et 0,8 % sur une assiette de 90€.

net entre l'exonération de cotisations sociales pour la cotisation patronale et le rendement du forfait social[288]) ;
- elle accroît les dépenses au titre de la C2S (– 5€)[289] ;
- à l'issue de la généralisation de la réforme de la PSC dans la fonction publique, elle entraînera un surcoût pour les employeurs publics de 5 € ;

Sous ces hypothèses, une hausse de ticket modérateur de 100 € produirait donc un effet net de 92 € sur les finances publiques.

3. Les mesures d'évolution des périmètres de l'AMO et de l'AMC doivent être examinées de façon commune

Des mesures de périmètre qui seraient un pur transfert d'un financeur vers un autre n'améliorent en rien l'efficience de la dépense de santé et ne réduisent pas son coût pour la nation.

Si des mesures de périmètre doivent être utilisées, il est préférable qu'elles permettent de maîtriser la dépense de santé, ce qui implique d'agir conjointement sur les prises en charge de l'AMO et de l'AMC, en en mobilisant plusieurs leviers, dans un cadre concerté :

Des mesures de périmètre :

- panier minimal couvrant les soins et biens essentiels (dont le panier minimal du contrat solidaire et responsable pour l'AMC) ;
- prestations pouvant être couvertes dans le cadre du contrat solidaire et responsable.

Des mesures de gestion du risque et de responsabilisation :

- révision des obligations/plafonds de prise en charge ;
- interdiction de la publicité en optique et audiologie ;
- introduction d'ententes préalables ou de délais de carence ;
- révision de la fréquence de renouvellement en optique et en audiologie ;
- échanges facilités de données et d'informations AMO/AMC facilitant la lutte contre la fraude.

Des mesures garantissant la liberté de choix :

- l'engagement de chaque OC de proposer au moins un contrat limité au panier de soins essentiels.

Trois ensembles de produits et de prestations appellent de ce point de vue un réexamen :

- des prises en charge de l'AMO (et, de façon facultative, de l'AMC) pour lesquelles le service médical rendu est faible ou non démontré : médicaments à 15 %, cures thermales ;

[288] L'application d'un taux moyen de 57 % de prise en charge de la cotisation en entreprise par l'employeur conduit à une assiette de cotisation employeur de 26 €. L'écart de contribution entre cotisations et forfait social (retenu par exemple dans l'annexe du PLFSS dédiée aux exemptions) conduit à une perte de recettes de 6 €.
[289] Estimation DSS.

- des prises en charge assurées uniquement par l'AMC et ne correspondant pas à des soins bénéficiant de preuves.
- des prises en charge où l'AMC joue un rôle majoritaire et très contraint dans le cadre des CSR, qui à la différence des deux ensembles précédents ont un bénéfice démontré pour la santé, mais qui ont fortement crû en période récente et posent des enjeux de régulation : le panier du « 100% santé ».

a. Sortir du périmètre de l'AMO des prises en charge à service médical rendu faible ou non démontré

Concernant les médicaments à 15 % et les cures thermales, la suppression de leur prise en charge, alors que leur bénéfice médical est faible ou non démontré, devrait constituer la première mesure d'économie de périmètre à prendre pour l'AMO.

Ces produits et prestations ne faisant pas partie du panier de soins minimal du CSR, la suppression de prise en charge par l'AMO ne se traduirait par un renchérissement mécanique des complémentaires santé et peut permettre une réduction directe de la dépense de santé.

La France est l'un des derniers pays de l'OCDE à prendre en charge dans un cadre socialisé les soins de cure thermale. La suppression de leur prise en charge représenterait une économie de 240 M€ pour l'AMO.

La suppression du remboursement des médicaments à 15 % impliquerait une réévaluation de leur service médical rendu par la HAS au vu de la suppression de la catégorie de SMR faible pour déterminer si on doit leur reconnaître un SMR insuffisant ou un SMR modéré. Cette mesure représenterait un maximum d'économies de 200M€ pour l'AMO, montant qui constitue un maximum, sous réserve des effets de reports possibles vers d'autres prescriptions et de la réévaluation possible de certains de ces médicaments par la HAS qui pourrait aboutir à en reclasser certains dans la catégorie des SMR modérés. Le rendement de cette mesure serait en outre atténué par la disparition des franchises afférentes à ces produits, et atteindrait environ 114 M€.

À défaut de suppression de cette catégorie, des options alternatives consisteraient :

- à réduire le taux de prise en charge de cette catégorie de médicaments, par exemple, à 5 % : cela représenterait une économie de 50 M€ ;
- à supprimer les exonérations de ticket modérateur pour ces médicaments (prise en charge à 15 % pour toutes les situations) : cela représenterait une économie de 130 M€, 96 M€ en tenant compte des franchises. Cette option à fort rendement évite une réévaluation dans un délai court de tous ces médicaments qui sont majoritairement à prescription médicale obligatoire avec une variété de classes thérapeutiques qui nécessite une attention particulière. Si son impact pour l'AMO est proche du déremboursement, cette option se répercuterait néanmoins en partie sur l'AMC qui prend en charge le TM de ces médicaments pour 80 % des bénéficiaires.

Sous l'angle du rapport entre le gain financier pour la dépense de santé et la faiblesse des impacts sur l'accès aux soins, ces mesures sont supérieures à toute autre mesure de réduction du périmètre de l'AMO.

b. *Sortir du périmètre de l'AMC des prises en charge ne bénéficiant pas d'un niveau de preuves*

L'uniformisation des conditions de prise en charge par l'AMC du ticket modérateur des soins remboursables fait des interventions non prises en charge par l'AMO un terrain sur lequel les OC peuvent proposer une offre différenciante. Cela se traduit notamment par leur positionnement sur deux ensembles de garanties situées en dehors des prestations de santé dans le champ de la CSBM :

- les prestations connexes à la santé : frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure ;
- les prestations à la périphérie de la santé.

Entre 2017 et 2023, ce dernier ensemble des « prestations à la périphérie de la santé » des OC est passé de 458 à 867 millions selon les comptes nationaux de la santé de la Drees, soit une hausse de 89 %, quand les dépenses des OC dans le champ de la CSBM sont passées de 26,32 à 30,91 Md€, soit une hausse de 17 %. La part des prestations à la périphérie de la santé dans les prestations de santé des OC (prestations de santé dans le champ de la CSBM, les prestations connexes à la santé, prestations à la périphérie de la santé) est passée de 1,6 à 2,5 %. Elles représentent 6,7 % de la hausse des dépenses de prestations santé sur cette période.

Les prestations à la périphérie de la santé incluent des prestations de nature très différente en termes de niveau de preuve :

- certaines renvoient à des pratiques curatives bénéficiant d'évaluations et de démonstrations de preuve, mais ne bénéficiant pas en droit commun d'une prise en charge par l'AMO (prestations de diététicien, ou d'activité physique adaptée) ou n'en ayant pas bénéficié jusqu'à une période récente (psychologues) ;
- d'autres renvoient à des pratiques non conventionnelles ne bénéficiant pas d'éléments de preuve de leur valeur ajoutée thérapeutique.

Les statistiques aujourd'hui disponibles ne permettent pas de donner les parts respectives de ces deux sous-ensembles.

L'intervention de l'AMC sur le champ de pratiques n'ayant pas fait la valeur de leur preuve constitue clairement un gaspillage des ressources du système de santé. Il est particulièrement discutable que cette prise en charge prive, *via* l'exemption de cotisations sociales dont bénéficie la participation de l'employeur à la couverture complémentaire, l'assurance-maladie obligatoire de recettes qui lui permettraient de financer des soins dont l'utilité est démontrée. L'intervention de l'AMC sur ce champ est par ailleurs critiquable en ce qu'elle contribue à entretenir la confusion, auprès des assurés, entre les pratiques évaluées et ces pratiques non conventionnelles, avec des risques pour leur santé si cela les conduit à préférer de telles pratiques à des soins efficaces voire à opter pour des pratiques dangereuses.

L'État a contribué lui-même à cette confusion, en laissant se développer ces pratiques sans davantage les réglementer (et notamment sans encadrer davantage la publicité et la communication qui leur est afférente et qui les présente comme relevant de la santé).

Relève de cette confusion le fait que la loi prévoie que les ARS établissent la liste des ostéopathes (article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) alors que la revue de littérature scientifique établie par l'Inserm[290] conclut à une absence de démonstration d'effet[291], voire à des effets indésirables rares mais graves, alors même que les allégations d'indications peuvent porter sur des champs variés et pouvant nécessiter une réelle intervention médicale (troubles génitaux urinaires, troubles neuropsychiatriques).

Le rôle de l'État est encore plus source de confusion lorsqu'il intègre de telles prestations dans le contenu des paniers de soins souscrits pour ses agents dans certains ministères dans le cadre de la généralisation de la couverture complémentaire santé des fonctionnaires, conduisant des organismes complémentaires à intégrer de telles prestations dans le champ de leurs garanties. Une telle pratique constitue un gaspillage total des ressources de l'État employeur, contribue à la confusion entre la science et la croyance, et impose aux agents concernés de cotiser à une couverture intégrant des garanties ne leur apportant aucun bénéfice.

Une exclusion du champ des CSR des activités de soins ne faisant pas l'objet d'une évaluation et d'un niveau de preuve suffisant mettrait fin à un subventionnement public de ces pratiques non conventionnelles et permettrait de réaliser des économies pour l'AMC. Elle devrait s'accompagner d'une exclusion de ces garanties du champ des garanties souscrites par les employeurs publics dans le cadre de la couverture de leurs agents.

Une telle évolution aurait toutefois pour effet de renforcer le degré de contrainte exercé par le CSR, et de ne pas permettre la prise en charge de prestations à caractère innovant pouvant être dans l'attente d'évaluations qui pourraient ensuite conduire à leur prise en charge par l'AMO.

c. Modérer le coût des prises en charge du panier 100% santé

La mise en place du 100% santé sur l'optique, le dentaire et les audioprothèses a visé à faciliter l'accès à ces soins en permettant d'accéder à une offre sans reste à charge sur ces trois périmètres, en définissant des paniers spécifiques faisant l'objet d'un encadrement tarifaire spécifique et d'une obligation de prise en charge par l'AMC dans le cadre des CSR.

Conformément à son objectif, elle a amélioré le recours aux soins. Le nombre de personnes ayant été équipées d'aides auditives par an a fortement augmenté (+ 75 % entre 2019 et 2021), permettant de contribuer à la prévention, notamment du risque de démence et de déclin cognitif pour les personnes âgées[292]. Le recours aux prothèses dentaires a augmenté

[290] Caroline Barry, Bruno Falissard, *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Expertise scientifique réalisée par l'unité Inserm 669* ¸ 2012.

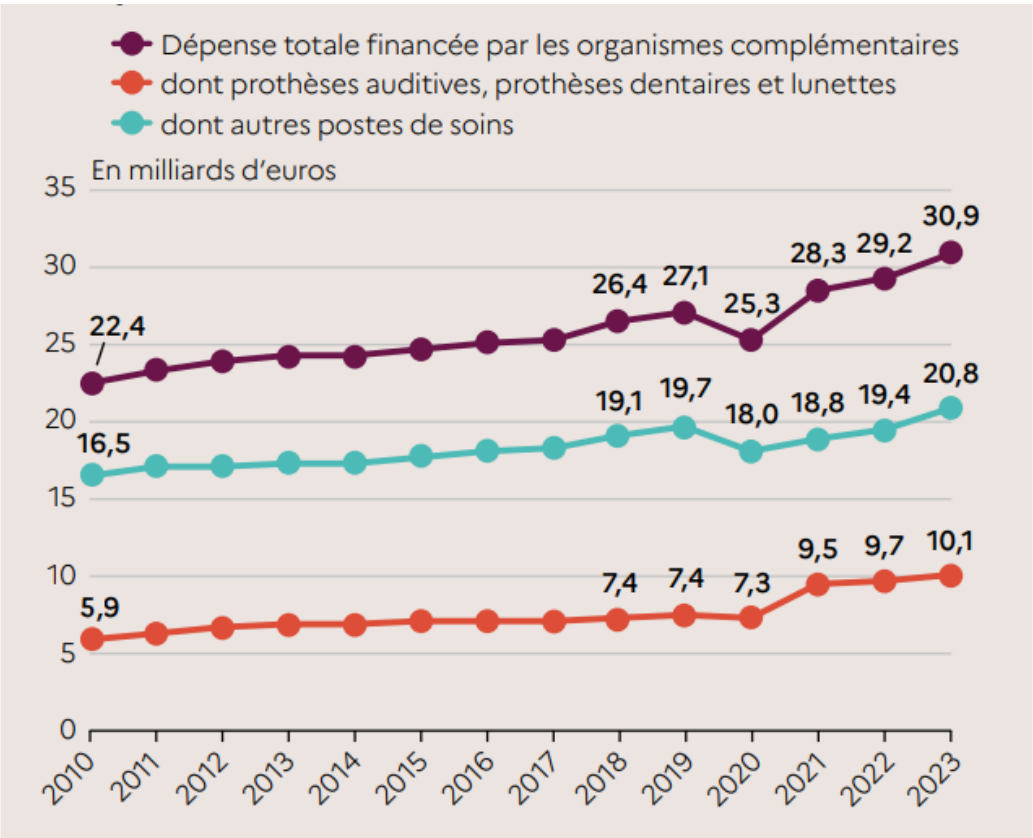
[291] S'agissant des douleurs d'origine vertébrale, il n'y a pas d'efficacité supérieure des manipulations ostéopathiques par rapport à un groupe contrôle bénéficiant, par exemple, de manipulation factices, d'un traitement médical classique ou de conseils hygiéno-diététiques. La plupart de ces études présentent de réelles limites méthodologiques.

[292] Tordrup D. et al., 2022, Global return on investment and cost-effectiveness of WHO's HEAR interventions for hearing loss : a modelling study, The Lancet Global Health, 10 :1 (e52-e62) ; Livingston G. et al., 202, Dementia prevention, intervention, and care : 2024 report of the Lancet standing Commission, The Lancet, 404 :10452 (572-628).

de 17 %, avec une forte diminution des restes à charge sur ces deux postes. En revanche, en optique, le 100 % santé reste peu utilisé. La hausse du recours à ces trois postes de soins a été nettement plus importante parmi les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire qu'en population générale[293].

En conséquence de ce recours accru à ces prestations, les dépenses d'optique, de soins dentaires et notamment d'audioprothèses ont fortement augmenté et ont contribué à la hausse des dépenses de prestations de soins et biens médicaux des OC sur 2021-2023 (Graphique 21)[294].

Graphique 21 I Dépense financée par les organismes complémentaires, entre 2010 et 2023



Note de lecture : Pour les prothèses auditives, les dépenses de 2018 et 2019 des organismes complémentaires sont estimées statistiquement, les données n'ayant été récoltées qu'à partir de l'année 2020. Ces montants diffèrent légèrement de ceux publiés dans Lapinte, et al. (2024), en raison d'améliorations méthodologiques effectués dans les comptes de la santé fin 2024 (Arnaud, Lefebvre, 2024).
Source : Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?, 2025, Drees.

[293] Lapinte A., Solotareff R., Pollak C., 2024, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2024, Les Panoramas de la Drees.
[294] Entre 2019 et 2021, les dépenses des organismes complémentaires ont augmenté de 1,6 Md€ pour les prothèses dentaires, 473 M€ pour les audioprothèses, et 70 M€ pour les lunettes.

Ces hausses ont particulièrement contribué au renchérissement des couvertures AMC notamment pour les personnes âgées. La hausse des garanties liées au 100 % santé et la hausse du recours aux soins, particulièrement pour les personnes âgées, s'est accompagnée d'une relative stabilité des garanties hors 100 % santé[295].

La réforme a aussi pu donner lieu à des pratiques commerciales visant à en contourner la portée (dénigrement de la qualité des prestations 100 % santé ou non-respect des obligations de devis présentant l'option 100 % santé par certains offreurs, etc.), ainsi que des comportements consuméristes et des fraudes, appelant à des actions fortes en matière de renforcement des contrôles et des sanctions. Elle n'a pas réellement permis de modérer les prix des dispositifs concernés :

- les prix de l'optique ont progressé de 4,2 % entre 2019 et 2023, le faible recours aux panier 100 % santé ne permettant pas de compenser les hausses de prix sur le panier libre (montures, verres simples et verres complexes). Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que plus de 9 bénéficiaires de complémentaires santé sur 10 disposaient déjà, avant la réforme, de garanties supérieures au 100 % santé, et par le fait que le plafonnement des prises en charge sur le panier libre est fixé à un niveau élevé, très supérieur aux prix moyens[296] ;
- les prix des soins de dentistes ont progressé de 9,7 % pendant la même période, selon les données du comité de suivi de la réforme. Ceci est le résultat d'une revalorisation des soins conservateurs visant à rééquilibrer l'activité dentaire vers des actes préventifs, d'une diminution du prix moyen de soins prothétiques sous l'effet du 100% santé (inlay-core, prothèses fixes, prothèses amovibles), et d'une hausse de prix de certains soins n'étant pas proposés dans le panier du 100 % santé (bridges, inlay-onlay)[297] ;
- En revanche, en matière d'audioprothèse, le panier moyen s'affiche en baisse, du fait de la réduction des prix limites de vente : le prix moyen d'une aide auditive, incluant et les prestations, a diminué de 13 % entre 2019 et 2022, passant de 1 519 € à 1 324 €

[295] Certains contrats ont baissé leurs garanties entre 2019 et 2021, par exemple pour les implants dentaires des bénéficiaires de contrats individuels les mieux couverts, pouvant conduire à des hausses de restes à charge pour certains soins hors 100% santé. Dans l'ensemble les dépenses des Ocam ont toutefois fortement augmenté sur les trois postes (+ 1,6 Md€ pour les prothèses dentaires). Pierre A., Solotareff R., Dauphant F., 2025, Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?, *Études et Résultats*, n° 1338, Drees.

[296] Voir Drees : Panorama de la complémentaire santé 2024 et Guilloton V., 2023, En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur 10 disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100% santé, Etudes et Résultats n°1260. L'évaluation de la précédente réforme des contrats responsables en 2015 montrait que le plafonnement des garanties avait peu d'effet sur les prix moyens en raison d'une concentration des prix autour du plafond, mais que l'allongement du délai de renouvellement avait conduit à une baisse du nombre de lunettes vendues (Jacquier K., 2018, Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables, *Études et Résultats*, n° 1096, Drees.

[297] Lapinte A., Solotareff R., Pollak C., 2024, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2024, Les Panoramas de la Drees.

(parmi lesquels les appareils du panier 100 % santé sont passés de 1 036 (2019) à 945 € (2022), quand le nombre de personnes ayant été équipées de prothèses auditives a augmenté de 75 % entre 2019 et 2021. Toutefois, d'importants écarts de prix sont constatés entre les pays : ainsi, en Angleterre, le NHS achète en grandes quantités (de l'ordre de 1,5 million par an) sur appel d'offre des aides auditives de premier niveau de gamme comparables au panier 100 % santé pour des prix compris entre 50 et 111 € pour l'équipement seul (417 € pour les premières, en y ajoutant le coût du suivi) ; en Suède ces prix obtenus par appels d'offre atteignent 126 € pour l'équipement. Le prix de l'équipement et de la prestation est de 1 033 € en France (où 1,7 million d'aides auditives ont été vendues en 2022) (prix en parité de pouvoir d'achat, Irdes, 2024)[298]. À l'inverse, les prix pratiqués sur le secteur privé non régulé en Angleterre et en Belgique sont généralement plus élevés pour les appareils de gamme moyenne et supérieure. Ainsi, les achats publics en Suède et en Angleterre assurent une offre limitée d'aides auditives avec des restes à charge réduits ou nuls à un coût relativement faible pour le système public, mais conduisent au développement, en parallèle, d'un marché privé attirant une clientèle plus aisée, séduite par une offre beaucoup plus large et souhaitant éviter les files d'attente importantes dans les centres. Le panier 100 % santé audiologie français permet quant à lui aux usagers d'accéder à un panier d'aides auditives sans reste à charge plus diversifié que celui pris en charge par les régions suédoises et le système public anglais, et sans file d'attente ; ses prix sont toutefois élevés au regard des prix régulés britanniques et suédois.

La réforme peut donc laisser subsister des prix excessivement élevés des produits et prestations, pour plusieurs raisons :

- des prix historiquement élevés, en partie du fait d'une spirale inflationniste entre prix pratiqués et niveaux des garanties d'AMC. En effet, l'optique et le dentaire font partie des principaux éléments des différenciation entre les offres proposées par les OC, le caractère qualitatif ou généreux d'une offre peut se mesurer entre autres aux garanties proposées sur ces postes. Les offreurs de produits et prestations ayant tendance à caler leurs prix sur ces garanties, cela nourrit des niveaux tarifaires anormaux ;
- les prix-limites de vente et les plafonds de remboursement sont fixés sur la base d'une connaissance faible, par le régulateur des coûts de production et de distribution des dispositifs, au risque de présenter des inadéquations et de laisser subsister des niveaux de prix élevés ;
- les outils de régulation sont peu opérants. La possibilité de réduire le PLV du panier 100 % santé en cas de dépassement d'un volume n'a pas été mise en œuvre. La clause de rendez-vous en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques dentaires entre les trois paniers est également peu opérant ;

[298] Pichetti S., d'Estève de Pradel A., Espagnacq M., 2024, Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède, Questions d'économie de la santé, n°293, Irdes.

- la réforme a profondément transformé le financement de certaines prestations, notamment en audioprothèse et en dentaire, avec un recours important aux paniers 100 % santé (57 % en dentaire, 39 % en audiologie) et une division par deux du reste à charge des ménages dans ces deux domaines. En revanche, le panier 100 % santé reste peu mobilisé en optique en optique (18 %). Le 100 % santé a solvabilisé un recours accru aux soins, tout en s'accompagnant d'une hausse de recours aux biens à tarifs libres[299], qui représentent aujourd'hui une part importante des dépenses, à l'exception du dentaire (en tenant compte du panier à tarif maîtrisé, les tarifs libres ne représentent que 20 % des dépenses) : en 2023, les paniers à tarifs libres représentent 94 % de la dépense d'optique et 77 % en audioprothèse.

Tableau 2 **I** Dépense totale des postes du 100 % santé et par panier en 2023

en M€

	Dépenses CSBM
Audioprothèses – 100 % santé	453
Audioprothèses - Tarif libre	1 542
Audioprothèses – Total	1 995
Optique (montures et verres) - 100 % santé	435
Optique (montures et verres) - Tarif libre	6 851
Optique (montures et verres) – Total	7 296
Prothèses dentaires – 100 % santé	3 448
Prothèses dentaires - Tarif maîtrisé	2 252
Prothèses dentaires - Tarif libre	1 473
Prothèses dentaires – Total	7 173

Source : Source : Comptes nationaux de la santé – Analyses complémentaires, 2024, Drees.

Le maintien d'une offre majoritairement constituée du tarif libre – voire très majoritairement s'agissant de l'optique – peut résulter de pratiques des offreurs qui peuvent orienter les choix des assurés vers l'offre à tarifs libres qui les rémunère davantage, même si elle se traduit pour les assurés par un reste à charge plus élevé, dans un contexte où les assurés connaissent mal les différences entre types de produits ainsi que le fonctionnement du 100 % santé.

Cette demande induite est facilitée par la solvabilisation par l'AMO et l'AMC de ces offres aux tarifs plus élevés.

[299] Lapinte A., Solotareff R., Pollak C., 2024, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2024, Les Panoramas de la Drees.

Plusieurs mesures peuvent donc être envisagées pour réduire le coût de l'optique, du dentaire et des audioprothèses pour l'AMC :

1. Allonger le délai de renouvellement des équipements optiques[300] (actuellement de 2 ans, à 3 voire 5 ans) voire des renouvellements d'audioprothèses en allongeant le délai de garantie légale.
2. Activer la clause permettant de diminuer le PLV des audioprothèses.
3. Doter la régulation d'éléments d'observation et d'analyses des prix de vente des dispositifs médicaux par les fabricants aux distributeurs, et d'analyses de leurs coûts, permettant d'ajuster la tarification au plus juste.
4. Etendre à l'optique et aux audioprothèses l'interdiction de la publicité définie pour le reste des dispositifs médicaux remboursables.
5. Inciter les professionnels à promouvoir le 100 % santé, par davantage de transparence sur les différences entre les équipements, des recommandations de bonne pratique, et des évaluations médico-économiques, de façon à mieux guider les choix des assurés et objectiver les prix.
6. Mettre en place, à l'instar du dentaire, un panier à tarif modéré pour les audioprothèses comprenant des prix limites de vente pour les aides auditives de classe 2. Pour ce panier, comme pour le panier à tarifs maîtrisés en dentaire, l'AMC doit rembourser le ticket modérateur (TM), mais est libre de prendre en charge ou non, en totalité ou partiellement, le remboursement des dépassements.
7. Réduire la prise en charge des paniers à tarifs libres par l'AMC (c'est-à-dire hors paniers 100 % santé et paniers à tarifs maîtrisés). S'agissant de biens où le niveau des garanties de l'AMC tend à fortement orienter le niveau des prix pratiqués, la réduction du niveau de prise en charge des paniers tarifs libres doit avoir pour effets d'une part d'orienter davantage le marché vers les paniers 100% santé (ou à tarifs maîtrisés s'agissant du dentaire) d'autre part de réduire le niveau des prix de ces paniers. Il conviendrait de ne l'appliquer qu'aux biens et prestations disposant d'une alternative thérapeutique dans le panier 100 % santé.

Trois options peuvent être envisagées :

a. Fixer les plafonds de prise en charge des paniers tarifs libres dans le cadre des CSR à des niveaux significativement inférieurs à ceux du panier 100 % santé. Cette option réduit l'impact sur les assurés en termes de reste à charge s'ils ont des difficultés à accéder à une offre 100 % santé, mais elle laisse subsister une solvabilisation qui permettrait d'y accéder. Cette option dégrade la lisibilité des contrats ;
b. Supprimer l'obligation (dans le cadre des CSR) de prise en charge du ticket modérateur pour les paniers à tarifs libres. Cette option permettrait aux OC de ne plus prendre obligatoirement en charge les paniers à tarifs libres et créerait donc une

[300] En précisant que ces délais s'appliquent sauf en cas d'équipement brisé ou d'évolution de la correction.

pression plus forte pour orienter vers les paniers 100 % ou tarifs maîtrisés et/ou modérer les prix des tarifs libres ; une telle option présenterait certes le risque d'un reste à charge accru pour le patient en cas de difficulté d'accès au panier À. Par ailleurs, une telle option n'aurait d'effet sur le marché qu'à condition que l'offre des OC comporte et valorise systématiquement des contrats ne prenant pas en charge ces produits à tarif libre tout en laissant un espace pour la concurrence, la différenciation commerciale entre contrats en termes de degré de couverture, et la liberté de choix des assurés sociaux ;

c. Sortir la prise en charge des paniers à tarifs libres du champ des prises en charge admises dans le cadre des CSR. Cette option est celle qui aurait l'effet régulateur le plus fort sur le marché : elle contraindrait probablement à une bascule massive vers les paniers A et à tarif maîtrisé. En revanche, elle créerait un risque de reste à charge pour les situations de difficulté d'accès aux paniers À au risque de limiter l'accès à des produits innovants.

B. La concentration croissante des dépenses de santé sur les affections de longue durée rend nécessaire de réexaminer les différentes modalités d'articulation entre AMO et AMC

Le déséquilibre exceptionnel de l'assurance-maladie aujourd'hui appelle des réponses de long terme.

C'est pourquoi on ne peut ignorer que, au-delà de la résorption souhaitable de ce déficit, notre système doit répondre au défi que représente **l'impact de long terme du régime ALD sur le financement des dépenses de santé.** La conjonction de la hausse de la population affectée de pathologies donnant lieu à reconnaissance d'une ALD, des coûts individuels de traitement des ALD, et de leur prise en charge à 100 % par l'AMO se traduisent à la fois, à politiques inchangées :

- par une part croissante des dépenses en lien avec les ALD dans les dépenses de santé ;
- par une hausse du taux de prise en charge des dépenses de santé par l'AMO ;
- par une polarisation croissante des dépenses de l'AMO autour des dépenses en lien avec l'ALD.

Stabiliser la part des dépenses de santé dans le PIB constitue déjà en soi un objectif exigeant : une telle stabilisation n'a été obtenue depuis 2010 qu'au prix d'efforts continus. Les pays développés ayant réussi à baisser la part de la dépense courante de santé dans le PIB constituent des exceptions[301].

Il en résulte que, si l'architecture de prise en charge et le régime des ALD restent inchangés, nous devrons faire un choix collectif entre :

[301] Seuls l'Irlande, le Danemark et la Norvège sont dans cette situation sur la période 2010-2022 selon les données internationales présentées par la Drees dans les comptes nationaux de la santé.

- accroître les prélèvements obligatoires affectés à l'AMO (sans que cela se traduise par une amélioration du niveau de prise en charge individuel) ;
- ou réduire la prise en charge des soins hors ALD à un point qui soulève des difficultés en termes de justice, d'accès aux soins et d'efficience du système : la séparation entre « gros risque » et « petit risque » n'a pas de sens en termes de santé, la réduction de la prise en charge des soins courants par l'AMO fragiliserait l'accès à des soins essentiels à la préservation de la santé et exacerberait les enjeux d'équité et d'accessibilité financière de l'acquisition de la couverture complémentaire.

Cette évolution structurelle des prises en charge amène à réinterroger les principes de prise en charge par l'AMO, soit en examinant différentes évolutions possibles des modalités de couverture des restes à charge élevés dans le cadre de l'architecture actuelle, soit dans le cadre d'autres scénarios d'articulation entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire.

Ce chapitre présente de façon très synthétique les principaux avantages et limites de scénarios polaires tels qu'ils ont été analysés dans le rapport de 2022. **Il est ici rappelé que le Hcaam ne soutient explicitement aucun de ces scénarios et qu'ils n'engagent pas les membres du Haut Conseil qui, à aucun moment, n'ont eu à se prononcer collectivement sur l'un ou l'autre de ces scénarios**.

1. Dans le cadre de l'architecture actuelle AMO/AMC, les réflexions tournent autour des évolutions possibles du régime ALD

a. Le dispositif des ALD rencontre d'importantes limites

Les améliorations doivent principalement répondre aux limites du dispositif de limitation des restes à charge élevés que sont les affections de longue durée (ALD).

Ce dispositif poursuit un objectif légitime de limitation des restes à charge les plus élevés.

Pour autant, il présente des limites connues :

- il n'empêche pas l'existence de situations de reste à charge avant AMC très élevés, que ce soit pour des personnes n'étant pas en ALD ou pour des patients en ALD. Du fait d'un niveau important de dépenses de soins hors ALD[302], les patients en ALD présentent en effet un reste à charge avant AMC supérieur de 80 % aux patients non ALD. Ainsi, 0,1 % des patients en ALD connaissent un reste à charge moyen de 12 000 €. La couverture par une complémentaire santé reste donc indispensable pour les patients en ALD pour éviter les restes à charge potentiellement catastrophiques pour ces assurés. Or, le régime ALD peut conduire certains patients à ne pas souscrire de couverture complémentaire en croyant être protégés par l'ALD, et à être confrontés ensuite à des restes à charge élevés (cet élément, conjugué au coût de la complémentaire santé pour les personnes âgées, peut contribuer à la proportion plus élevée de personnes non couvertes parmi les retraités modestes) ;

[302] Les dépenses des soins sans rapport avec l'ALD représentent un tiers des dépenses remboursables de soins des patients en ALD.

- son caractère binaire (exonération ou non de ticket modérateur) a pour conséquence de rendre non pilotable l'évolution de la part de prise en charge par l'AMO qu'induit le développement des pathologies chroniques et le renchérissement de leurs prises en charge. La conséquence en est un risque accru de concentration de l'assurance-maladie sur la prise en charge des affections de longue durée, les mesures de régulation passant par une hausse de la participation financière des assurés étant concentrées sur le périmètre hors ALD. Cela accroît l'écart de couverture entre soins sans ALD et soins hors ALD ;
- la liste des ALD, faute de révision, ne correspond plus totalement aux critères de longue durée ou de condition de thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- la gestion du périmètre des ALD (périmètre des affections, périmètre des produits et prestations bénéficiant de l'exonération de ticket modérateur) est très consommatrice de temps administratif et médical et donne lieu à des disparités de pratiques, source d'inégalités entre patients.

b. Créer un double régime d'ALD

Le rapport Igas-IGF de septembre 2024 sur les ALD propose d'introduire deux niveaux de régime ALD, en créant un premier niveau pour les ALD sans traitement très coûteux mais susceptible d'évoluer vers une forme grave et coûteuse. Pour le premier niveau, l'exonération de ticket modérateur serait recentrée sur les produits et prestations à visée préventive, pouvant inclure des activités non remboursées comme l'activité physique adaptée ; ce niveau d'ALD donnerait lieu à un suivi renforcé reposant notamment sur l'éducation thérapeutique du patient. Le second niveau serait inchangé.

Une telle réforme supposerait un important travail des administrations et de la haute autorité de la santé (HAS) pour établir les conditions d'éligibilité à l'un et l'autre niveau.

Selon le rapport cité, elle permettrait une économie comprise entre 0,4 et 0,6 Md€ pour l'AMO.

Toutefois, une telle réforme constitue un pur transfert AMO/AMC, pouvant renchérir le coût des complémentaires santé notamment pour les personnes âgées. Le renforcement de l'effort préventif mis en avant suppose d'une part que la disponibilité de professionnels pour assurer ce suivi renforcé et une observance de la part des patients.

c. Plusieurs options alternatives au régime ALD actuel peuvent être envisagées pour répondre aux objectifs de limitation des restes à charge élevés

Remplacer l'exonération des soins en ALD par un ticket modérateur réduit pour les personnes en ALD.

Une option consisterait à remplacer, pour les patients reconnus en ALD, l'exonération de ticket modérateur appliquée sur les prescriptions en lien avec l'ALD, un ticket modérateur spécifique aux patients en ALD, s'appliquant sur l'ensemble de leurs soins (qu'ils soient ou non en lien avec l'ALD), défini à partir du taux moyen de reste à charge des patients ALD.

Une telle évolution permettrait de rendre pilotables l'évolution des taux de remboursement : alors que le système actuel conduit à concentrer les évolutions sur les soins hors ALD, un tel dispositif permettrait de choisir comment répartir une évolution des

taux de remboursement entre patients ALD et patients non-ALD. Elle constituerait une simplification en supprimant la gestion du périmètre des produits et prestations bénéficiant de l'exonération de ticket modérateur. Elle présente toutefois le risque d'effets redistributifs importants entraînant des restes à charge très élevés pour certains patients. Il pose la question de l'assurabilité des patients ALD âgés sur le marché privé, dont le risque à âge donné est aujourd'hui comparable aux assurés du même âge[303].

Par ailleurs, elle réduirait l'intérêt des pouvoirs publics à agir sur l'augmentation des dépenses globales des ALD. En rendant possible des transferts de l'AMO vers l'AMC pour la population en ALD, elle viendrait augmenter le coût de la complémentaire santé pour les seniors (65% des personnes en ALD ont au moins 60 ans). Elle n'aurait donc pas d'impact sur la dépense globale, sa dynamique et son efficience.

2. Remplacer le mode de couverture des restes à charge élevés que représente le régime ALD par un dispositif de bouclier sanitaire

La question d'une révision du dispositif de limitation des restes à charge élevés amène à réinterroger le dispositif des ALD au profit de son remplacement par un bouclier sanitaire, c'est-à-dire un plafonnement annuel des participations des assurés sur le champ des montants remboursables :

- en-deçà d'un plafond de participations des assurés sur le champ des montants remboursables
- incluant le ticket modérateur, les franchises et les participations forfaitaires), les règles de participation actuelle seraient maintenues ;
- au-delà de ce plafond, la prise en charge des montants remboursables par l'AMO serait de 100 %[304].

Une telle réforme permettrait de garantir, mieux que le dispositif des ALD, l'absence de restes à charge extrêmes sur le champ des montants remboursables. Elle permettrait de se dispenser de la gestion du périmètre des ALD. Elle permettrait d'apporter une réponse à la question difficile du reste à charge à l'hôpital. Elle permettrait de mieux piloter l'effet de mesures de réduction du périmètre de l'AMO, en donnant le choix entre des mesures de ticket modérateur ou de franchise/participation forfaitaire, un relèvement du plafond, ou une combinaison des deux.

D'après le rapport Igas-IGF déjà cité, le niveau de plafond financièrement neutre pour les finances publiques se situe entre 500 et 1 000 euros par an.

---

[303] Adjerad R., Courtejoie N., 2021, Des restes à charge après AMO comparables entre patients âgés avec et sans ALD, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures, Etudes et résultats, n° 1180, Drees.
[304] Voir notamment le rapport de R. Briet, B. Fragonard et P-J. Lancry du 28 septembre 2007 Mission bouclier sanitaire, P-L. Bras, É. Grass, O. Obrecht de 2007 : « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », Droit social, 2007, G. De Lagasnerie et P-Y. Geoffard, 2012, « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », Economie et Statistique n°455-456.

Une telle réforme présente toutefois des limites :

elle induirait une redistribution entre patients par rapport à la situation actuelle, avec des perdants parmi les patients en ALD (supérieur à 80 % pour un plafond à 1 000 € selon le rapport Igas-IGF). Les personnes atteintes de pathologies chroniques pourraient atteindre plusieurs années de suite le plafond de reste à charge, subissant de ce fait un effet cumulatif sur leur situation financière : c'est pourquoi, en Allemagne, le plafonnement annuel est complété d'un plafonnement pluriannuel ;

- dès lors que le bouclier ne porte que sur la dépense remboursable, le reste à charge effectif pour le patient serait plus élevé que le plafond du bouclier sanitaire du fait des dépassements d'honoraires et des écarts possibles entre tarif de référence et prix réel (en matière d'optique, de dentaire et d'audioprothèse) – avec un risque de moindre lisibilité du système pour les assurés ;
- en rendant prévisible le reste à charge maximal sur le champ des dépenses remboursables, il pourrait conduire à une désaffiliation vis-à-vis de la complémentaire santé d'assurés bien portants et peu averses au risque, avec dès lors un risque possible de démutualisation sur le marché de la complémentaire santé du fait de la concentration des dépenses non remboursables (dépassements d'honoraires notamment) sur certains patients ;
- en rendant pilotables les effets des mesures de transfert de l'AMO vers l'AMC ou les patients, il pourrait les rendre plus faciles à réaliser, au risque de pénaliser financièrement l'accès aux soins courants pour des personnes recourant peu aux soins et les patients précaires non éligibles à la C2S. En cas de transferts répétés, le bouclier sanitaire tend vers une super-franchise en base.

La mise en place d'un bouclier sanitaire supposerait de déterminer si le plafond est uniforme ou modulé selon les revenus : les deux options peuvent s'envisager, un bouclier sanitaire n'implique pas nécessairement une différenciation ou non de celui-ci.

Un plafond uniforme aurait pour inconvénient de laisser un reste à charge proportionnellement plus élevé pour les ménages modestes mais non éligibles à la C2S ; il impliquerait un taux d'effort des ménages (hors contribution au financement de l'AMO) décroissant avec les revenus.

Un plafond modulé selon les revenus pourrait induire un niveau de plafond élevé pour certains ménages, au risque d'affaiblir significativement la couverture offerte par l'assurance-maladie pour ces ménages et donc l'adhésion autour du système. L'universalité de principe de la couverture par l'assurance-maladie constitue un élément important dans le consensus social qu'elle génère. Réduire la protection qu'elle apporte pour certains ménages du fait d'un plafond plus élevé pourrait remettre en cause ce consensus.

3. Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée

Ce scénario reviendrait à achever la logique de généralisation de la couverture complémentaire santé, en l'étendant aux populations aujourd'hui non concernées. Il consacre le couple AMO/AMC comme étant le socle de la protection sociale en matière de santé.

Il reposerait sur la juxtaposition d'un socle commun de garanties obligatoires à tous les contrats, et la proposition par les OC de garanties supplémentaires facultatives qui constitueraient un 3e étage.

Ce scénario peut comprendre plusieurs variantes :

- soit la tarification du contrat socle pourrait être libre, la standardisation favorisant la concurrence en prix pour un bien homogène (Dormont *et al.* 2014[305]) ;
- soit elles pourraient reposer sur une tarification au risque collectif, assurant l'équilibre à l'échelle nationale, en supprimant par exemple la tarification à l'âge ;
- soit elles pourraient rester libres mais devoir respecter un écart maximal entre la prime la plus basse et la plus élevée.

Un tel scénario permettrait de remédier aux inégalités de conditions d'accès selon la situation professionnelle et, selon la variante retenue, de limiter le renchérissement de la complémentaire pour les personnes âgées. En garantissant une meilleure équité dans l'accès à la couverture complémentaire, il rendrait plus acceptables des évolutions de périmètre entre AMO et AMC notamment pour répondre à la part croissante des ALD dans les prises en charge AMO.

Ce dispositif ressemble à l'organisation en trois étages de la retraite en France (retraite de base, retraite complémentaire obligatoire, retraite supplémentaire) ou à la prise en charge des frais de santé en Belgique.

Le scénario chiffré par le Hcaam avec des primes forfaitaires aboutit à un effet redistributif favorable aux assurés âgés.

Il présente toutefois pour inconvénients d'aboutir à reclasser en prélèvements obligatoires les cotisations d'assurance complémentaire en santé (soit une hausse du taux de prélèvements obligatoires de 1,5 point de PIB), d'accroître le coût du travail et de réduire la liberté de choix dans le niveau de couverture.

Un tel scénario possède donc des propriétés comparables à un scénario d'accroissement des taux de remboursement par l'AMO, à la différence notable qu'il maintient à l'identique les coûts de gestion qu'implique l'architecture actuelle résultant de la superposition d'un étage d'AMO et d'un étage d'AMC assuré par plusieurs gestionnaires. Il présente également les mêmes défauts, en particulier celui de ne pas traiter des déterminants de la dépense globale.

4. Accroître les taux de remboursement de la sécurité sociale

Ce scénario vise à clarifier le rôle de chacun :

- l'AMO pour les besoins de protection commune ;
- les AMC pour des besoins spécifiques, notamment ceux générés par les situations professionnelles ou territoriales.

[305] Dormont B., Geoffard P-Y., Tirole J., 2014, Refonder l'assurance-maladie », Note du conseil d'analyse économique, n° 12.

En effet, aujourd'hui, pour une part significative des personnes couvertes, l'intervention de l'AMC se limite à rembourser le reste à charge sur la base de remboursement de la sécurité sociale.

Dès lors que l'intervention de l'AMC serait recentrée sur des besoins spécifiques, les contraintes réglementaires auxquelles elle est soumise pourrait être allégée et les aides socio-fiscales à l'acquisition d'une complémentaire pourraient être réduites voire supprimées.

Un tel scénario éviterait l'impact mécanique des ALD sur le taux de prise en charge par l'AMO : la dépense d'AMO évoluerait plus spontanément comme la dépense de santé

En outre, ce scénario vise plusieurs objectifs :

- renforcer l'équité verticale dans le financement en substituant aux primes d'assurance des contributions proportionnelles aux revenus ;
- limiter les renoncements aux soins et leurs conséquences délétères au niveau sanitaire en offrant à tous une couverture à 100 % du panier de soins admis au remboursement, autrement dit renforcer l'équité horizontale dans la consommation (« à chacun selon ses besoins »), en garantissant l'accès financier aux soins à l'ensemble de la population, alors que « l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins »[306];
- simplifier le système, permettant de réduire la charge administrative pour les assurés et les offreurs de soins ;
- faciliter les réformes des modes de rémunération des professionnels et des établissements vers des formes mixtes (alliant notamment rémunération forfaitaire et paiement à l'acte).

Une telle réforme conduirait assurément à une contraction très importante du marché de la complémentaire santé sous un double effet : une réduction mécanique de son champ d'intervention ; la désaffiliation d'un certain nombre d'assurés et d'entreprises qui ne trouveraient plus utile le cas échéant de souscrire une assurance complémentaire santé. Son impact sur l'économie des opérateurs concernés, sur l'emploi et ses différents effets de second tour sur les finances publiques ne doivent pas être négligés.

Si ce scénario accroît donc la dépense d'AMO et le niveau des prélèvements obligatoires, il permet une réduction significative de la dépense courante de santé incluant les frais de gestion de la santé. Il permettrait à la collectivité de récupérer l'économie offerte par la suppression d'une fraction importante des charges de gestion des complémentaires (qui représentent 8,3 Md€ en 2023). Cette fraction était chiffrée à 70% dans le rapport du Hcaam de 2022.

[306] C Després *et al.* « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », Questions d'économie de la santé, IRDES, 2011 et M. Castry *et al.* « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share », Revue d'économie politique 2019.

Cette économie pourrait :

- soit être affectée aux acteurs économiques contribuant au financement de l'AMO et de l'AMC (ménages et entreprises) : c'était le scénario retenu par le Hcaam dans son rapport de 2022. Une majorité de ménages et d'entreprises cesserait de payer des cotisations à l'AMC, réalisant une économie supérieure à la hausse de prélèvements obligatoires affectée à l'AMO nécessaire au financement de la prise en charge des tickets modérateurs ;
- soit bénéficier, indirectement, à la réduction du déficit de l'AMO, conformément à l'objectif de la saisine du Premier ministre adressée aux Hauts conseils. En effet, à niveau inchangé de contributions à l'AMO et à l'AMC, la baisse des primes créerait un espace pour accroître les prélèvements obligatoires affectés à l'AMO, permettant indirectement d'orienter l'effet de la réduction des coûts de gestion de l'AMC vers la réduction du déficit de l'AMO.

Comme les autres scénarios de périmètre, ce scénario n'aurait pas en soi d'impact sur la dépense globale, sa dynamique, son efficience et sa qualité. Il entraîne des effets redistributifs entre ménages et entreprises (dépendant des prélèvements retenus).

Il est rappelé que les travaux du Hcaam publiés en 2022 ne contenaient pas de projection prospective qui serait nécessaire pour appréhender les capacités financières de l'AMO à accompagner les innovations et les évolutions des besoins des assurés sociaux et la rémunération des professionnels de santé. L'importante réduction du champ d'intervention des complémentaires réduirait leur capacité à développer des prises en charge innovantes. La question des dépassements d'honoraires constituerait un enjeu crucial. Dans un scénario où les dépassements d'honoraires ne seraient pas couverts par l'AMO pourrait se développer une AMC duplicative, à l'instar de la Grande-Bretagne où s'est développée, aux côtés d'un système public d'assurance, une assurance privée permettant un accès privilégié à des soins échappant à la régulation tarifaire publique.

5. Décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC

Ce scénario part du constat que, pour une majorité de leurs prestations, notamment pour les contrats individuels, le rôle des organismes complémentaires se limite à rembourser les copaiements des tarifs de responsabilité (tickets modérateurs, forfaits journaliers à l'hôpital) laissés par la sécurité sociale, sans réelle possibilité de contractualiser avec les professionnels de santé ou de gérer le risque. La régulation actuelle des contrats responsables contraint les organismes complémentaires à prendre en charge ces copaiements. Sur cette partie de leur activité, leur apport consiste alors à favoriser l'accès financier aux soins, résultat qui pourrait être obtenu de manière plus efficiente par une simple suppression de ces copaiements.

La très forte diffusion dans la population de l'AMC sur un copaiement avec l'AMO constitue plutôt une spécificité française :

- la population couverte par une assurance-maladie privée est inférieure au taux de couverture français dans la plupart des systèmes étrangers ;

- dans les pays à systèmes nationaux de santé, elle joue un rôle « duplicatif » c'est-à-dire qu'elle permet un accès à des offreurs de soins privés (plus rapidement, avec un meilleur confort) ;
- dans les pays à système d'assurance-maladie publique, elle peut jouer un rôle comparable à celui qu'elle joue en France (Slovénie, Luxembourg), mais peut aussi concentrer son intervention sur des prestations non couvertes par l'AMO.

Le scénario de décroisement se rapprocherait de l'exemple du Canada, où environ deux tiers de la population sont couverts par une assurance supplémentaire privée qui prend en charge les soins non couverts par le système public (médicaments, soins et prothèses dentaires, audioprothèses, lunettes, une partie des soins paramédicaux et des dispositifs médicaux…).

Ce scénario a pour objectif de clarifier les rôles de l'AMO et des organismes d'assurance privés d'autre part, de simplifier radicalement la régulation actuelle, et de s'appuyer sur ces organismes d'assurance privés pour l'accès aux soins de la population sur leur panier de soins.

En particulier, dans ce scénario, la concurrence entre organismes privés les inciterait à déployer leurs efforts de structuration de l'offre et de contractualisation sélective avec les offreurs de soins, à travers notamment les réseaux de soins, mais aussi de services à destination des assurés et de diffusion du progrès technique centrés sur ce panier de soins.

Ce scénario redonne des marges de liberté :

- pour les organismes privés de construire leur offre de contrat, de contractualiser avec les professionnels de santé sur leur panier de soin ;
- pour les assurés de choisir leur contrat d'assurance privée en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

Ce scénario peut permettre de supprimer les charges de gestion qu'induit la double liquidation.

Un tel scénario repose sur l'hypothèse qu'un seul acteur pleinement responsable de la régulation d'un secteur sera plus à même d'améliorer l'efficience des prestations que l'intervention croisée actuelle. Il supposerait que les AMC disposent de tous les leviers de gestion du risque nécessaires à leur activité pour piloter la dépense, négocier les tarifs, lutter contre la fraude, mettre en place des actions ciblées de prévention, etc.

Il supposerait de porter à 100 % du tarif remboursable le niveau de remboursement par l'AMO du panier de soins sur lequel elle continuerait à intervenir, et de supprimer sa participation à la prise en charge des soins et prestations situées hors de son périmètre.

Dans le rapport de 2022, l'intervention des assureurs privés était ainsi recentrée sur les éléments sur lesquels ils sont aujourd'hui seuls (dépassements d'honoraires, suppléments en cas d'hospitalisation) ou majoritaires (optique, dentaire, audioprothèses, médicaments à SMR modéré, voire médicaments à 65 % hors ALD). Un tel scénario accroîtrait légèrement le périmètre de l'AMO et induirait une faible substitution de prélèvements obligatoires affectés au financement de l'AMO à des cotisations destinées à l'AMC. Il conduirait à une

baisse du degré de couverture par l'assurance-maladie complémentaire et donc à une réduction des coûts de gestion, difficilement modélisable, mais qui pourrait bénéficier indirectement à la réduction du déficit de l'AMO *via* une hausse des prélèvements obligatoires et une baisse des primes, en maintenant un niveau de financement identique entre AMO et AMC (selon le même raisonnement que dans le scénario précédent).

Une variante pourrait constituer à transférer à l'AMC des prestations dont on considère qu'elles pourraient être mieux régulées par les assureurs privés, qui ne seraient pas soumis aux mêmes contraintes politiques que celles auxquelles est soumis le régulateur de l'AMO. Un tel argument pourrait par exemple plaider pour confier aux assureurs le soin de réguler les transports sanitaires.

Enfin, ce scénario de décroisement pourrait être envisagé dans le cadre d'une refonte du partage des rôles entre employeurs et AMO sur le champ du risque d'incapacité temporaire de travail (cf. supra). Une prise en charge complète par l'employeur des arrêts maladie de courte durée, le cas échéant dans un cadre mutualisé auprès d'assureurs, répondrait aux objectifs de responsabilisation accrue de l'employeur sur l'absentéisme maladie de courte durée et d'une plus grande cohérence des interventions entre l'AMC, repositionnée sur une couverture dans un cadre professionnel de risques en lien avec le travail, et l'AMO repositionnée sur des dépenses appelant un financement universel.

***

Ces scénarios polaires, présentés de façon très synthétique, ne font pas consensus parmi les membres du Hcaam. L'architecture actuelle de prise en charge présente plusieurs limites connues, en termes d'équité, de cohérence, de coût, et tant la situation financière de l'assurance-maladie que sa part croissante dans la prise en charge des dépenses de soins appellent à repenser cette architecture.

Au vu de l'imbrication très forte de cette architecture avec le champ professionnel et de ses multiples effets, une telle refonte supposerait au préalable une négociation interprofessionnelle.

VII. Mot de conclusion

L'examen des leviers mobilisables pour retrouver l'équilibre financier de l'assurance-maladie montre que de multiples solutions existent et que la voie du retour à l'équilibre est atteignable. L'ampleur historique du défi est toutefois telle que nous ne sommes pas dans la situation de pouvoir choisir entre certains moyens à l'exclusion d'autres : il faut mobiliser l'ensemble des instruments disponibles.

Il montre tout d'abord que ce retour à l'équilibre, sans dégrader l'accès de la population à la santé et même en lui permettant de continuer à bénéficier des progrès scientifiques, suppose une transformation profonde du système de santé : de son organisation, de sa structuration, de ses modes de financement et de régulation. La plupart des propositions s'inscrivent dans un horizon de moyen / long terme.

Par ailleurs, les leviers relatifs à la seule efficience du système de santé, s'ils doivent être activés résolument et mobilisés de façon plus effective que jamais, ne suffiront pas à ramener l'assurance-maladie à l'équilibre : le quantum d'économies d'efficience identifié, de façon volontariste, par la Cour des comptes dans sa note de synthèse d'avril 2025, permet tout juste de documenter les économies nécessaires pour contenir la progression de l'Ondam à un niveau permettant de stabiliser le déficit, face à la dynamique structurelle des dépenses de santé, résultant de la démographie, de l'épidémiologie et de l'innovation, et de la dérive spontanée du taux de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance-maladie obligatoire. Cela ne représente qu'un peu moins de la moitié de l'effort nécessaire pour ramener l'assurance-maladie à l'équilibre à horizon 2029.

Partant de là, le reste de l'effort devra être réalisé :

- soit par des mesures de périmètre d'une telle ampleur qu'elles constitueraient une véritable remise en cause de notre système de prise en charge de santé, et même de sa régulation, sans accroître en rien son efficience ;
- soit par un relèvement des ressources allouées à l'assurance-maladie, comme cela a été réalisé au cours de la décennie 2010.

Chapitre 2

Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficience par la prévention et des réponses diversifiées

Les propositions du Conseil de l'enfance et de l'adolescence concernant les enfants visent ici des diminutions de dépenses de sécurité sociale par une prévention généraliste. Conformément à ses missions, le Conseil instruit et propose des conditions plus favorables à la protection et au développement global des enfants et des adolescents, dans le respect de leurs droits, et avec leur participation au travers d'un collège de 12 enfants et adolescents qui s'exprime en qualité de membre. En lien avec les mesures de soutien à la parentalité, qui favorisent les conditions de vie des enfants et l'emploi, une meilleure efficience devrait prendre appui sur une vision stratégique des spécificités de l'enfance et de l'adolescence.
Les dépenses de protection sociale s'appuient sur des recettes, notamment le taux d'emploi, sur des transferts entre différentes catégories de la population, et sur la redistribution. Le taux d'emploi des parents, et sa qualité, constituent à la fois l'un des socles de recettes de la sécurité sociale et le socle d'une sécurisation des conditions favorables au développement des enfants, ce qui préserve l'avenir.

Compte tenu du principe des transferts, les déficits actuels constituent une dette potentielle pour les générations futures[307]. Or il s'avère que les diagnostics disponibles dans les recherches et études publiques sur la situation des enfants et des jeunes[308] montrent qu'une part importante d'entre eux pâtissent déjà des défauts d'anticipation des réponses à leurs besoins fondamentaux. Ne serait-ce que le premier : les enfants doivent être entourés d'adultes fiables tout au long de leur développement et dans toutes les sphères de leur vie, naissance, accueil, éducation, santé, prise d'autonomie et de responsabilité. La perte de chance liée au manque de professionnels de l'enfance, et d'acteurs formés[309] dans de nombreux domaines, ne trouve pas de réponse actuellement.

Comment protéger l'avenir, et répondre aux **besoins actuels non couverts** dans l'offre de soin et d'accompagnement socio-médico-psycho-éducatif, faute d'anticipation notamment sur la démographie des professionnels de l'enfance ?

À partir de ses travaux, le Conseil de l'enfance s'attache dans ce chapitre, d'une part, aux questions de santé et de santé mentale de l'enfant, et d'autre part, aux possibilités d'une prévention dès la première enfance. Il commence par rappeler l'urgence de réduire la

[307] Voir Principe n° 1 du rapport (réduire la dette).
[308] Le Livre blanc du travail social, 2023, en ligne : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-12/Livre-blanc-du-travail-social-2023.pdf.
[309] ONPE, 2022, *La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *op. cit.*, Annexes I.4 et V.4.

mortalité infantile (I). Dans le cadre de « La santé mentale grande cause nationale 2025 », il présente un focus sur la santé mentale et la consommation de médicaments psychotropes par les enfants et les adolescents (II). Il y ouvre la piste d'une réduction de ces prescriptions, compte tenu de leur forte augmentation, hors Autorisation de mise sur le marché, pour des enfants très jeunes, sur des durées beaucoup plus longues que celles recommandées, et dont les effets indésirables sont de mieux en mieux documentés[310]. La santé est tributaire de déterminants sociaux sensibles à l'action publique, comme la lutte contre la pauvreté dès la petite enfance (III) (voir aussi partie I et partie III ch.3). Enfin, ce chapitre ouvre sur la santé environnementale (IV) et propose des actions concrètes, favorables aux mobilités actives, au contact avec la nature, face à des enfants et adolescents qui ne sortent plus, se replient sur le virtuel, au risque de leur croissance et de leur équilibre psychologique.

Pour le Conseil de l'enfance, la réduction des dépenses de santé de l'enfant passe avant tout par une vision stratégique des impacts collatéraux des besoins non couverts à travers :

- une infrastructure de recherche pour rassembler des données mieux centrées sur les enfants reliant chercheurs–administrations–utilisateurs[311] ;
- un travail législatif spécifique de mesures d'impact : installer une commission Enfance au Sénat et le renforcement des compétences de la délégation aux droits de l'enfant de l'Assemblée nationale ;
- une vision stratégique de l'offre de médecine générale de l'enfant et de l'adolescent diversifiée, coordonnée, de proximité et accessible rapidement aux problématiques de santé mentale ;
- une réduction de la perte de chance cumulée pour les enfants, en situation de handicap, de pauvreté, en protection de l'enfance[312], par la qualité et la coordination des services qui s'occupent des enfants ;
- une prévention en santé environnementale : place des enfants dans les espaces publics, mobilités actives, réduction des écrans et des pollutions (air/eau/bruit), accès à la nature, qualité des logements et abords, classe dehors.

[310] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. Compléments au rapport 2023*, Rapport.

[311] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2019, Des recherches et des données mieux centrées sur les enfants et les adolescents, Rapport.

[312] Voir le Rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance. Voir également, apprentis d'Auteuil, 2023, La protection de l'enfance à l'horizon 2030-2035 : https://www.apprentis-auteuil.org/sites/default/files/medias/file/2023/11/Prospective-PdE-2023_Synthese.pdf.

Réduire la mortalité infantile : une urgence médicale et sociale

Le coût humain du décès d'un enfant ne saurait s'évaluer, mais les études de cas, la reprise des dossiers des patients et les comparaisons internationales rappellent que l'accident, l'imprévisible ou la fatalité se cumulent parfois avec des facteurs de risques réductibles.

En 2022 la France apparaît au 23e rang sur 27 des États au sein de l'Union européenne, et la mortalité infantile remonte depuis une dizaine d'année, passant, selon l'Insee, de 3,5 à 4,1 décès pour 1 000 naissances entre 2011 et 2024[313]. Comme l'Ined le rappelle, le taux de mortalité infantile constitue un indicateur clé de la qualité des soins périnatals et des politiques de santé publique[314]… Ainsi que l'indique Magali Barbieri, directrice de recherche, « *Cette stagnation de la mortalité infantile en France contraste avec les progrès observés ailleurs en Europe et pose un véritable défi pour notre système de santé* ».

Rappelons notamment les facteurs défavorables identifiés parmi lesquels les difficultés d'accès aux soins, la diminution des capacités des services de PMI[315], les localisations des maternités… L'Insee constate que ce sont les mères les plus jeunes, notamment parce qu'elles ont un moins bon suivi, et les plus âgées (pathologies préexistantes, complications), les naissances multiples, prématurées, les mères vivant dans les Drom, et d'une façon générale les plus pauvres et isolées qui sont les plus exposées à ce risque. Pour l'Ined, « *Si une étude récente suggère que des changements de définition concernant les naissances vivantes ont pu en partie contribuer à cette évolution défavorable, il semble que d'autres facteurs soient également en cause. Facteurs médicaux et état de santé des mères, inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, qualité de la prise en charge : plusieurs hypothèses doivent être explorées pour comprendre et enrayer cette évolution* »[316].

La prise de conscience est en cours et des projets de mesures sont actuellement avancés. C'est aussi ce que pointe le récent rapport du Sénat sur les soins néonatals[317], qui souligne la hausse préoccupante de la mortalité infantile et appelle à « *apporter une réponse organisée et assumée à la fragilité actuelle de l'offre de soins périnatals, qui fait peser des risques sur la santé des mères et des nouveau-nés, et menace l'équité sociale et territoriale* ». Il préconise « *une réorganisation de l'offre de soins assurant une sécurisation accrue des accouchements et, parallèlement, un renforcement du suivi en proximité durant la grossesse et après la naissance, notamment en assurant de meilleurs maillage et coordination des*

[313] Insee, Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France, *Insee Première*, n° 2048.
[314] Ined, Communiqué, Une mortalité infantile plus élevée en France que chez ses voisins - Espace presse - Ined - Institut national d'études démographiques, 20 03 2025.
[315] Rapport parlementaire, 2019, Michèle Peyron, Pour sauver la PMI, agissons maintenant !
[316] Ined, 2025, op. cit.
[317] Jacquemet A., Guillotin V., 2024, *Transformation de l'offre de soins périnatals dans les territoires : le travail doit commencer*, *L'Essentiel*, Rapport d'information, n° 753 (2023-2024), tome I, déposé le 10 septembre.

professionnels de santé de soins primaires au premier rang desquels les sage-femmes, les médecins généralistes et les professionnels des services de protection maternelle et infantile ».

Le halo des causes de cette augmentation demande en effet à être mieux documenté. « *Il faut sans doute rechercher une aggravation des conditions démographiques, culturelles, sociales et économiques d'une fraction de la population. Les facteurs environnementaux sont nouvellement évoqués. La constitution d'une meilleure connaissance des circonstances de décès est nécessaire avec, entre autres, une fiche individuelle établie à chaque décès en comparaison avec le reste de la population, en sus du certificat de décès nouveau établi à partir de 2025.*[318] » À cet égard l'approbation en première lecture par l'Assemblée nationale le 16 mai d'une proposition de loi visant à lutter contre la mortalité infantile[319] comportant la création d'un registre des naissances pour mieux comprendre les causes de la mortalité infantile, et un moratoire de trois ans sur la fermeture des maternités montre une volonté politique d'agir – bien que le poids de cette baisse du nombre de maternités sur l'augmentation des décès soit discuté. Une meilleure organisation territoriale des soins, la coordination entre médecine de ville, à l'hôpital et en PMI aux moyens renforcés, et une prévention auprès des publics le plus vulnérables, sont ainsi mis en avant par la Cour des comptes notamment[320].

L'arrivée d'un bébé est une période sensible pour tous les parents : « *Les relations parent/nouveau-né alors en construction, peuvent être affectées par les difficultés vécues et des manifestations de symptômes. Ils sont perçus alors comme signes d'appel à repérer par les professionnels de PMI et à prendre en compte notamment par les psychologues cliniciens travaillant au sein des différents lieux en charge de la petite enfance : centres de PMI, structures d'accueil collectif et individuel du jeune enfant et grâce à leur connaissance du terrain et leurs aptitudes à détecter des signaux d'appel ou de risques. Alors que des "troubles" peuvent s'installer lorsque ces signaux et symptômes n'ont pas été entendus ou travaillés avec les familles* »[321]. Sur des personnes fragilisées, un manque de temps, d'outil ou de personnels, la rigidité d'une procédure, de normes, ou l'informatisation des administrations peuvent générer un vécu d'exclusion ou de négligence institutionnelle qui compromet l'aide et le soin.

Pour ces différentes raisons, le Conseil de l'enfance du HCFEA revient au fil de ce chapitre sur ses analyses et propositions relatives aux politiques de santé mentale, d'accompagnement de la parentalité et de la petite enfance plus inclusives et qualitatives dès la naissance. Ces propositions visent à favoriser la mise en lien précoce des parents avec des offres aux formats multiples et flexibles, donc plus proches. Il s'agit de faciliter les conditions d'accès

---

[318] Bernard Branger, Alain Mouzard, *Évolution de la mortalité infantile en France de 1900 à 2024 : facteurs explicatifs sociaux, culturels, économiques et sanitaires*, Archives françaises de pédiatrie, à paraître. ⟨hal-05020411⟩.

[319] Proposition de loi, n° 1237, 17e législature, Assemblée nationale, déposée le 1er avril 2025.

[320] Voir notamment le rapport de la Cour des comptes, 2024, *La politique de périnatalité ; Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier*.

[321] L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale, Compléments au rapport 2023, Pierre Suesser, p. 13.

aux soins de qualité de la mère et l'enfant – y compris dans les situations de vie complexes, ou précaires (outre-mer et en métropole[322]) – et par une prévention « prévenante » de l'aller-vers, incluant les facteurs de risques psychosociaux, par le recours à des médiatisations, auxquels s'ajoute le décloisonnement des opérateurs, plus favorable à un meilleur accueil et bien-être physique et psychologique de la mère, de l'enfant[323] et du couple, en particulier les plus jeunes, isolés, ou fragilisés et quels que soient le milieu et le contexte de vie. Ces acteurs renforcent la prévention et l'accès aux soins par leur connaissance du terrain et leurs aptitudes à détecter des signaux d'appel ou de risques.

I. Santé mentale : vers une régulation de la consommation de médicaments psychotropes par les enfants

A. Les besoins de soins en hausse, des réponses insuffisantes, et des risques de prescriptions médicamenteuses par défaut

Ces dernières années, de nombreux rapports[324] démontrent une détérioration manifeste de la santé mentale des jeunes de notre pays. Les travaux du Conseil de l'enfance du HCFEA, menés depuis 2022 sur la santé et la santé mentale des adolescents font, avec plusieurs autres organismes publics[325], le constat d'un « effet-ciseau » entre, d'un côté, une dégradation de l'état de la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes, et de

[322] HCFEA Conseil enfance, 2022 Santé et scolarisation des enfants de moins de six ans en Guyane à Mayotte et à la Réunion.

[323] HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal. Comment les aider ?*, Rapport.

[324] Amiel M., 2017, *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, Rapport d'information n° 494, Sénat ; Dru A., Gautier A., 2021, *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*, Rapport Cese ; HAS, 2021, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*, Note de cadrage ; Défenseur des droits, 2021, *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*, Rapport ; Cour des Comptes, 2023, *La Pédopsychiatrie*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2024, *op. cit.* ; SFPEADA, 2024, *Quelle pédopsychiatrie pour le second quart du XXIème siècle ?*, Rapport ; Unicef France, 2024, *Consultation nationale des 6-18 ans. Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social*, Rapport.

[325] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. Compléments au rapport 2023*, Rapport. ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2024, *Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents*, Avis ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023, *op. cit.* ; Comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, 2023, Ma santé, notre avenir. Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale, Rapport préparatoire aux assises de la santé de l'enfant ; Dru A., Gautier A., 2021, *op. cit.* ; Commission des Affaires sociales et santé, 2025, La santé mentale des jeunes, Projet d'avis sur la santé mentale des jeunes, Cese.

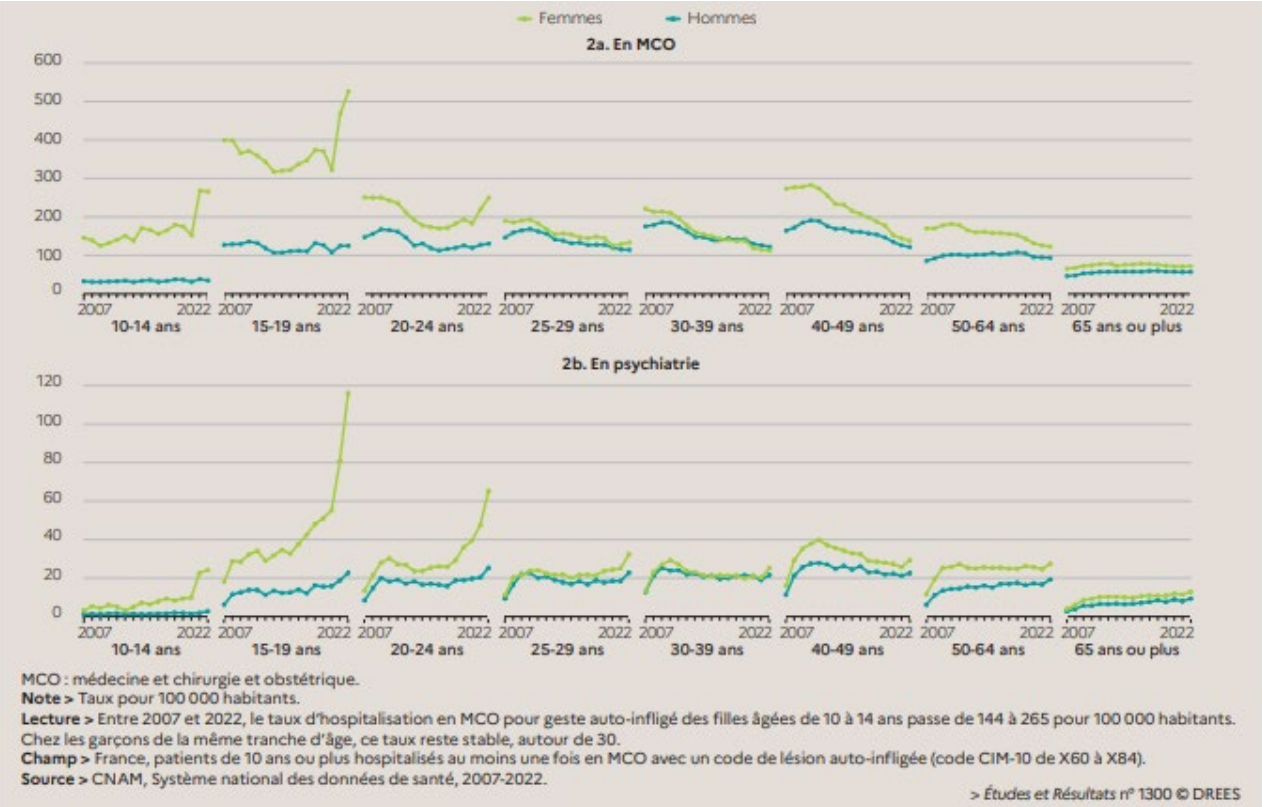
l'autre, une insuffisance de réponse par des soins ajustés, et disponibles[326]. Agir sur cet « effet ciseau » est ainsi un enjeu spécifique d'investissement pour préserver l'avenir en répondant aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents. Cette aggravation est apparue durant la pandémie de Covid-19, mais continue depuis. La stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, DYS, TDAH, TDI[327] est en cours de déploiement et des programmes de prévention et d'éducation à la santé et la santé mentale des enfants sont portés par les autorités de santé et Santé publique France. Cependant, il y autour de l'offre de médecine générale de l'enfant et de l'adolescent[328], y compris la médecine scolaire[329], et en pédopsychiatrie[330], des besoins non couverts importants et une offre de soin et d'accompagnement de l'enfant et de l'adolescent insuffisante et difficile à mobiliser, faute de professionnels et d'acteurs formés[331].

Il conviendrait d'évaluer les surcoûts de dépenses de santé dus au retard d'accès et à l'éloignement des aides proposées, que constatent les médecins et les autres soignants dans la clinique du quotidien. Cette perte de temps et de chance génère l'aggravation, voire la chronicisation des troubles mentaux, mais aussi des symptômes somatiques et des fragilisations des parcours scolaires, d'apprentissages et des rapports sociaux des jeunes.

La détresse des enfants et des adolescents transparaît notamment dans la fréquence d'hospitalisation de jeunes patients pour des gestes auto-infligés. Entre 2007 et 2022, ce taux est supérieur aux autres classes d'âge et augmente significativement pour les 15-19 ans, et en particulier des filles, en médecine chirurgie obstétrique (MCO) et surtout en psychiatrie (Graphique 1)[332]. Selon la Drees[333], « *Les données 2024 montrent que l'augmentation persiste et s'accentue : elle est particulièrement marquée chez les très jeunes filles âgées de 10 à 14 ans avec une progression de + 22 % entre 2023 et 2024 tandis qu'elle atteint + 14 % chez les 15-19 ans* ».

[326] Voir ONPE, 2022, *La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement* ; HCFEA, Conseil enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal*, Annexes I.4 et V.4.
[327] https://handicap.gouv.fr/troubles-du-neurodeveloppement-autisme-dys-tdah-tdi.
[328] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2021, *La traversée adolescente des années collège*, Rapport.
[329] *Op. cit.*, Annexe I.3.
[330] Rapport HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023, Quand les enfants vont mal, comment les aider ? ; Annexe I.
[331] ONPE, 2022, *op. cit.*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023, Annexes I.4 et V.4.
[332] Voir aussi Santé publique France, bulletin, 2025, Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023, Bulletin : « *en 2023, les jeunes filles et jeunes femmes de 11 à 24 ans présentaient les taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé les plus élevés, notamment les jeunes filles de 15 à 17 ans avec 737 hospitalisations pour 100 000* ».
[333] Drees, communiqué, 2025, *Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes hospitalisées pour tentatives de suicide et automutilations progresse à nouveau en 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*.

Graphique 1 **I** Taux de patients hospitalisés pour geste auto-infligé, pas sexe et classe d'âge, entre 2007 et 2022



MCO : médecine et chirurgie et obstétrique.
Note > Taux pour 100 000 habitants.
Lecture > Entre 2007 et 2022, le taux d'hospitalisation en MCO pour geste auto-infligé des filles âgées de 10 à 14 ans passe de 144 à 265 pour 100 000 habitants. Chez les garçons de la même tranche d'âge, ce taux reste stable, autour de 30.
Champ > France, patients de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code de lésion auto-infligée (code CIM-10 de X60 à X84).
Source > CNAM, Système national des données de santé, 2007-2022.
> *Études et Résultats* n° 1300 © DREES

Le Conseil de l'enfance invite à une approche plurielle, de prévention globale et de soins diversifiés, en lien avec l'environnement familial et éducatif, et en portant une attention spécifique aux enfants en situation de vulnérabilité particulière, voire en cumul de vulnérabilités (handicap, enfance protégée, précarité, et enfants ultramarins).

De même le rapport *Charges et produits de l'Assurance maladie* (2025) indique une augmentation de troubles psychiatriques des 12-25 ans, avec une prévalence des pathologies plus importante chez les plus défavorisés : « *c'est notamment le cas :*

- *des maladies neurologiques : 1,2 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 0,7 % pour les non-bénéficiaires ;*
- *des maladies psychiatriques : 4,3 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 2,4 % pour les non-bénéficiaires ;*
- *des maladies respiratoires : 3,3 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 2,3 % pour les non-bénéficiaires* »[334].

Bien que la feuille de route des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant soit encore en instance[335], le gouvernement a bien saisi l'urgence d'inscrire la santé mentale comme

[334] Cnam, 2024, *Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025*, juillet, p. 160.
[335] Feuille de route 2024 - 2030 pédiatrie et santé de l'enfant, *in* *Dossier de presse des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant*, 2023.

grande cause nationale pour 2025. L'annonce le 11 juin 2025 par le ministre de la Santé d'un nouveau Plan Psychiatrie et santé mentale autour de trois axes : « repérer », « soigner et mettre en place une psychiatrie de proximité lisible et accessible » et « reconstruire er renforcer la formation et la coordination en matière de santé mentale » confirme une volonté de marquer l'urgence d'agir, mais à ce stade sans mesures financières supplémentaires[336].

Le Conseil enfance appelle à une réponse aux problématiques de mal-être, de santé et de souffrance psychique spécialisée, territorialisée et graduée[337]**.** Il engage à préserver la prévention et les approches plurielles de soin et d'accompagnement prenant en compte les spécificités de chaque territoire et la gravité des problématiques pour rendre le plus efficient chaque maillon de la chaîne d'accompagnement et de soin[338].

Il considère que les professionnels de toutes les institutions et services de l'enfance contribuent à la santé et à la santé mentale des enfants et des jeunes, à l'échelle géographique du bassin de vie, en facilitant l'accès des parents à l'aide adaptée à leur enfant[339]. De plus, une coordination entre les professionnels et services impliqués dans l'accompagnement d'un enfant (pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, enseignants, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, etc.) est nécessaire.

Alors que les autres accompagnements sont indisponibles, comment justifier la hausse de la prescription de psychotropes, en particulier celle des antidépresseurs, des anxiolytiques et des antipsychotiques, mais aussi des psychostimulants, et l'allongement des durées de consommation[340] ? Certes le médicament est en soi une réponse dans un cadre psychopathologique donné, mais certains psychotropes sont recommandés en deuxième intention, d'autres, quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes, et en association avec les autres formes d'aides adaptées[341]. Or cette consommation est en forte augmentation par des enfants de plus en plus jeunes, sur des durées longues, et avec des polyprescriptions. Ainsi, entre 2010 et 2023, on observe les augmentations suivantes : pour les hypnotiques + 137 %, les antidépresseurs + 88%, les antiépileptiques + 62 %, les neuroleptiques + 50 %, et pour les psychostimulants + 40 %[342], avec des prescriptions

[336] Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins, Dossier de presse, 2025, *Santé mentale et psychiatrie. Repérer, soigner, reconstruire*, juin 2025.
[337] Conseil de l'enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal…*, *op. cit.*, p. 68 et suivantes
[338] Principe 7 d'efficience.
[339] Conseil de l'enfance, avis *Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte* sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents, 2024, et conformément aux recommandations des Assises de la pédiatrie.
[340] Il en va de la nécessité de ne pas sacrifier des stratégies de moyen terme à des rendements de court terme cf. principes du rapport de saisine n° 5 (préserver l'avenir) et n° 8 (cohérence entre le prélèvement et l'objectif).
[341] Rapport du Conseil de l'enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal…*, *op. cit.*, citation du Dr Sébastien Rouget, p. 13.
[342] HCFEA, Conseil de l'enfance, 2025, *L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale*, Compléments au rapport de 2023.

souvent hors autorisation de mise sur le marché et des effets indésirables, notamment en cas de coconsommation ou dans la durée, de mieux en mieux renseignés par la recherche.

La réponse aux difficultés mentales des enfants ne saurait être strictement sanitaire et réduire la consommation de médicaments psychotropes des enfants va de pair avec des offres de réponses thérapeutiques diversifiées et incluant la participation des familles et du milieu éducatif, inscrivant la santé mentale dans une approche non seulement préventive, mais surtout plurielle. Ainsi le Conseil de l'enfance du HCFEA a documenté en 2023 l'éventail des prises en charge multimodales associant, selon les besoins, travail psychothérapeutique, médiations artistiques, corporelles, éducation thérapeutique, psychomotricité, rééducation, mesures éducatives, accompagnement parental ou familial, travail sur les modes de vie, et la nécessité d'un suivi et d'une réévaluation régulière des prescriptions.

En complément de l'étude HCFEA enfance 2023, l'assurance maladie rappelle dans son étude (2025)[343] sur la consommation de psychotropes des 15-25 ans « *les médicaments psychotropes peuvent contribuer à soulager la souffrance des personnes et à diminuer leurs troubles. Mais ils peuvent induire des effets secondaires parfois importants (risque de dépendance, effet de tolérance qui oblige à augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets au fil du temps, et résistance sur le long terme) et encore plus lorsqu'ils sont prescrits à des adolescents et à de jeunes adultes au moment de leur maturation psychologique* ».

Or l'assurance maladie pointe, comme on le détaillera également à partir de nos travaux[344] dans la partie suivante, « *une évolution préoccupante de la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes, entre 2015 et 2023 passant de 4 % entre 2015 et 2019 (0,8 milliard d'euros) à 6 % en 2023 (1,5 milliard d'euros). Leurs dépenses pharmaceutiques progressent plus vite que celles de l'ensemble de la population. Elles ont augmenté de 31 % contre 8 % pour l'ensemble de la population entre 2019 et 2021 ; de + 26 % (contre + 9 %) entre 2021 et 2022 et de + 11 % (contre + 8 %) entre 2022 et 2023 ».*

On notera que le remboursement des antipsychotiques représentent 43 % des remboursements de psychotropes (27,6 M€) en 2023 et concernent 168 000 jeunes ce qui représente 18 % des 12-25 ans sous psychotropes.

B. Prescrit-on trop de médicaments psychotropes aux enfants ?

Les questions relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent font l'objet d'intenses préoccupations de la part des pouvoirs publics, des institutions, des chercheurs, des professionnels et du grand public depuis de nombreuses années. Ces préoccupations sont d'autant plus vives que les problématiques de santé mentales engagent des modalités de soin et d'accompagnement au long cours (maladies chroniques), mais que contrairement aux autres problématiques de santé publique, elles se déclenchent essentiellement au cours de l'enfance et de l'adolescence – toutes pathologies confondues, la survenue des troubles

[343] Rapport charges et produits, 2024, *op. cit.*, p. 164 et suivantes

[344] Rapport HCFEA Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *op. cit.,* 2023 *op. cit* et avis 2024 *op. cit.*

est antérieure à l'âge de 14, 18 et 25 ans chez 35 %, 48 % et 62 % des patients – âge modal 14,5 ans, âge médian 18 ans[345].

En France comme dans la plupart des pays européens, les pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales sont recommandées en première intention dans le soin des enfants et le soutiens de familles. Dans certains cas, la prescription de médicaments psychotropes peut être indiquée en deuxième intention, associées aux approches psycho-socio-éducatives de première intention[346]. Ces recommandations s'expliquent par « *la relative rareté des études contrôlées "*gold standard*" de l'étude de l'efficacité d'un traitement* (…) *; une évaluation du risque médicamenteux essentiellement établie à partir d'études chez l'adulte et extrapolées chez l'enfant ; le faible nombre d'Autorisations de Mise sur le Marché des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent* »[347].

Les consensus scientifiques français et internationaux sont réservés quant à la prescription de médicaments psychotropes en population pédiatrique, du fait d'une balance bénéfices/risques modeste ou défavorable et de nombreux effets indésirables documentés dans la littérature, d'autant que rares sont les nouvelles molécules de psychotropes découvertes depuis plus de cinquante ans et l'industrie pharmaceutique s'est progressivement désengagée des recherches en psychiatrie/pédopsychiatrie.

Pourtant, les travaux du HCFEA et plusieurs études récentes documentent une augmentation continue des prescriptions de médicaments psychotropes depuis le début des années 2000. La prévalence de la consommation de médicaments psychotropes des enfants de 0 à 17 ans était estimée à 2,5 % en 2010[348]. Si l'on élimine la période 0-2 ans qui ne comporte que très peu de cas, la prévalence chez les 3-17 ans est passée de 3,25 % en

[345] Solmi M., Radua J., Olivola M., Croce E., Soardo L., Salazar de Pablo G. *et al*., 2022, Âge at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies, *Molecular psychiatry*, 27(1), p. 281-295 ; Barican J. L., Yung D., Schwartz C., Zheng Y., Georgiades K., Waddell C., 2022, Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking, *BMJ Ment Health*, 25(1), p. 36-44 ; Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A., Rohde L. A., 2015, Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents, *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), p. 345-365 ; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022, Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *The Lancet Psychiatry*, 9(2), p. 137-150. Pour un développement et une synthèse de l'ensemble de ces éléments, voir notamment Ponnou S., Briffault X., Chave F., 2023, *Le silence des symptômes. Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants*, Champ social Editions.

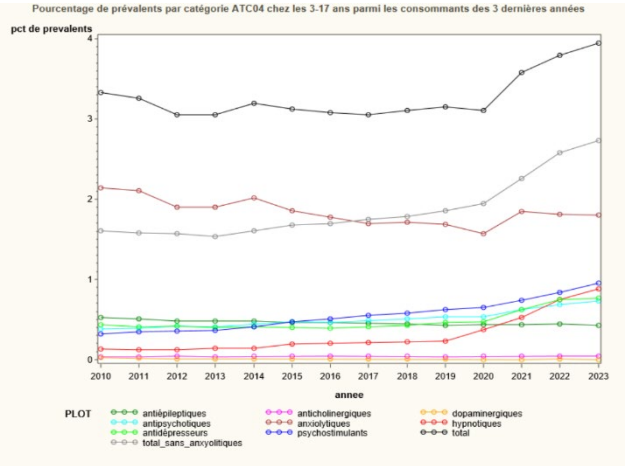
[346] Falissard B., 2020, *Soigner la souffrance psychique des enfants*, Paris, Odile Jacob.

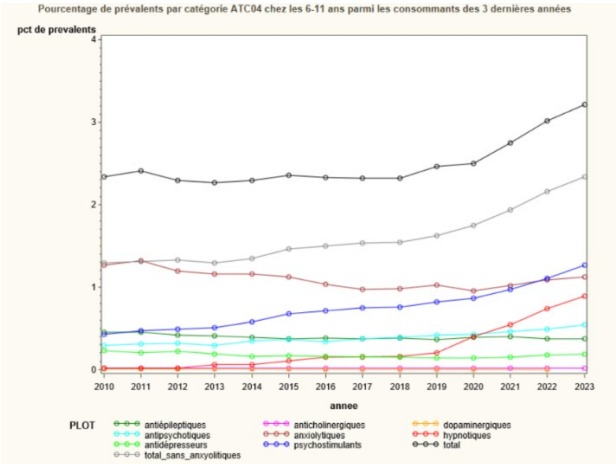
[347] Acquaviva E., Peyre H., Falissard B., 2012, Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60 (1), p. 78.

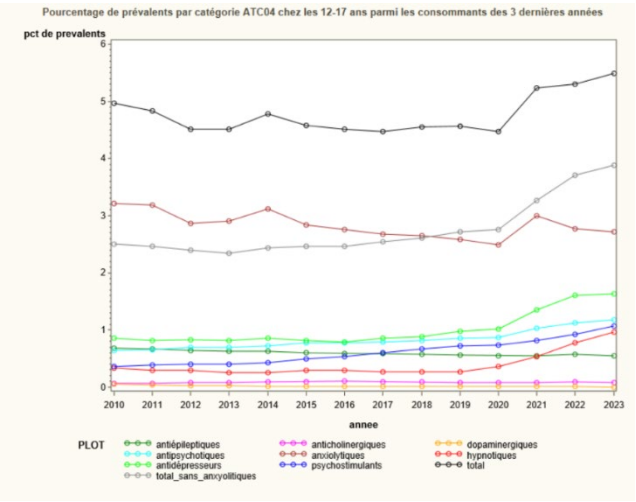
[348] Kovess V., Choppin S., Gao F., Pivette M., Husky M., Leray, E., 2015, Psychotropic medication use in French children and adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 25, n° 2, p. 168-175.

2011 à 3,94 % en 2023. Plus précisément, cette prévalence est de 2,32 % en 2011 et 3,22 % en 2023 chez les 6-11 ans, et de 4,96 % en 2011 à 5,49 % en 2023[349] chez les 12-17 ans.

Schéma 1 ▌Prévalence annuelle de la consommation de médicaments psychotropes parmi les consommants des 3 dernières années chez les 3-17 ans, 6-11 ans, 12-17 ans[350].







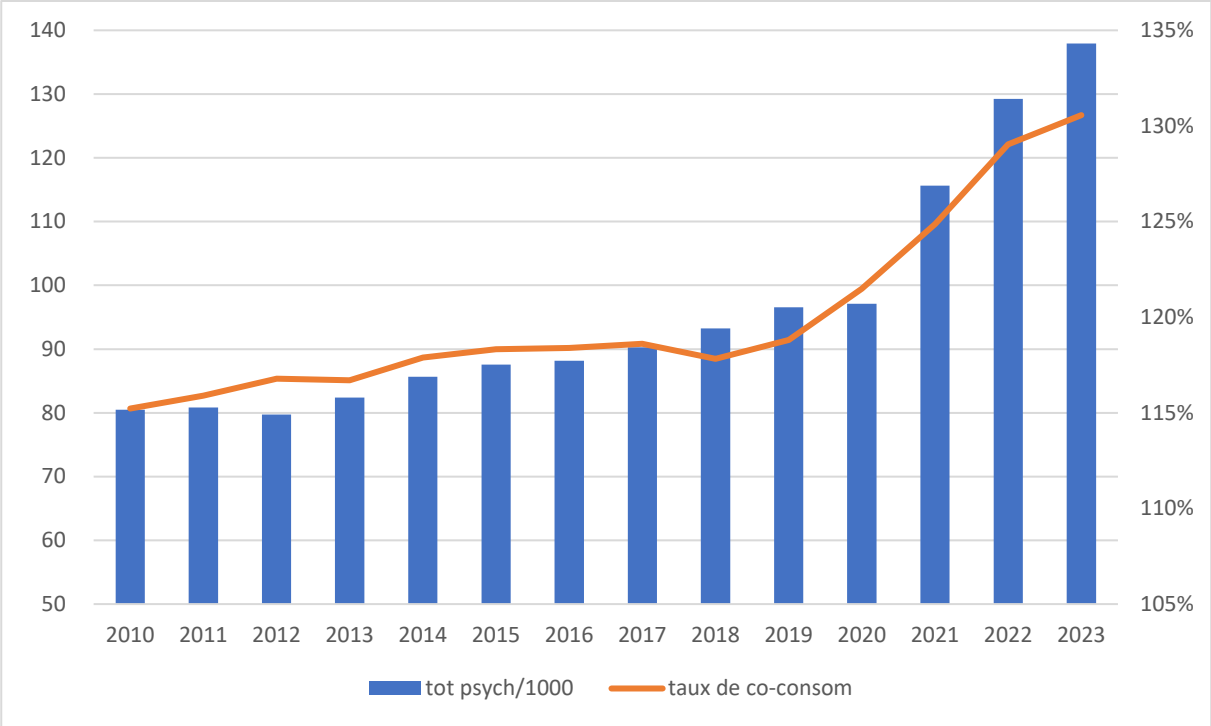
Entre 2010 et 2023, le nombre de délivrances par an et par patient de 0 à 17 ans a augmenté pour la plupart des classes thérapeutiques, en particulier les hypnotiques (+ 137 %), les antidépresseurs (+ 88%), les antiépileptiques (62 %), les neuroleptiques (+ 50 %) et les psychostimulants (+ 40 %). Les durées de traitement varient considérablement d'une classe thérapeutique à l'autre : elles sont limitées à un mois pour les anxiolytiques et les antidépresseurs. Les durées médianes de traitement pour les autres classes ATC sont particulièrement longues. Le nombre de mois de consommation augmente de 76 % entre 2010 et 2023 : il passe de 80 mois pour 1 000 personnes en 2010 à 138 mois pour 1 000 personnes en 2023, avec une accélération sur la période 2021-2023.

Les polyprescriptions et l'augmentation sont fréquentes et concernent l'ensemble des classes de médicaments.

[349] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *op. cit.* citant Ponnou S., Briffault X., Aragno V., Thomé B., Gonon F., 2024, La prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2023, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.

[350] *op. cit.* p.17

Schéma 2 I Évolution du nombre de mois de consommation de tous les psychotropes pour 1 000 habitants et du taux de coconsommation de plusieurs catégories ATC04 sur la période 2010-2023[351]



Le traitement de la dépression

« *La HAS recommande en première intention différents types de psychothérapies en fonction de la sévérité de la dépression, du fait du risque accru de passage à l'acte suicidaire en cas de prise d'antidépresseurs. En cas d'échec ou de sévérité particulière, la prescription d'un antidépresseur peut éventuellement être envisagée mais uniquement en association avec une psychothérapie* ».

Pourtant entre 2016 et 2020, le nombre de patient entre 12 et 25 ans sous antidépresseur augmente régulièrement de 3 à 5 %, et sous l'effet de la crise sanitaire de 2021 (+ 24 %) pour tous les âges et sexes (mais plus fortement chez les filles et parmi elles chez les plus jeunes) puis continue de progresser en 2022 (+ 15 %) et en 2023 (+ 8 %).

En 2023, 33 jeunes sur 1 000 sont traités par antidépresseurs, en très grande majorité de sexe féminin (71 % ce qui correspond à 384 000 jeunes). Selon une étude du Lancet (2016)[352] **les bénéfices de la plupart des antidépresseurs disponibles ne sont pas supérieurs à ceux du placebo chez les enfants et adolescents**. Ils représentent 41 % des 12-25 ans sous

[351] *op. cit.* p. 18

[352] Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S, Cuijpers P, Pu J, Cohen D, Ravindran AV, Liu Y, Michael KD, Yang L, Liu L, Xie P. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet. 2016 Aug 27;388(10047):881-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30385-3. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289172.

psychotropes. Seule la fluoxétine (Prozac® et génériques) est plus efficace, avec plus de bénéfices que de risques, mais elle n'est prescrite qu'à 29 % des 12-15 ans sous antidépresseurs et à 23 % des 16-19 ans en 2023.

En outre, parce que ces traitements au long cours peuvent avoir **des effets secondaires parfois difficiles à supporter**, la durée de traitement par antidépresseur pour un épisode dépressif caractérisé doit être comprise entre 6 mois et 1 an pour les adolescents et jeunes adultes, ce qui n'est appliqué que pour 12 % des patients concernés. Ainsi 79 % des épisodes de traitement durent moins de 6 mois, 9 % plus de 1 an, et la moitié des épisodes de traitement sont arrêtés au bout de 2 mois.

Enfin, en 2022, 72 % des médicaments psychotropes destinés à l'enfant sont prescrits par des médecins généralistes, 7 % par des pédiatres et 9 % par des psychiatres et pédopsychiatres. Or on constate que plus le prescripteur est spécialisé, plus l'observance correspond aux recommandations.

30 % des enfants recevant au moins une prescription de médicament psychotrope vivaient dans des conditions sociales défavorables – ce taux est de 50 % pour les antipsychotiques, dont l'augmentation de la consommation et son accélération depuis 2021 appellent à une vigilance particulière.

Le cas des TED, TSA et de l'autisme

La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes atteint 36,8 % en 2022, dont 26,3 % chez les 0-2 ans, 27,8 % chez les 3 à 5 ans, 36,5 % chez les 6-11 ans et 41,7 % chez les 12-17 ans[353].

De même que pour la dépression, **le taux de défavorisation sociale au sein de cette population est très élevé : 43,5 % en 2022**.

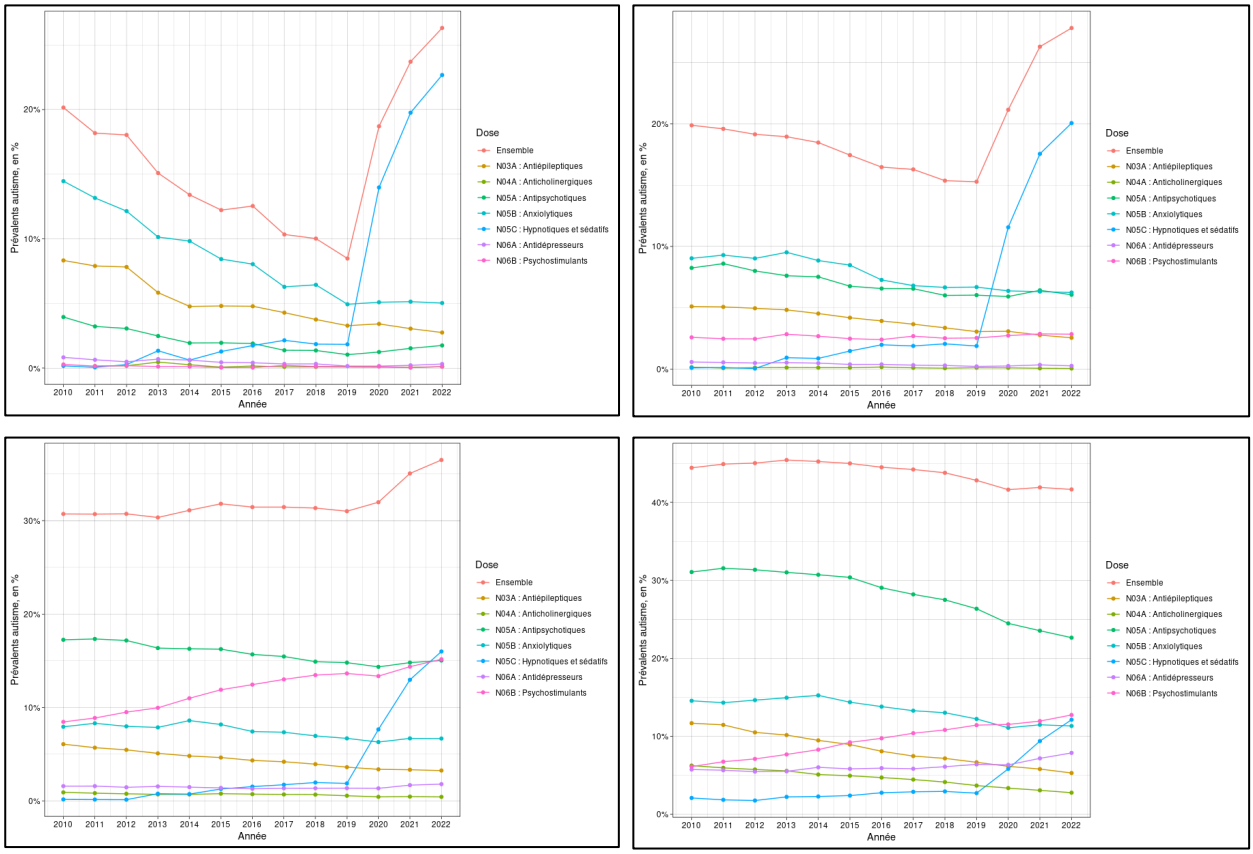
Le Système national des données de santé (SNDS) montre des niveaux de consommation particulièrement élevés, quand bien même la Haute autorité de santé (HAS) spécifie « (qu') *aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme ou les TED ;* (que) *les psychotropes peuvent être considérés en seconde intention* (et) *prescrits de manière exceptionnelle et temporaire* »[354], du fait de l'absence d'AMM dans cette population pour la plupart des molécules, et des effets indésirables documentés, que la prescription repose exclusivement sur l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque par le prescripteur. Toujours d'après la HAS : *« Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique aux TSA (et) les données objectives sur l'usage des psychotropes parmi les enfants, adolescents et*

[353] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *op. cit.* ; Ponnou S., Briffault X., Thomé B., Aragno V., Chamak B., 2025, La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes en France. Analyse des bases du Système national de données de santé sur la période 2010–2022, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.

[354] HAS, 2012, Recommandations de bonnes pratiques. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, p. 4, p. 34-36.

jeunes adultes avec autisme sont limitées », réserves largement documentées et partagées au niveau international[355].

Schéma 3 I Pourcentage de patients TED avec au moins une délivrance de psychotropes entre 2010 et 2022 par ATC. De gauche à droite et de haut en bas : patients prévalents TED entre 0 et 2 ans, 3 et 5 ans, 6 et 11 ans, 12 à 17 ans[356].

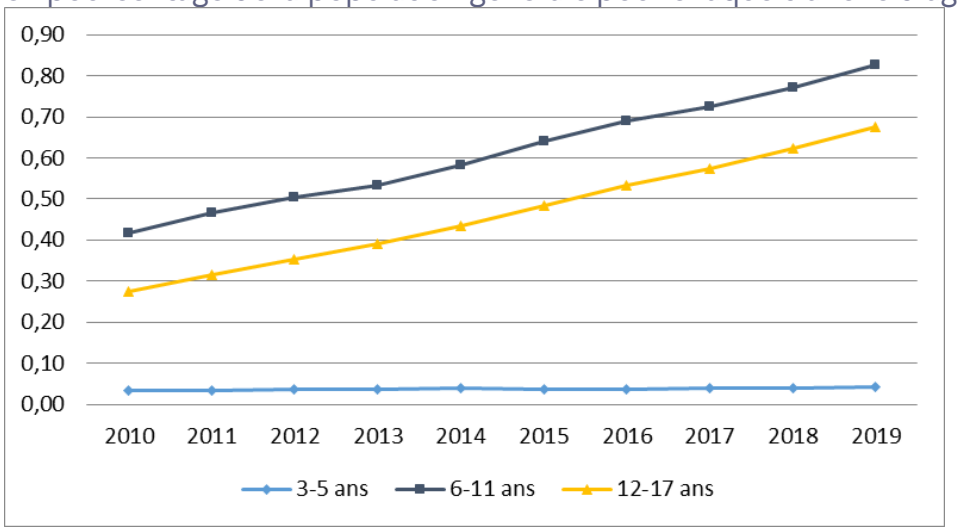


Ces taux de prescription se doublent de volumes de consommation importants avec une moyenne de 18 à 19 boîtes par an et par enfant, et des durées de traitement supérieures à 10 ans. Les polyprescriptions sont nombreuses, les suivis biologiques associés aux prescriptions, insuffisants.

Des observations similaires ont été réalisées dans le cas de l'hyperactivité/TDAH et de la consommation de méthylphénidate : entre 2010 et 2019, la prescription de méthylphénidate a augmenté de + 56 % en incidence et de + 116 % en prévalence. Une augmentation similaire a déjà été rapportée pour la période entre 2003 et 2005 (prévalence de + 65 %) et pour la période 2005-2011 (+ 135 %).

[355] Iffland M., Livingstone N., Jorgensen M., Hazell P., Gillies D., 2023, Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
[356] HCFEA, 2025, *op. cit.* p.22

Figure 1 ▌Évolution du taux de prévalence de la prescription de MPH. Ce taux est exprimé en pourcentage de la population générale pour chaque tranche d'âge et chaque période.



Les enfants les plus jeunes sont ceux pour lesquels les durées de traitement sont les plus longues. La durée médiane de traitement chez les enfants de 6 ans en 2011 était de 5,5 ans.

Parmi les enfants recevant une première prescription de méthylphénidate, 22,8 % se sont vu prescrire un ou plusieurs autres médicaments psychotropes dans la même année. Ces coprescriptions ont été réalisées le plus souvent hors AMM et hors recommandation.

Une étude de l'assurance maladie (2025) montre de son côté que le nombre d'adolescents et de jeunes adultes sous **psychostimulants a été multiplié par 2,5 entre 2015 et 2023**, avec une accélération à partir de **+ 21 % en 2022 et 2023** à la suite d'extensions d'indications de remboursement. Ainsi en 2023, 7 jeunes sur 1 000 ont reçu au moins une délivrance de psychostimulants **soit plus du double qu'en 2015**. Elle indique que selon une étude publiée dans la revue Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence sur la quasi-totalité de la population pédiatrique française entre 2010 et 2019[357], **les diagnostics associés à la prescription de méthylphénidate ne correspondent pas à l'indication thérapeutique ni à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans des proportions significatives**. Le principal détournement concerne le **dopage intellectuel**, dans le but d'améliorer les capacités cognitives.

D'autre part, l'étude fait apparaître que les enfants et adolescents les plus jeunes de leur classe (nés en décembre plutôt qu'en janvier) ont plus de risque de se voir prescrire du méthylphénidate (+ 54 % en moyenne au fil de la période) et que les enfants issus de milieux défavorisés présentent aussi un risque accru de médication.

[357] Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., 2022, La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70. 10.1016/j.neurenf.2022.01.003, En ligne depuis le 12/02/22.

Et dans ce contexte, et alors que la consommation de méthylphénidate progresse, le suivi éducatif et psychothérapeutique par les CMPP a en revanche fortement diminué entre 2010 et 2019 pour les enfants recevant du méthylphénidate (de 4,1 % à 0,8 %).

En synthèse et conclusion

Les consensus scientifiques et les méta-analyses les plus récentes montrent que l'efficacité de différents traitements psychotropes est modeste voire faible, *a fortiori* chez l'enfant et l'adolescent[358]. Les agences de santé françaises (ANSM et HAS) sont réservées quant à la prescription de médicaments psychotropes en population pédiatrique, du fait d'une balance bénéfices/risques modeste ou défavorable. Les effets indésirables sont de mieux en mieux documentés et font l'objets de vives préoccupations de la part des praticiens, des chercheurs et des pouvoirs publics, au point que les travaux dédiés à la déprescription en pédopsychiatrie et psychiatrie se multiplient[359].

On sait que les prescriptions de médicaments psychotropes en population pédiatrique n'ont cessé de progresser ces 25 dernières années, *a fortiori* hors AMM et hors des recommandations des autorité de santé, de telle sorte que les dépenses de santé liées à la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent ont considérablement augmenté. Ces dépenses concernent :

- le coût des traitements ;
- le coût des consultations de prescription et de suivi ;
- le coût des analyses biologiques et des examens de suivi ;
- le coût des effets indésirables liés à ces consommations – y compris des pathologies chroniques, par exemple surpoids et diabète pour les neuroleptiques.

En France, en 2023, 486 220 enfants ont consommé un ou plusieurs traitements psychotropes, avec une moyenne de :

- 12 boîtes par an et par patient pour les antiépileptiques (N03A) ;
- 3 à 4 boîtes par an pour les antiparkinsoniens (N04A et N04B) ;
- 6 boîtes par an et par patient pour les antipsychotiques (N05A) ;
- 2 boîtes par an et par patient pour les anxiolytiques (N05B) ;
- 4 boîtes par an et par patient pour les hypnotiques (N05C) ;
- 5 boîtes par an et par patient pour les antidépresseurs (N06A) ;
- 9 boîtes par an et par patient pour les psychostimulants (N05C)[360].

[358] Leichsenring F., Steinert C., Rabung S., Ioannidis J. P., 2022, The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses, *World psychiatry*, 21(1), p. 133-145.
[359] Collectif, 2024, Déprescrire ?, *Revue Santé Mentale*, n° 291.
[360] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *op. cit.*

Le Conseil de l'enfance du HCFEA considère qu'il serait nécessaire d'estimer du coût global de ces consommations en additionnant le coût des traitements, des consultations de prescription et de suivi, des analyse biologiques et des examens nécessaires, et de l'ensemble des coûts de santé liés aux effets indésirables liés à ces consommations – y compris des pathologies chroniques, par exemple surpoids et diabète pour les neuroleptiques.

Il invite à envisager la réduction de la consommation de médicaments psychotropes des enfants, et à préserver le modèle d'une réponse thérapeutique diversifiée, non uniquement sur le versant du soin, pour que les prescriptions « d'attente » faute de mieux ne deviennent pas la norme.

Conformément à ses travaux, ces pistes d'économie seraient légitimes au regard des recommandations des agences de santé d'une part – recommandation en seconde intention, seulement pour certains médicaments – de l'état des connaissances scientifiques et de la spécificité des dynamiques de prévention, d'éducation et de soin à l'œuvre en santé mentale de l'enfant.

Le Conseil engage à explorer la piste d'une réduction des prescriptions évitables, et ce de trois manières conjuguées :

- engager un mouvement auprès des médecins, et des parents, incitant à moins prescrire,
- inciter à prescrire pour des durées plus courtes et conformes aux indications de durée recommandées, et intégrer la sortie de la prescription et ses modalités dès la première prescription
- et donc, inciter à « déprescrire », quand c'est possible et bénéfique pour le patient, c'est-à-dire à évoquer en consultation un objectif d'arrêt de la prise de médicament et sa mise en place, accompagnée et progressive, pour certains médicaments et dans certains cas, lorsque la situation est favorable et que l'état de santé du patient le permet.

L'actuelle pénurie de médicaments psychotropes[361] qui place les jeunes patients dans des situations difficiles voire préjudiciables à leur santé, leur scolarité, montre que face à la tension qui existe sur ces substances, leur utilisation plus ciblée et sur des durées plus courtes sécuriserait aussi leur disponibilité pour les situations où elles s'avèrent nécessaires.

[361] ANSM, 2025, *Actualité - Point de situation sur les tensions d'approvisionnement en quétiapine : une mobilisation au long cours pour couvrir au mieux les besoins des patients*.

II. La prévention par l'accueil du jeune enfant, sa qualité et son inclusivité

A. La lutte contre les effets de la pauvreté sur les enfants : un double engagement de la France

La pauvreté touche davantage les enfants de moins de 18 ans que les adultes : 20,6 % contre 14,5 % dans l'ensemble de la population, et de manière à peu près équivalente quel que soit leur âge. En 2021, ce sont presque trois millions d'enfants (2,760 millions) qui vivent dans des ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, et tous les observateurs signalent une aggravation constante, malgré les séries de mesures envisagées.

Si l'enjeu de la lutte contre les effets de la pauvreté n'est pas à démontrer, cette perspective figure parmi les grands engagements de la France au regard du droit international et des conventions qu'elle a signées, dans un contexte d'augmentation générale de la pauvreté en France. Cette hausse entraîne d'inévitables retombées sur l'état de santé des enfants et des adolescents et sur les multiples obstacles qu'ils rencontrent tout au long des parcours de prévention et de soin auxquels s'ajoutent des retombées sur la qualité de leur mode de vie, de relations et d'apprentissages.

En 2018, la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté est lancée, axée sur « *la priorité clairement donnée à l'investissement social par la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, qui sont les premières victimes de la pauvreté dans leur quotidien comme pour leur avenir* ».

Pour rappel, 35 mesures concrètes avaient été recensées autour de cinq thématiques de politiques publiques : petite enfance et éducation ; santé ; accompagnement, formation et emploi ; logement ; droits sociaux. Revenons sur quelques-unes des mesures « enfance » dont la dimension participe pleinement des principes d'équilibre des finances de la sécurité sociale et de préservation de l'avenir[362].

Sur le thème de la petite enfance et de l'éducation, ont été mis en place les bonus territoire et mixité, et des progrès ont été réalisés dans la clarté des modalités attribution des places d'accueil : meilleure connaissance de l'offre (monenfants.fr), meilleure transparence des modalités d'attribution des places, Crèches Avip dont le dispositif a été bonifié et son déploiement, accéléré.

En revanche, le lancement du plan de 600 000 formations à l'intention des professionnels de la petite enfance a pris du retard, puis n'a pas été relancé après le confinement lié à la Covid-19, à l'exception de quelques initiatives de territoire. Actuellement, ce dossier est instruit par le comité de filière petite enfance, dans le cadre de la mise en œuvre du service public de la petite enfance.

[362] Comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, mars 2021, en ligne 279320.pdf.

Les services de PMI ne sont toujours pas suffisamment renforcés pour leur permettre de remplir leurs missions de prévention et d'appui de la médecine de ville aux missions de la santé scolaire, dans le cadre du parcours de santé des enfants de 0 à 6 ans.

Le Conseil de l'enfance du HCFEA dans son rapport sur la traversée adolescente des années collège a livré plusieurs propositions pour relancer les services de santé scolaire. Il recommande une approche pédiatrique de la santé des adolescents afin que les diagnostics et les prises en charge intègrent les facteurs développementaux dans le tableau clinique. Ce qui permettrait de prévenir les risques de sous-dépistage autant que le surdépistage. Actuellement la démographie de la pédiatrie continue à baisser. Le suivi des enfants est de plus en plus confié aux médecins généralistes ou aux infirmières. Comment expliquer que le temps dédié à la spécialité enfance a été diminuée dans le cursus de formation pour ces deux métiers ?

Concernant la santé, France stratégie souligne que : « *les alertes sur l'état de la médecine scolaire et de la PMI sont nombreuses, et les mesures universalistes, peuvent ne pas atteindre les plus pauvres car les actions ne sont pas assez ciblées ni les modalités adaptées à ce public. Par ailleurs, le manque de connaissance sur la santé des enfants en dehors de la santé dentaire et de l'obésité chez les jeunes questionne* (…) *Au vu de l'ampleur des inégalités sociales et territoriales en matière de santé et de leur formation dès le plus jeune âge, le volet "Santé" des enfants de la Stratégie paraît à étoffer, via l'ajout d'actions de prévention et l'intégration de la santé mentale – l'organisation mondiale de la santé (OMS) inclut d'ailleurs la santé physique et mentale dans sa définition de la santé* »[363].

Les travaux du Conseil de l'enfance du HCFEA sur la santé globale en petite enfance, et sur la santé des adolescents réalisés en 2021 et 2022, ont été suivis par plusieurs nouveaux dossiers, notamment sur la dimension préventive à intégrer à un service public de la petite enfance (2023), sur la santé mentale (2023, 2024, 2025), et sur la santé des enfants hors les murs, dans la ville et la nature (2024).

En 2021, la France s'engage dans la « garantie européenne de l'enfance » 2022-2030

La France marque un engagement fort et réitéré en direction de la lutte contre la pauvreté, notamment sur son impact sur les enfants, y compris sur le plan international. Elle s'est engagée à mettre en œuvre la Garantie européenne pour l'enfance 2022-2030 créée par la Commission européenne (2021), qui vise à lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté en Europe et favoriser l'accès aux droits fondamentaux, et en particulier la santé, l'éducation et l'accueil du jeune enfant, le logement et une alimentation saine. Il est à noter que le collège des 12 enfants qui siègent au sein du HCFEA, a participé à la consultation organisée par la commission européenne[364], autour en particulier des besoins de base de l'enfant : nourriture, logement, école, et santé.

[363] Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, Rapport 2022, p. 68-69.

[364] HCFEA, Conseil enfance, *Droits de l'enfant : quel chemin parcouru et comment avancer ? Les travaux du Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2016-2022*, Rapport, p. 39 et suivantes.

B. La flexibilité comme prévention

Le HCFEA expertise depuis 2017 les facteurs favorables à l'accès, au retour et au maintien dans l'emploi des mères et des pères[365]. Le Pacte des solidarités encadre 20 actions, parmi lesquelles : « *Garantir l'accès à des temps de socialisation avant 3 ans à toutes les familles ; Assurer le service public de la petite enfance pour toutes les familles avec le Fonds d'innovation de la petite enfance pour favoriser les accueils souples et en proximité des lieux de vie, ainsi que la médiation et l'aller-vers, en vue de renforcer le taux de recours des familles ; Un large déploiement des Lieux d'accueil enfants-parents et une multiplication par 3 des dispositifs passerelles vers l'école maternelle* ».

Le Conseil de l'enfance engagé dans une analyse prospective sur les besoins du jeune enfant et les modes d'accueil, fait le constat des impacts positifs sur le développement des enfants et l'emploi des parents d'un accueil du jeune enfant accessible à tous les enfants.

Compte-tenu que quelque 40 % de familles ne recourent pas aux modes d'accueil formels[366], pour de multiples raisons (coût, manque d'inclusivité, information partielle sur les bénéfices des offres d'accueils, défiance, valorisation de l'investissement parental, crainte du contrôle social, peur de la stigmatisation…[367]) le HCFEA étudie, dans le cadre d'un service public de la petite enfance, les modalités de déploiement de modes d'accueil « flexibles » plus souples et progressifs, associant les parents. Il s'agit, aux côtés des modes d'accueil formels, d'un parc d'offres d'accueils des moins de 3 ans les plus larges et accessibles possibles à partir des expériences disséminées existantes : accueils des bébés avec les parents type « maison verte », lieux d'accueil parents enfants (Laep), accueils jeux, éveil culturel et artistique autour du livre, de la musique, fixes ou itinérants, peu coûteux, mais encore trop peu nombreux.

Modes d'accueil variés, orientés sur la nature, le quartier, etc. et aux formalités (horaires, conditions et dossier d'inscription) plus souples, ils sont susceptibles de compléter l'offre d'accueil existante et de mieux convenir aux familles dont les lieux, rythmes, et conditions de vie sont plus singulières et variables.

Le Bonus handicap se développe progressivement avec pour l'année 2023, 5 818 EAJE bénéficiaires du bonus « inclusion handicap » contre 5 560 EAJE en 2021, soit près de la moitié des 12 815 EAJE financés par la PSU, et la loi du 28 juillet 2019 « Pour une école de la confiance » qui prévoit l'obligation scolaire à 3 ans et le renforcement de l'école inclusive contribue à faire évoluer la situation. Parmi les recommandations du rapport *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur*

[365] Principe 2 sur l'emploi et la production de richesse.

[366] HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *Qualité, flexibilité égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans*, Rapport ; Cnaf, France stratégie, HCFEA, 2021, *Synthèse du séminaire « Premiers pas »*.

[367] Alberola E., Moisset P., Taboury S., mars 2023, *Quels sont les besoins des familles en situation de pauvreté en matière d'accueil du jeune enfant et d'aide à la parentalité ?*, Rapport final du Crédoc pour France stratégie.

famille[368] (2018), le Conseil appelait à « *Prendre en considération et améliorer la vie des fratries. Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail* ».

En matière de prévention primaire et peu coûteuse, le soutien aux fratries, qui peuvent être parfois empêchées ou vulnérables elles-mêmes, parfois sans l'identifier elles-mêmes, conduit à penser les « jeunes proches » dans les dispositifs d'accompagnement et d'aide autour des personnes malades ou en situation de handicap : inclure la thématique des jeunes proches en psychiatrie dans les politiques de prévention en santé mentale mais en se décalant d'un modèle médical centré principalement sur la détection des facteurs de risque, pour orienter l'action sur le renforcement et le soutien des facteurs de protection.

Cet ensemble de propositions porté dans les travaux du Conseil de l'enfance, sur la prime enfance, et avec d'autres institutions dédiées à la prospective, au portage et à l'évaluation des politiques publiques, sur la petite enfance, comme la Cnaf et France stratégie[369], montrent en quoi les modes d'accueil de la petite enfance sont vecteurs de prévention primaire des difficultés de santé et de santé mentale péri et postnatales, des troubles de la relation et de la séparation précoce entre parents et enfants. Complémentairement, ils réduisent l'isolement maternel et le retrait de l'activité professionnelle, des femmes notamment. Tout en favorisant une ouverture sécurisante de l'enfant dans ses découvertes motrices, langagières et sociales dès la prime enfance, ces accueils aux formats flexibles (hybrides) s'ajustent mieux à la diversité des situations familiales et des territoires[370]. Ils favorisent le passage progressif entre l'*intra* familial et l'extérieur, lors de la reprise d'activité des parents, ou l'entrée en école maternelle au bénéfice de l'épanouissement des jeunes enfants et des relations de confiance entre les familles et les institutions. Un service public de la petite enfance, encore à inventer, est un vecteur de prévention « généraliste » (santé de l'enfant, fratries, mère, emploi), et une source de recettes dans les financements de la protection sociale.

III. Santé environnementale : préparer l'avenir

Les enfants ne veulent plus sortir. La famille se replie sur l'intérieur et le virtuel au risque des impacts défavorables sur l'éducation, la santé et les besoins du développement relationnel des enfants. Le HCFEA a étudié « *les conditions d'un extérieur inclusif et habité à hauteur d'enfants* », pour prévenir les troubles mentaux et somatiques liés à la sédentarité et au repli

[368] HCFEA, Conseil enfance, 2018, *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille*, Les chiffres clés Annexe et Rapport.

[369] *Op. cit.*, *Séminaire Premiers pas*, 2021, Synthèse ; Melhuish E., Ereky-Stevens K., Petrogiannis K., 2015, *A review of research on the effects of Early Childhood Education and Care (ECEC) upon child development,* care project; Curriculum Quality Analysis and Impact Review of European Early Childhood Education and Care (ECEC), juin ; OCDE, 2018, *Petite enfance, grands défis 2017. Les indicateurs clés de l'OCDE sur l'éducation et l'accueil des jeunes enfants*, Rapport, juin ; Berger L. M., Panico L., Solaz A., 2021, The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development: Evidence from the French Elfe Cohort, *Demography*, vol. 58 (2), avril, p. 419-450.

[370] Ils sont le plus souvent coportés par la branche famille et les collectivités *via* notamment les Caf et le tissu associatif.

sur les écrans et un huis clos familial basé sur la peur du monde extérieur : tout d'abord lever les mesures entravant l'accès à un espace à ciel ouvert, dans les institutions et services de l'enfance, (classe dehors, modes d'accueil, soins, protection, éducation, justice), et réglementer les pratiques éducatives et administratives induisant l'usage obligé des écrans au quotidien ; ensuite, protéger les enfants de l'absence ou du « mal logement » et ses impacts au long terme sur la santé ; soutenir les plans d'adaptation au réchauffement climatique réducteurs des pollutions sonores, de l'air, de l'eau et les espaces d'exercices physiques et de nature ouverts à tous ; enfin, sécuriser les mobilités actives des enfants et des adolescents, le partage de la voie publique sur les chemins de l'école au lycée, faire place au besoin de repos, de locomotion active et surtout les jeux des enfants.

La question environnementale, des inégalités en matière d'exposition des enfants à un environnement de vie qui ne leur est pas favorable, et du changement climatique, et touche aux investissements à consentir pour préserver l'avenir (Principe n° 3).

Au-delà de l'impact des facteurs environnementaux sur la mortalité infantile, le Conseil enfance alerte sur les enjeux croisés de la lutte contre la pauvreté, contre le mal logement, et de la santé environnementale (exposition à la pollution de l'air, sonore, des sols, dans l'eau, dans l'alimentation, au domicile ; logement insalubre ou mal isolé, qui touchent davantage les familles les plus pauvres et entraîne des pathologies infantiles)[371]. Ainsi la pollution sonore peut avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale des enfants incluant troubles du sommeil, difficultés d'apprentissage et de concentration, anxiété et dépression et affecte le développement cognitif des enfants.

Les problèmes des écrans relatifs à la santé des enfants sont largement documentés (apprentissage, sommeil, surpoids, myopie[372], stress, addictions[373]. Les multiples dispositifs relatifs à la protection des mineurs, la régulation des plateformes, des contenus, de sensibilisations des familles et d'éducation des enfants menés actuellement pour réduire les conséquences de la pratique des enfants induiront mécaniquement, là encore, à terme des baisses de dépense de santé et de santé mentale concernant les enfants et les jeunes.

Concernant les effets du changement climatique sur la santé des enfants, une récente analyse à partir des données de la cohorte Elfe[374] pointe un impact des périodes de

[371] HCFEA, Conseil enfance, 2025, *Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ?*, Rapport ; Voir notamment Fernández Quezada, D., Martínez-Fernández D. E., Fuentes I., Garcia-Estrada J., Luquin S., 2025, *The Influence of Noise Exposure on Cognitive Function in Children and Adolescents: A Meta-Analysis*, et Gheller F., Spicciarelli G., Scimemi P., Arfe B., 2024, The Effects of Noise on Children's Cognitive Performance: A Systematic Review, *Environment and Behavior*, n° 55.

[372] Lee J., Zarnic Ž, 2025, *Effets des technologies numériques sur le bien-être : principaux éclairages apportés par les publications spécialisées*, OCDE, Document de travail n° 29.

[373] HCFEA, Conseil enfance, 2020, *Les enfants, les écrans et le numérique*, Rapport.

[374] Barbalat G., Guilbert A., Adelaïde L. *et al*, 2025, Impact of early life exposure to heat and cold on linguistic development in two-year-old children: findings from the ELFE cohort study, Environ Health, n° 24, 19 ; Inserm, 2025, *L'exposition à des températures élevées au début de la vie pourrait être à l'origine de troubles linguistiques et neurodéveloppementaux chez les jeunes enfants*, Communiqués et dossiers de presse.

températures élevées sur le neurodéveloppement précoce, avec des effets marqués sur l'acquisition du langage. Les aides au logement et à son adaptation, en particulier les « bouilloires thermiques », représentent un axe de prévention clé.

Un soin particulier des pouvoirs publics doit être apporté aux conditions de logement et à sa pérennité, pour que les enfants puissent s'épanouir quelque part. Le mal-logement (insalubrité, sans-abrisme) fait l'objet d'actions institutionnelles, tels le déploiement d'un référentiel sur l'hébergement des familles avec enfants doté d'un budget de 125 M€ consacrés au développement et à l'adaptation de l'offre d'hébergement aux besoins des familles avec enfants, prévention des expulsions, et le programme Logement d'abord. Il fait également l'objet d'initiatives disparates, plutôt portées par le secteur associatif, variables selon les territoires. Le Conseil de l'enfance a proposé des mesures en lien avec la santé des enfants et des jeunes dans le rapport sur la place des enfants dans les espaces publics et la nature, en particulier de sécuriser et rendre plus agréables les environnements résidentiels dégradés, d'améliorer le bâti et les frontages et d'y prévoir des espaces pour les enfants, du petit enfant à l'adolescent, et face au mal-logement, d'appliquer le droit (y compris concernant la qualité des aires d'accueil aux gens du voyage).

Le schéma directeur de l'assurance maladie « Transition > Action ! » 2024-2027 traduit bien une prise de conscience du lien entre santé, pauvreté et facteurs environnementaux autour de quatre axes principaux : anticiper les risques environnementaux en préparant le système de santé aux impacts du changement climatique et en assurant la résilience des infrastructures ; réduire son empreinte écologique ; intégrer la santé environnementale dans les parcours de soins et en accompagnant les populations vulnérables. Là encore la prévention en petite enfance est déterminante, et comme la Charte pour la qualité d'accueil du jeune enfant[375] le stipule, « *La nature joue un rôle essentiel pour l'épanouissement des enfants* » (art 6).

[375] Décret instaurant l'application de cette charte comme garante de la qualité de l'accueil du jeune enfant, quels que soient les types d'accueil, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044126586.

Chapitre 3

La branche famille et les politiques familiales, des dépenses d'avenir à préserver

Ce chapitre établit un constat des évolutions qui ont affecté les recettes, les dépenses et le solde comptable de la branche famille de la sécurité sociale au cours de la dernière décennie (I). Au regard des spécificités de la branche famille mises en évidence, plusieurs règles doivent être respectées dans la recherche d'un redressement des comptes de la sécurité sociale (II). Plusieurs pistes permettant à la branche famille de contribuer au redressement des comptes de la sécurité sociale sont examinées ensuite (III.A, III.B et III.C). Le périmètre des politiques familiales ne se limite cependant pas à la branche famille de la sécurité sociale : des dépenses fiscales (par exemple dans le cadre de l'impôt sur le revenu) et sociales (par exemple supplément enfant des prestations de solidarité et des aides au logement) en direction des familles rentrent aussi dans ce périmètre. Aussi, afin d'assurer la cohérence d'ensemble des politiques familiales, et bien qu'en dehors du champ de la sécurité sociale *stricto sensu*, des pistes de nature fiscale sont également présentées (III.D).

I. Recettes, dépenses et solde comptable : une décennie de changements

A. L'évolution du solde de la branche famille

1. Un solde structurellement excédentaire

En 2023 (année la plus récente pour laquelle les résultats définitifs sont connus), les dépenses[376] (nettes) de la branche famille représentent 55,7 Md€, tandis que les recettes (nettes) s'élèvent à 56,7 Md€ (encadré 1). Le solde est excédentaire de 1 Md€[377].

[376] Ne figurent pas dans les dépenses de la branche famille les prestations de solidarité servies par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour le compte d'autres administrations (État, départements) et qui font l'objet de remboursement par ces administrations. Allocation aux adultes handicapés (AAH), prime d'activité et aides au logement (intégralement depuis 2016) sont servies pour le compte de l'État. Le revenu de solidarité active (RSA) est servi pour le compte des départements (et partiellement pour le compte de l'État dans les départements où le RSA a été en partie recentralisé). Ces prestations sont en dehors du périmètre de la sécurité sociale.

[377] *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, octobre 2024.

Encadré 4 I Décomposition des recettes et dépenses de la branche famille en 2023

Les recettes de la branche famille sont composées à :

- 63 % de cotisations sociales ;
- 24,5 % de contribution sociale généralisée (CSG) ;
- 10,7 % d'impôts, contributions et taxes affectés (Itaf), destinés à compenser les exonérations de cotisations sociales, ce qui représente environ 6 Md€ provenant de diverses taxes (2,7 Md€ de taxe sur les salaires, 1,2 Md€ de taxe spéciale sur les contrats d'assurance, 0,6 Md€ de taxe sur les véhicules de société) et de contributions (1 Md€ de prélèvements sur les stock-options, 0,4 Md€ de prélèvements sur les jeux et paris) ;
- 1,2 % d'autres recettes diverses (majorations et pénalités, transferts reçus nets…).

Les dépenses de la branche famille sont composées à :

- 58,5 % de prestations légales nettes (prestations familiales) versées par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA). Parmi ces prestations, la commission des comptes de la sécurité sociale distingue les prestations d'accueil du jeune enfant (34 %) et les prestations d'entretien en faveur des familles (64 % du total) parmi lesquelles les allocations familiales proprement dites (soit les deux tiers des prestations d'entretien) ;
- 11,7 % de prestations extralégales nettes d'action sociale, aux deux tiers environ pour financer les modes d'accueil collectifs des enfants de moins de 3 ans ;
- 24,2 % de transferts nets vers d'autres organismes ou branches, principalement pour financer des droits familiaux de retraite, et plus secondairement les indemnités journalières (IJ) du congé de paternité et, depuis 2023, les IJ du congé maternité postnatal ;
- 5,7 % de charges de gestion courante et d'autres charges nettes.

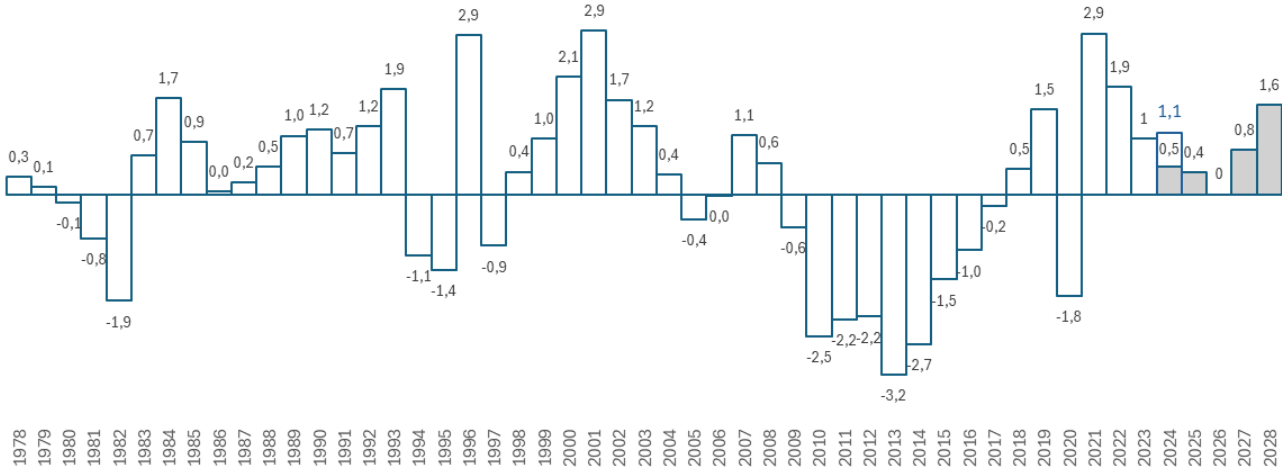
Selon les prévisions de recettes et de dépenses figurant en annexe de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025, le solde resterait positif les prochaines années : « *la branche famille verrait son excédent se réduire en 2024 à 0,5 Md€, en lien avec la montée en charge des objectifs poursuivis en matière de petite enfance, et, de nouveau, en 2025, avec la réforme du complément de mode de garde introduite par la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. Le solde de la branche serait en excédent de 0,4 Md€ en 2025 et serait à l'équilibre en 2026. À l'horizon 2028, la branche renouerait avec les excédents, qui s'élèveraient à 1,6 Md€* » (graphique 1).

Selon les premiers résultats définitifs pour 2024 dévoilés en mars 2025, le solde de la branche présenterait en fait un excédent de 1,1 Md€ en 2024, supérieur à la prévision initiale de 0,5 Md€ figurant dans la LFSS du 28 février 2025[378].

[378] *Le solde des comptes de la sécurité sociale s'établit à – 15,3 Md€ en 2024*, ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 17 mars 2025.

Graphique 1 ▌ Le solde de la branche famille de la sécurité sociale de 1978 à 2028

en Md€ courants



Note : les prévisions pour 2025 à 2028 (en grisé) sont celles présentées dans la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Pour l'année 2024, figurent deux chiffres : la prévision de 0,5 Md€ figurant dans la LFSS et le solde définitif de 1,1 Md€, rendu public en mars 2025.

Source : rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale, annexe de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 ; calculs SG HCFEA.

2. Des recettes assises sur les revenus et des dépenses indexées sur l'inflation

La branche affiche un solde structurellement excédentaire, car ses dépenses sont peu dynamiques, notamment en raison d'un mécanisme d'indexation des prestations familiales (au mieux) sur l'inflation – tandis que ses recettes suivent le rythme de croissance de la masse salariale.

Les recettes affectées, indépendantes du budget de l'État, sont assises sur les revenus, soit directement (cotisations et, depuis 1991, CSG), soit indirectement (compensations garanties depuis 1994 et au moins jusqu'en 2019 de toutes les exonérations de cotisations décidées depuis 1993). Cette propriété explique la relative stabilité, en % du PIB, des recettes de la branche de la fin des années 1980 jusqu'à 2014 (graphique 2).

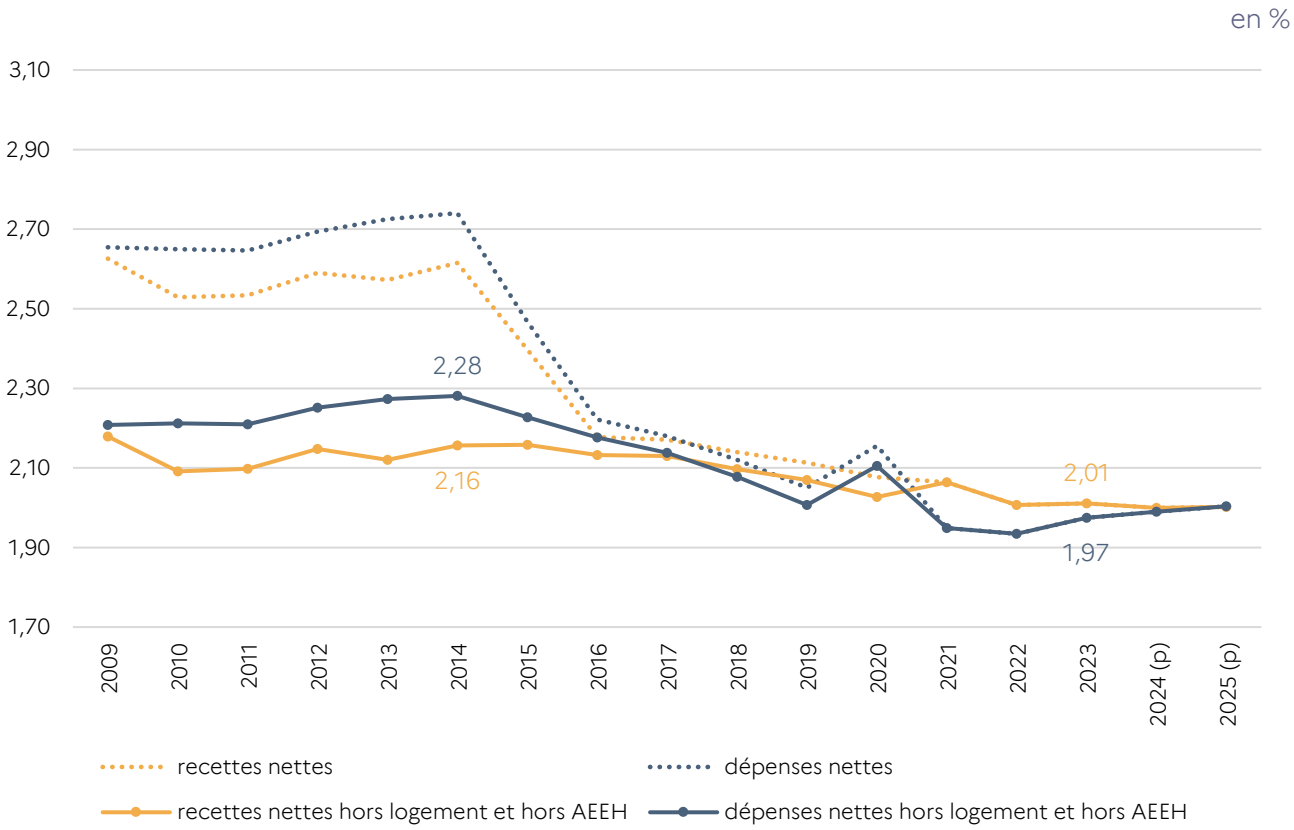
À court terme, les dépenses de prestations familiales (qui représentent 60 % des dépenses de la branche famille) évoluent au même rythme que l'inflation. En effet, la règle légale prévoit que ces prestations sont revalorisées en appliquant un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels[379].

À moyen terme, selon l'annexe 3 du PLFSS 2025, « *L'évolution des prestations familiales* (…) *dépend aussi de facteurs sociodémographiques dont l'évolution est plus lente, comme le nombre des naissances, la structure des familles ou l'offre de garde* ». Or, le nombre de

[379] Conseil de la famille du HCFEA, 2023, *Le pouvoir d'achat des familles face au choc d'inflation*, Rapport adopté le 19 décembre ; Conseil de la famille du HCFEA, 2025, *Retour sur l'évolution du pouvoir d'achat des prestations familiales et de solidarité*, Note adoptée le 18 mars.

naissances évolue à la baisse depuis 2014 ; le montant de prestations versées s'est donc réduit.

Graphique 2 I Les dépenses et les recettes de la branche famille de la sécurité sociale en pourcentage du PIB de 2009 à 2025



Note : les courbes en pointillé représentent les dépenses et recettes réelles de la branche famille sur un périmètre qui a évolué au cours du temps. Les courbes en trait plein représentent les dépenses et les recettes sur le périmètre de la branche famille depuis 2021, c'est à dire minorées des transferts au Fnal (APL) avant 2015, de l'allocation de logement familiale (ALF) avant 2016 et de l'AEEH avant 2021, pour apprécier les évolutions sur un périmètre constant.
Source : rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale ; calculs SG HCFEA.

3. Un excédent qui a surtout servi à financer des transferts vers d'autres branches

Ces dernières années, les excédents (réels ou potentiels) ont été utilisés, ou progressivement mobilisés, pour financer d'autres dépenses[380]. La majorité de l'excédent a été utilisée pour financer les autres dépenses de la branche : les dépenses d'action sociale et les transferts vers d'autres branches (voir I.D). Néanmoins, les excédents ont aussi permis de financer l'amélioration de certaines prestations existantes (extension, conditions d'éligibilité), la création de nouvelles prestations, ou encore la revalorisation de certaines prestations au-dessus de l'inflation (revalorisation du complément familial majoré au-dessus de l'inflation

[380] Math A., 2023, L'évolution de la politique familiale depuis 1950 revisitée à travers le rôle joué par son financement, *La revue de l'Ires*, n° 110-111.

de 2014 à 2018 ou hausse de 50 % du montant de l'allocation de soutien familial [ASF] à compter de novembre 2022).

B. L'évolution des recettes de la branche famille

Du milieu des années 1970 à 2014, les recettes de la branche famille ont évolué au même rythme que le PIB, y compris après la modification importante de la composition de ses ressources intervenue au début des années 1990 (avec la création de la CSG, puis la compensation des réductions de cotisations). L'année 2014 marque une rupture car, à partir de cette date, interviennent trois changements qui ont conduit à une baisse des recettes de la branche.

1. Une rupture dans les recettes à partir de 2014

Dans un premier temps, à compter du 1er janvier 2014, le taux des cotisations sociales employeur affectées à la branche famille est passé de 5,40 % à 5,25 %. Dans un deuxième temps, le « bandeau famille » a été mis en place en 2015-2016 dans le cadre du pacte de responsabilité. Il s'est traduit par une baisse du taux de cotisations familiales de 1,8 point (de 5,25 à 3,45 %) pour les salaires inférieurs à 1,6 Smic à partir de janvier 2015, étendue aux salaires inférieurs à 3,5 Smic à partir d'avril 2016[381]. Ce dispositif a donc conduit à réduire les ressources de la branche famille issues des cotisations sociales.

En principe, cette baisse de ressources devait être compensée par la prise en charge par l'État de dépenses d'aides au logement financées par la branche, représentant un peu plus de la moitié du total des aides personnelles au logement. Ainsi, en 2015, les dépenses d'aide personnalisée au logement (APL) vers les familles (soit environ 57 % du total des dépenses d'APL) ont cessé d'être transférées de la branche au fonds national d'aide au logement (Fnal). Puis, en 2016, l'État a pris en charge les dépenses d'allocation logement à caractère familial (ALF).

Sur le long terme, ce changement de périmètre a eu des conséquences sur le solde de la branche. En effet, celle-ci a perdu des recettes dynamiques – des cotisations évoluant avec les revenus du travail – en échange d'un délestage de charges de logement progressant beaucoup moins vite. En faisant l'hypothèse que, sans ces changements, les recettes de la branche auraient évolué au même rythme que le PIB et en neutralisant l'effet du changement de périmètre de la branche, le Conseil de la famille du HCFEA a estimé la perte pour la branche famille à 2 Md€ entre 2014 et 2019, soit 3,4 % des recettes[382]. Des évaluations partielles de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) et de la Cour des comptes conduisent au même résultat.

La troisième mesure affectant les ressources de la branche famille est passée plus inaperçue. Depuis 1994, une loi garantissait que toutes les exonérations décidées à compter de cette

[381] Cette réduction de cotisation concerne donc une très grande proportion des salariés. Les cotisations familiales des indépendants ont également été très fortement diminuées.

[382] Conseil de la famille du HCFEA, 2021, *L'évolution des dépenses sociales et fiscales consacrées aux enfants à charge au titre de la politique familiale – Bilan des réformes des vingt dernières années*, Rapport adopté le 30 mars 2021.

date devaient être intégralement compensées à la sécurité sociale[383], en particulier les réductions de cotisations sur les bas salaires[384]. La LFSS 2019 a permis de déroger à cette règle de compensation intégrale et, dès le courant de l'année 2019, il a été décidé de ne pas compenser la branche famille des conséquences de certaines mesures d'exonérations, dont les mesures dites « gilets jaunes ». Selon la CCSS (juin 2020), la perte pour la sécurité sociale qui en résulte s'est élevée à 4,4 Md€ en 2019, dont 0,4 Md€ pour la branche famille[385]. À partir de 2020, d'autres mesures non compensées à la sécurité sociale ont été ajoutées, telle l'exonération de cotisations sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle dans la fonction publique et le forfait social au titre de l'intéressement et de la participation. Les rapports de la CCSS ne permettent pas de tracer l'évolution précise de la perte de recettes induite pour les régimes de sécurité sociale depuis 2019[386].

2. Une baisse de recettes de l'ordre de 4 Md€ en dix ans

Pour évaluer la baisse de recettes pour la branche famille résultant de ces trois changements intervenus depuis 2014, il convient de raisonner à périmètre constant, celui en vigueur depuis 2021, c'est-à-dire hors aides au logement (APL familles et ALF) et hors dépenses d'AEEH. On fait l'hypothèse que, dans le scénario contrefactuel, les recettes auraient continué à croître au même rythme que le PIB.

Sur la période 2014-2022, les recettes effectives, corrigées des effets de modification du périmètre de la branche famille, ont baissé de 0,15 point de PIB (passant de 2,16 % à 2,01 % du PIB), avant de se stabiliser à ce niveau. La perte de recettes pour la branche, estimée par

[383] Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, initialement destinée aux allégements bas salaires (articles L. 131-7 CSS et LO 111-3 CSS dans leurs versions antérieures à 2019). La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a par la suite étendu le principe de « compensation intégrale » des mesures de réductions de cotisations sociales, aux mesures d'exonération ou de réduction de contributions sociales, ainsi qu'aux réductions et abattements d'assiette et à tout transfert de charge entre l'État et la sécurité sociale, à compter de l'entrée en vigueur de la loi.

[384] Les circuits pour compenser les exonérations pour la branche famille ont changé plusieurs fois au cours du temps : des transferts de l'État jusqu'en 1999, puis de 2000 à 2003 des transferts d'un fonds de l'État, le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale lui-même financé par des Itaf, puis de nouveau des transferts budgétaires en 2004 et 2005, puis depuis 2006 des Itaf affectés directement à la branche famille et modifiés d'une année à l'autre, avec ajustement pour une compensation intégrale à l'euro près jusqu'en 2010, et à partir de 2011 des Itaf affectés *ex ante* pour solde de tout compte.

[385] Il s'agit notamment de l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires (– 1,7 Md€), du rétablissement du taux de CSG à 6,6 % sur les pensions intermédiaires (– 1,5 Md€), des allégements sur le forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de la participation (– 0,5 Md€), des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans les régimes spéciaux afin de compenser aux employeurs de ces régimes la perte du CICE (– 0,6 Md€), du lissage des effets de seuils de la CSG sur les pensions (– 0,2 Md€) et de la suppression de la taxe sur les farines.

[386] Par exemple, le triplement à partir de 2022 du montant maximum de la prime pour la valeur (« prime Macron »), prime bénéficiant d'une exemption de cotisations, qui n'est pas compensée à la sécurité sociale, a aussi accru le manque à gagner pour la sécurité sociale.

la différence entre les recettes effectives et celles qui auraient été perçues si leur part dans le PIB était restée à leur niveau de 2014, peut être évaluée à environ 4 Md€. Au-delà de 2022, les recettes en % du PIB semblent se stabiliser à ce niveau d'environ 2 % (graphique 2).

C. L'évolution des dépenses de la branche famille

1. Une baisse de la part des dépenses de la branche famille dans le PIB depuis dix ans

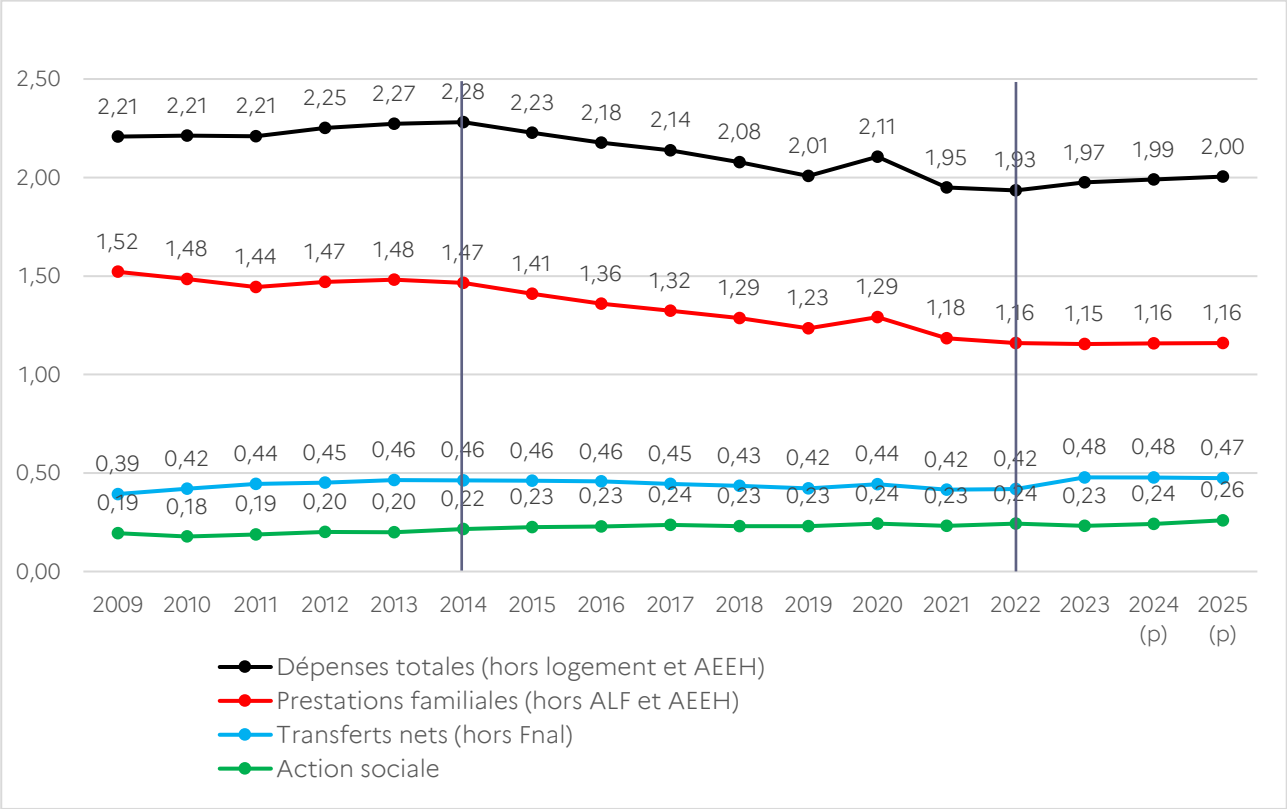
Alors que, en % du PIB, les dépenses nettes de la branche famille (à périmètre constant hors logement et AEEH) avaient peu évolué depuis les années 1990, elles connaissent une forte baisse à partir de 2014 : elles passent de 2,28 % du PIB en 2014 à 1,93 % en 2022, avant de remonter à 1,99 % en 2024 (graphique 2). Au total, entre 2014 et 2024, la part des dépenses nettes de la branche dans le PIB a diminué de 0,29 point (une baisse plus forte que celle observée pour les recettes).

La baisse de la part des dépenses de la branche famille dans le PIB entre 2014 et 2024 s'explique quasi entièrement par l'évolution des dépenses de prestations légales, dont la part dans le PIB est passé de 1,47 % en 2014 à 1,16 % en 2024 (– 0,31 point, soit une baisse de 20,9 % du ratio, graphique 3). Les frais de gestion (le reliquat non représenté sur le graphique), exprimés en % du PIB, ont également diminué, de 0,03 point sur cette période (soit une baisse de 18 % du ratio). Cette diminution doit être mise en lien avec les baisses des effectifs de personnel et avec les difficultés connues par la branche au regard du suivi des allocataires.

À l'inverse, les dépenses d'action sociale, en % du PIB, connaissent une légère hausse (+ 0,026 point de 2014 à 2024, soit une hausse de 12 % du ratio). Sur l'ensemble de la période, les transferts vers d'autres branches évoluent eux aussi légèrement à la hausse (de 0,46 % du PIB à 0,48 %). Ceci est dû à la prise en charge par la branche en 2023 des indemnités journalières (IJ) du congé maternité postnatal. En revanche, les transferts vers l'assurance vieillesse connaissent une érosion en raison de la baisse des dépenses d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Graphique 3 I Décomposition des dépenses nettes de la branche famille en grands postes de 2009 à 2025

en % du PIB



Note : champ hors logement (APL, ALF et Fnal) et hors AEEH.
Source : rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale ; calculs SG HCFEA.

2. Des dépenses d'accueil du jeune enfant en baisse et des dépenses d'entretien stables

En euros constants, les dépenses de prestations légales ont diminué de 10,8 % entre 2014 et 2024 (jusqu'à – 12,8 % entre 2014 et 2022, tableau 1). Ces dépenses se décomposent entre prestations d'entretien en faveur de la famille (allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire) et prestations d'accueil du jeune enfant (allocation de base, prime à la naissance et à l'adoption, complément mode de garde, Prepare). Entre 2014 et 2024, les dépenses de prestations d'entretien en euros constants sont globalement restées stables. En revanche, les dépenses de prestations d'accueil du jeune enfant (Paje) en euros constants ont chuté de près d'un quart (– 24,4 %). En conséquence, la part des dépenses de Paje dans les dépenses de prestations légales nettes est passé de 40 % en 2014 à 34 % en 2024.

Tableau 1 ▌Évolution cumulée des dépenses de prestations légales, de prestations d'entretien et de prestations d'accueil du jeune enfant (Paje) de 2014 à 2025

	En euros constants			Part en %	
	Ensemble	Prestations d'entretien	Paje	Prestations d'entretien	Paje
2014	0,0	0,0	0,0	57,9	40,3
2015	– 1,7	– 0,3	– 4,1	58,7	39,3
2016	– 4,1	– 1,5	– 5,0	59,5	39,9
2017	– 5,0	– 0,7	– 9,5	60,5	38,4
2018	– 6,9	– 0,5	– 14,0	61,9	37,2
2019	– 8,7	– 1,0	– 17,1	62,8	36,6
2020	– 9,5	1,6	– 23,1	64,9	34,3
2021	– 11,6	– 3,1	– 21,6	63,4	35,7
2022	– 12,8	– 4,3	– 23,8	63,6	35,2
2023	– 12,1	– 2,3	– 25,0	64,3	34,4
2024 (p)	– 10,8	– 0,5	– 24,4	64,6	34,2
2025 (p)	– 9,9	0,1	– 23,0	64,3	34,4

Note : champ hors ALF et hors AEEH.
Source : rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale ; calculs SG HCFEA.

Les évolutions des dépenses de prestations familiales s'expliquent par deux facteurs : l'évolution du nombre d'enfants ; les décisions budgétaires et réformes de politiques publiques.

Le facteur démographique peut être isolé en tenant compte de l'évolution du nombre d'enfants :

- de moins de 20 ans pour les dépenses de prestations d'entretien, 20 ans étant l'âge limite de prise en compte des enfants dans le calcul de la plupart des prestations ; le nombre d'enfants de moins de 20 ans a diminué de 3,2 % entre 2014 et 2024 ;
- de moins de 3 ans pour les dépenses de Paje ; le nombre d'enfants de moins de 3 ans a diminué de 15,7 % entre 2014 et 2024.

Compte tenu des parts respectives des dépenses de prestations d'entretien et des dépenses de Paje, on peut estimer que la diminution du nombre de naissances explique une baisse de 8,2 % des dépenses de prestations familiales entre 2014 et 2024, soit environ 2,8 Md€ de dépenses en moins en 2024.

Le reste de la baisse de dépenses (2,6 %) est dû aux décisions budgétaires et aux réformes mises en œuvre durant cette décennie. Il faut distinguer entre dépenses d'entretien et dépenses d'accueil du jeune enfant.

S'agissant des dépenses de prestations d'entretien, les décisions budgétaires et réformes de politiques publiques ont globalement conduit à les augmenter. Entre 2014 et 2024, en contrôlant du nombre d'enfants de moins 20 ans, ces dépenses se sont accrues de 3,6 % en euros constants. Certaines mesures ont joué négativement, telle la modulation des

allocations familiales intervenue en 2015[387], ou les mesures conduisant à un décrochage de 4 % du montant des prestations par rapport à l'évolution de l'IPC hors tabac (dont les sous-revalorisations des prestations familiales intervenues en 2019 et 2020). Cependant, d'autres mesures ont plus que contrebalancé ces effets négatifs : les augmentations des montants du complément familial majoré et de l'allocation de soutien familial (ASF) étalées de 2014 à 2018, puis la revalorisation de 50 % de l'ASF en novembre 2022. Le ciblage des dépenses de prestations familiales sur les familles aux faibles revenus et sur les familles monoparentales s'est nettement accentué sur cette période[388].

S'agissant des prestations d'accueil du jeune enfant (Paje), les mesures mises en œuvre ces dix dernières années ont globalement conduit à une forte baisse de dépense : entre 2014 et 2024, à nombre d'enfants de moins 3 ans inchangé, les dépenses de Paje ont diminué de 9,6 % en euros constants. En plus des sous-revalorisations de 2019 et 2020, la réforme du congé parental indemnisé en 2014 et 2015 (avec notamment la mise en place de la Prepare[389]), le gel des montants à taux plein et à taux partiel de l'allocation de base (AB)[390] et des primes à l'adoption et à la naissance de 2013 à 2018, et la baisse des plafonds de ressources de ces prestations en 2018 ont conduit à des baisses de dépenses plus importantes que les augmentations issues de la majoration de 30 % du montant maximal de complément mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales les plus modestes[391] intervenue en 2018.

Cette baisse des aides en direction des parents de jeunes enfants est un facteur possible ayant contribué à l'accentuation de la baisse de la fécondité.

D. Un quart des dépenses sont des transferts vers d'autres branches

La branche famille contribue au financement des branches maladie-maternité et vieillesse, dont elle réduit ainsi le déficit. En 2023, les transferts vers ces deux branches se montent à

[387] Les allocations familiales (AF) ont été modulées en fonction des ressources à partir de juillet 2015. Le montant est diminué de moitié pour environ 5 % des allocataires et des trois-quarts pour environ 5 %.
[388] Conseil de la famille du HCFEA, 2021, *op. cit.*
[389] Le complément de libre choix d'activité (CLCA), indemnisation du congé parental attribuée en cas de réduction ou d'interruption d'activité pour garder son ou ses enfants, est diminué à partir de 2014 de 47,5 % pour les familles qui ne bénéficient pas de l'allocation de base (AB). Le CLCA est ensuite remplacé en janvier 2015 par la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepare), avec une réduction de la durée maximale pour les parents ne partageant pas la prestation, ce qui va accélérer la baisse du nombre de bénéficiaires et des montants dépensés.
[390] Le montant de l'allocation de base (AB) est modulé à partir de 2014 : l'AB avant réforme devient l'AB à taux plein avec un plafond de ressources abaissé par rapport à celui en vigueur en 2013. Les familles dont les ressources sont supérieures à ce nouveau plafond, mais inférieures au plafond des prestations avant réforme, voient le montant de leur prestation divisé par deux (11 % des bénéficiaires de l'AB en 2019). En plus de la modulation de l'AB, le montant de l'AB, mais aussi de la prime de naissance et d'adoption, est gelé à son niveau de 2013 jusqu'en 2018, conduisant à une baisse en euros constants de 4 % (le montant de l'AB à taux plein est aligné à partir de 2019 sur le montant du complément familial, et de moitié pour l'AB à taux partiel).
[391] Celles dont les ressources se situent en dessous du premier seuil de ressources du CMG.

environ 13,5 Md€ et représentent près d'un quart des dépenses de la branche (tableau 2). Ces transferts, inexistants avant 1972, ont beaucoup augmenté, surtout entre 2001 et 2011, et de nouveau à partir de 2023 (graphique 4). Comme aucune affectation de recettes supplémentaires n'a eu lieu en contrepartie, ces transferts sont venus préempter d'autres usages que la branche aurait pu faire de ces ressources.

Tableau 2 ▌Montant des transferts vers d'autres branches et part dans le total des dépenses de la branche famille en 2023

	Montant (en Md€)	Part dans le total (en %)
Dépenses nettes de la branche famille	55,734	100,0
Transferts nets	13,488	24,2
Dont		
Prise en charge de cotisations au titre de l'AVPF	*4,984*	*8,9*
Majorations de pension pour enfants	*5,441*	*9,8*
Congé paternité (incluant 1 % de frais de gestion)	*0,673*	*1,2*
Prise en charge des IJ maternité, adoption et accueil de l'enfant	*2,076*	*3,7*
Autres transferts nets	*0,314*	*0,6*

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

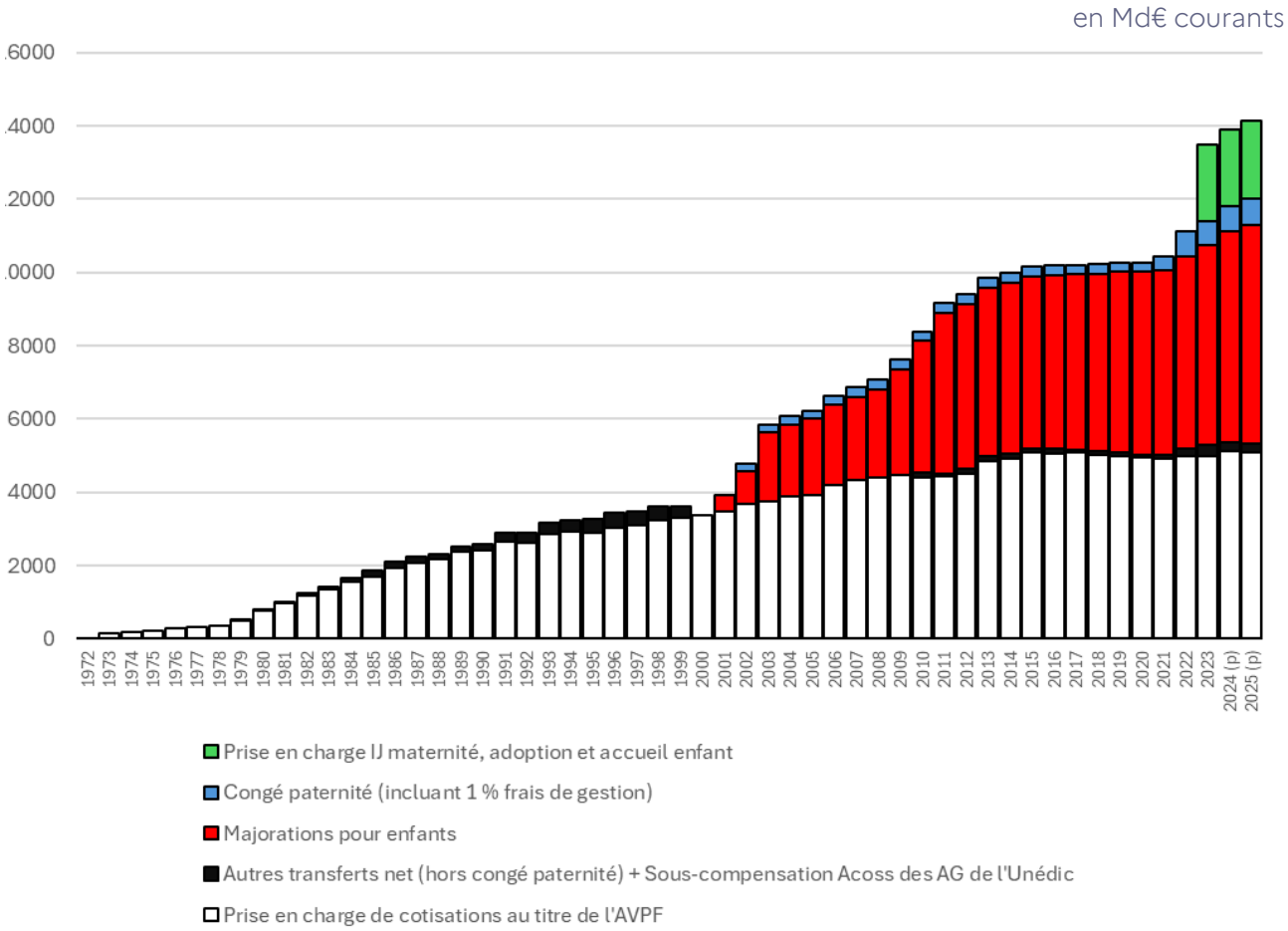
Les transferts de la branche famille à la branche vieillesse (ou au fonds de solidarité vieillesse [FSV]) se font *via* la prise en charge des cotisations vieillesse au titre de l'AVPF et des majorations de pensions de retraite pour trois enfants et plus. Le montant des transferts liés à la prise en charge des cotisations vieillesse a progressivement augmenté depuis 1973 pour atteindre plus de 4,9 Md€ en 2023, soit 8,9 % des dépenses de la branche famille.

À partir de 2001, les dépenses de majorations de pensions de retraite pour enfants des régimes de sécurité sociale ont été progressivement mises à la charge de la branche famille. L'intégralité est prise en charge depuis 2011. En 2023, ces transferts se montent à 5,4 Md€, soit 9,9 % des dépenses nettes de la branche.

La branche famille contribue également à la réduction du déficit de la branche maladie-maternité. Depuis 2002, elle prend ainsi en charge les IJ versées dans le cadre du congé de paternité (majorées de frais de gestion) par un transfert dont le montant s'est accru avec le temps, en particulier lors de l'allongement du congé de paternité de 11 à 25 jours en juillet 2021. En 2023, cela représente 673 M€, soit 1,2 % des dépenses.

La contribution à la branche maladie s'est de nouveau accrue à compter de 2023 avec la prise en charge des IJ du congé maternité postnatal (60 % du total des IJ maternité), soit environ 2 Md€ supplémentaires (3,7 % des dépenses en 2023).

Graphique 4 I Les transferts de la branche famille de 1972 à 2025



Source : Cnaf et CCSS (pour les prévisions 2024 et 2025).

E. Un excédent appelé à croître à échéance 2029, *a fortiori* compte tenu de la baisse du nombre des naissances

Depuis 2014, le nombre de naissances en France évolue à la baisse. Cette baisse aura des impacts sur les dépenses de la branche famille et son solde au cours des prochaines années. Le Conseil de la famille du HCFEA a cherché à évaluer cet impact et, pour ce faire, a estimé les dépenses et les recettes de 2025 à 2029, en reprenant les hypothèses économiques figurant dans la LFSS pour 2025[392].

S'agissant des dépenses, deux hypothèses d'évolution des naissances ont été retenues : la première (H1) prévoit un maintien du nombre de naissances à son niveau de 2024 (663 000 naissances) ; la seconde (H2) prévoit une poursuite de la baisse des naissances de

[392] On suppose que les recettes évoluent au même rythme que la masse salariale du secteur privé, conformément aux hypothèses retenues dans la LFSS. Notons que l'hypothèse de croissance pour 2025, déjà révisée à la baisse de 1,1 % à 0,9 % depuis la présentation du PLFSS en octobre 2024, apparaît désormais surestimée. En mars, la Banque de France a abaissé sa prévision à 0,7 %, suivie par Bercy en avril. L'OFCE anticipe pour sa part une croissance encore plus modeste, de 0,5 %, dans ses prévisions d'avril.

2,1 % par an, ce qui correspond à l'évolution moyenne observée entre 2014 et 2024 (la baisse a été de 2,2 % sur l'année 2024 et elle a été de 2,7 % sur les trois premiers mois de l'année 2025 par rapport aux mêmes mois de l'année précédente)[393].

D'après les estimations du SG du HCFEA, l'excédent de la branche devrait croître davantage que ce qui a été prévu dans la LFSS pour 2025 (tableau 3). En effet, d'une part, la LFSS 2025 sous-estime l'excédent pour 2024, en le chiffrant à 0,5 Md€ contre 1,1 Md€ selon les dernières estimations. D'autre part, elle repose sur l'hypothèse d'un rebond des naissances dès 2025 (+ 3 %), alors que la tendance actuelle montre une poursuite de la baisse.

Selon les estimations du SG du HCFEA, l'excédent à l'horizon 2029 atteindrait 4,5 Md€ avec l'hypothèse H1 ou 6 Md€ avec l'hypothèse H2 (soit un écart de 1,5 Md€ entre les deux hypothèses). À la dynamique démographique défavorable s'ajoute un fonctionnement budgétaire qui tend structurellement à dégager des excédents, en raison notamment d'un mode d'indexation des prestations peu favorable.

Tableau 3 **I** Prévisions d'évolutions des recettes et dépenses de la branche famille de 2024 à 2029

en Md€ courants

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	56,8	58,9	60,4	62,2	64,4	66,5	68,8
Dépenses H1	55,7	57,7	58,9	60,4	61,6	62,9	64,3
Dépenses H2	55,7	57,7	58,7	60,0	60,9	61,8	62,8
Solde H1	1,0	1,2	1,5	1,9	2,7	3,6	4,5
Solde H2	1,0	1,2	1,6	2,3	3,5	4,7	6,0
Solde - LFSS 2025	1,0	0,5	0,4	0	0,9	1,6	
Solde définitif connu	1,0	1,1					

(p) : prévisions.
H1 = maintien du nombre de naissances à partir de 2024 ; H2 = baisse du nombre de naissances de 2,1 % par an.
Source : calculs SG HCFEA à partir des hypothèses économiques figurant dans la LFSS pour 2025.

II. Les spécificités de la branche famille appellent à respecter certaines règles

La politique familiale doit répondre aux besoins des familles pour éduquer et élever au mieux leurs enfants. Or ces besoins sont aujourd'hui insuffisamment couverts, notamment en matière d'accueil du jeune enfant et de soutien financier aux familles modestes (II.A). La politique familiale doit également pouvoir, dans le futur, continuer à assurer ses fonctions redistributives (II.B). La branche famille peut répondre à ces besoins compte tenu de son excédent, appelé sinon à s'accroître d'ici 2029 (voir I), à condition qu'un niveau suffisant de recettes continue à lui être garanti (II.C). Dans ce cadre, il importe aussi de garantir la

[393] L'arrivée aux périodes d'âge les plus fécondes des générations relativement creuses nées de 1992 à 1999 va aussi dans le sens d'une poursuite de la baisse des naissances dans les prochaines années.

lisibilité et la transparence des choix budgétaires de la branche affectant les recettes comme les dépenses (II.D).

A. Répondre aux besoins des familles d'aujourd'hui

La politique familiale doit s'adresser à l'ensemble des familles, indépendamment de leur statut matrimonial, de leur niveau de revenu ou de leur composition, afin de préserver son caractère universel, socle d'une cohésion sociale durable. Ce principe d'universalité doit néanmoins tenir compte de la diversité des situations. En particulier, une attention spécifique doit être portée aux situations de vulnérabilité et de pauvreté, qui ont des effets négatifs sur le bien-être des enfants et leur développement.

La politique familiale doit s'inscrire dans une approche centrée sur le développement de l'enfant : accès à l'éducation, à la santé, aux loisirs, à un environnement stable et protecteur. Elle doit être cohérente avec les droits de l'enfant, tels que définis par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, en garantissant notamment la couverture des besoins fondamentaux de chaque enfant. Elle doit participer à la mise en œuvre du principe d'égalité dans toutes ses différentes dimensions (genre, sociale, territoriale, etc.).

Les besoins des familles sont aujourd'hui insuffisamment couverts. Parmi ces besoins figurent les difficultés liées à la monoparentalité, au handicap d'un enfant, aux situations de précarité économique, ou encore à l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle. Une attention particulière doit être portée à la petite enfance, aux familles monoparentales et aux familles nombreuses.

B. Assurer les fonctions redistributives de la branche famille

Une des raisons de l'excédent structurel de la branche famille tient à la règle d'indexation des prestations familiales et des plafonds de ressources associés à certaines d'entre elles (AB de la Paje, complément familial [CF], allocation de rentrée scolaire [ARS], CMG) sur l'indice des prix hors tabac (voir I.A.2). Les prix augmentant en général moins que les revenus, cette règle d'indexation conduit à une baisse relative des prestations familiales et des plafonds de ressources en pourcentage des revenus des ménages. Elle limite par conséquent l'efficacité de la politique familiale à atteindre ses objectifs de redistribution horizontale (des ménages sans enfant vers les familles avec enfants) et de redistribution verticale (des familles avec enfants aisées vers celles modestes).

Premièrement, cette règle d'indexation conduit à une baisse tendancielle au cours du temps de la part des prestations familiales dans le revenu des ménages avec enfants. Ainsi, le niveau de vie relatif des familles se dégrade relativement à la richesse nationale ou au revenu moyen des ménages sans enfant, ce qui est contraire au principe d'équité horizontale sous-jacent à la politique familiale. Deuxièmement, la baisse du montant des prestations familiales par rapport aux revenus affecte davantage les familles les plus modestes pour lesquelles les prestations familiales représentent une part importante du revenu. Or ceci est contraire au principe de redistribution verticale sous-jacent à la politique familiale.

En outre, la revalorisation des plafonds de ressources sur les prix et non sur les revenus conduit mécaniquement à exclure du bénéfice des prestations sous condition de ressources une part croissante de familles au fil du temps[394].

Enfin, l'épisode inflationniste récent a montré d'autres limites de ce mode d'indexation. Ce dernier n'agissant qu'avec retard, il a conduit à une perte cumulée de pouvoir d'achat de 3 Md€ pour les prestations familiales et de 4,6 Md€ pour les prestations de solidarité, par rapport à une situation où les prestations auraient été indexées sur les prix au fur et à mesure[395].

Ces constats, qui ont été faits à plusieurs reprises[396], devraient conduire, dans le cadre d'un débat argumenté, à revoir ce mode d'indexation des prestations, qui a pour effet de créer mécaniquement des excédents en laissant dériver le niveau relatif de prestations familiales et de solidarité particulièrement importantes pour les familles.

Dans le cadre de la saisine relative au redressement des comptes de la sécurité sociale, et au regard de ce diagnostic, le Conseil de la famille s'oppose à des mesures du type sous-indexation ou gel des montants et des plafonds de ressources des prestations familiales et de solidarité. De telles mesures conduiraient en effet à faire porter la charge de l'effort du redressement sur les familles avec enfants, en particulier sur les plus modestes d'entre elles, alors que la France affiche déjà un taux de pauvreté des enfants de 20,6 % (plus élevé que celui de l'ensemble de la population, 14,5 %) et qui tend à croître plus rapidement depuis quelques années. Conformément au principe n° 3 des grands principes devant accompagner le rétablissement des comptes sociaux (voir partie II du rapport), les dépenses pour lutter contre la pauvreté des enfants doivent être considérées comme des dépenses d'avenir à préserver.

C. Garantir une évolution des recettes de la branche famille au même rythme que la croissance

Les recettes de la branche famille ont été maintenues, en % du PIB, à un niveau stable entre les années 1970 et 2014. À partir de 2014, ce niveau a cessé d'être garanti. Entre 2014 et 2022, la branche famille a ainsi perdu environ 7 % de ses ressources à champ couvert constant, ce qui, combiné au financement de nouveaux transferts vers d'autres branches de la sécurité sociale, a conduit à plusieurs années de déficit et, *in fine*, à une baisse des dépenses, en particulier de prestations d'accueil du jeune enfant (voir I). Depuis 2022, les recettes se sont de nouveau stabilisées, à 2 % du PIB. Afin de répondre aux besoins des familles et des enfants (II.A), d'assurer les fonctions redistributives de la politique familiale (II.B), d'accompagner les parents dans la réalisation de leur projet d'enfant, et de ne pas

[394] Conseil de la famille du HCFEA, 2023, *op. cit.* ; Conseil de la famille du HCFEA, 2025, *op. cit.*
[395] Conseil de la famille du HCFEA, 2025, *op. cit.*
[396] Haut Conseil de la famille, 2013, *Les aides aux familles*, Rapport établi par Bertrand Fragonard adopté le 8 avril ; Conseil de la famille du HCFEA, 2021, *op. cit.* ; Conseil de la famille du HCFEA, 2023, *Les évolutions de la base mensuelle des allocations familiales (Bmaf) et du montant de quelques prestations familiales sur longue période (1940-2023)*, Note adoptée le 7 novembre.

dégrader les comptes de la branche famille, il est essentiel que les recettes de la branche soient de nouveau garanties, comme elles l'ont été des années 1970 à 2014. Le niveau des recettes de la branche ne doit pas être abaissé en dessous du niveau auquel il se situe depuis 2022, soit 2 % du PIB[397].

D. Assurer la transparence et la lisibilité des choix budgétaires

Enfin, conformément au principe n° 8 des grands principes devant accompagner le rétablissement des comptes de la sécurité sociale[398] (voir partie II du rapport), il est indispensable d'assurer la transparence et la lisibilité des choix budgétaires affectant les comptes de la branche famille.

S'agissant des recettes de la branche famille, cela implique qu'elles ne doivent pas être transférées vers d'autres administrations (comme cela a été le cas à plusieurs reprises, et notamment en 2024 et 2025 avec les modifications du « bandeau famille »). De telles opérations présentent des inconvénients : affectation opaque des recettes de cotisations famille à des dépenses sans lien avec la politique familiale, atteinte au principe de garantie de cohérence entre les recettes et les dépenses de la branche, perte de recettes pour la branche famille (ces transferts de recettes n'étant en général pas compensés par d'autres recettes), etc.

S'agissant des dépenses de la branche famille, des transferts vers d'autres branches ne sont envisageables qu'à la condition qu'ils participent à atteindre les objectifs des politiques familiales et que les besoins des familles soient couverts (en particulier en matière d'accueil du jeune enfant et de compensation financière des charges de famille). Le cas échéant, ces transferts doivent être lisibles et transparents.

III. Les pistes examinées par le Conseil de la famille du HCFEA pour participer au redressement des comptes de la sécurité sociale

Dans un contexte général de finances publiques dégradées auxquelles contribuent modestement les comptes de la sécurité sociale, comment la branche famille, structurellement excédentaire, peut-elle participer au redressement des comptes de la sécurité sociale ? Un certain nombre de pistes examinées par le Conseil de la famille du HCFEA pour participer au redressement des comptes de la sécurité sociale sont présentées

[397] Une autre possibilité pour garantir les recettes serait de reprendre le libellé de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille : « *Les ressources de la Cnaf sont au moins égales chaque année pour la période du 1er janvier 1994 au 31 décembre 98 au montant qu'elles auraient atteint à la fin de l'année considérée en cas de maintien des dispositions légales applicables le 1er janvier 1993 au taux, à l'assiette et au champ d'application des cotisations et contributions énumérées à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale* ».

[398] Le principe 8 énonce que le financement doit être clarifié en garantissant la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité et au champ des bénéficiaires et l'équité du financement.

ici. Une première piste consiste à anticiper et prévenir les risques pour éviter des dépenses futures (III.A). Une deuxième piste consiste à améliorer l'efficience du système (III.B). Une troisième piste consiste à réorienter les dépenses de la branche famille (III.C). Le périmètre des politiques familiales ne se limite cependant pas à la branche famille de la sécurité sociale : des dépenses fiscales (par exemple dans le cadre de l'impôt sur le revenu) et sociales (par exemple supplément enfant des prestations de solidarité et des aides au logement) en direction des familles rentrent aussi dans ce périmètre. Aussi, en dehors du champ de la sécurité sociale *stricto sensu*, un certain nombre de pistes de nature fiscale sont également examinées afin de garantir une cohérence d'ensemble de la politique familiale (III.D).

A. Anticiper et prévenir les risques pour éviter des dépenses futures

Parmi les grands principes devant accompagner le rétablissement des comptes sociaux présentés dans la partie II du rapport, figurent l'importance de favoriser le taux d'emploi, déterminant fondamental du retour à l'équilibre des comptes (principe n° 2), de préserver les dépenses d'avenir, en particulier en s'attaquant à la pauvreté des enfants (principe n° 3) et de mobiliser des mesures de prévention (principe n° 6). Certaines dépenses réalisées aujourd'hui au bénéfice des enfants et de leurs parents permettent de prévenir des risques et donc de réduire des dépenses futures. En outre, certaines politiques, en particulier celles visant à faciliter l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle, encouragent le maintien dans l'emploi des parents et permettent ainsi d'augmenter les recettes de l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

En conséquence, le HCFEA soutient notamment les mesures suivantes : la modification de la règle d'indexation des prestations familiales (voir II.B, nous renvoyons aux travaux passés du Conseil de la famille sur ce point[399]), le développement de l'accueil du jeune enfant, la refonte du congé parental pour le rendre conforme aux directives européennes, les mesures contribuant à lutter contre la pauvreté des enfants, ainsi que la prévention de risques liés à l'alimentation par un meilleur encadrement de la pause méridienne à l'école. L'excédent de la branche famille, qui pourrait atteindre 4,5 à 6 Md€ à l'horizon 2029 (voir I.E), doit servir à financer ces mesures, sa finalité étant de soutenir les familles.

1. Égalité femmes - hommes, taux d'emploi et politiques d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle

Les politiques d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle sont largement financées par la branche famille. Parmi ces politiques, l'accueil du jeune enfant permet aux parents de jeunes enfants de continuer à travailler ou de reprendre rapidement un emploi après une naissance, de se former ou de chercher un emploi, dans une optique notamment d'égalité professionnelle. Or, les tensions entre besoins des familles et offre de services d'accueil des jeunes enfants persistent, même si la part des enfants de moins de 3 ans

[399] Conseil de la famille du HCFEA, 2023, *op. cit.* ; Conseil de la famille du HCFEA, 2025, Note, *op. cit.*

accueillis en crèche ou chez une assistante maternelle a doublé depuis les années 2000[400]. Ainsi, en 2021, un enfant de moins de 3 ans sur cinq est gardé par ses parents, faute pour ces derniers d'avoir trouvé un mode d'accueil formel. En outre, l'accès aux modes d'accueil reste marqué par de fortes disparités géographiques[401]. Ces écarts entre territoires alimentent des inégalités durables dans l'accès à des solutions d'accueil adaptées, en particulier pour les familles les plus vulnérables ou résidant dans des zones peu pourvues en services. Redynamiser l'offre de places dans les modes d'accueil de la petite enfance doit donc rester une priorité de la politique familiale.

Le déploiement du service public de la petite enfance (SPPE), s'il implique des dépenses, conduit également à des recettes futures pour l'ensemble de la sécurité sociale *via* une augmentation des taux d'emploi. Il est difficile d'évaluer précisément ce gain en recettes, car il faut d'une part dénombrer le nombre de parents de jeunes enfants qui travailleraient s'ils avaient trouvé un mode d'accueil formel pour leur enfant, et d'autre part estimer le salaire auquel ces parents pourraient prétendre au regard de leur qualification, expérience, secteur d'activité, etc. On estime qu'environ 160 000 parents d'enfants de moins de 3 ans demandeurs d'emploi (le plus souvent des femmes) seraient empêchés de travailler faute de solution d'accueil. En supposant que l'ensemble de ces parents reprendraient un emploi à temps plein rémunéré au salaire minimum, le gain en cotisations sociales pour la sécurité sociale serait de l'ordre de 1 Md€ hors compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales[402]. À ces recettes supplémentaires induites d'une hausse du taux d'emploi des parents de jeunes enfants, s'ajouteraient de moindres dépenses de prestations sociales sous conditions de ressources pour les familles concernées.

La mise en œuvre d'un congé de naissance de quatre mois pour chaque parent, rémunéré en fonction du salaire, permettrait de traduire concrètement les engagements pris dans le cadre de la directive européenne sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Le recours à ce congé ne doit pas être une obligation pour les parents, en particulier les mères qui doivent pouvoir reprendre leur travail à la sortie du congé maternité si elles le souhaitent. D'autre part, la mise en place de ce congé de naissance ne doit pas freiner le développement du service public de la petite enfance. D'après un chiffrage effectué dans le cadre de la concertation lancée par le Gouvernement au printemps 2024, le coût de la mise en place du congé de naissance serait d'environ 1 Md€, avec un taux de remplacement de 50 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale[403], et en faisant l'hypothèse d'un taux de recours de 35 % des mères et de 10 % des pères. Ce coût brut doit être mis en

[400] Caenen Y., Virot P., 2023, La part des enfants de moins de 3 ans confiés principalement à une assistante maternelle ou à une crèche a presque doublé entre 2002 et 2021, *Études et Résultats*, n° 1257, Drees, février.

[401] Conseil de la famille du HCFEA, 2023, *Accueil du jeune enfant : relancer la dynamique*, Rapport adopté le 7 mars.

[402] L'Urssaf met à disposition un simulateur sur son site. Le salaire minimum correspond à un salaire super brut de 23 419 € par an et à un salaire net de 16 852 € par an, soit un montant de cotisations sociales de 6 567 € par an.

[403] Un taux de remplacement de 50 % est faible en comparaison des dispositifs en vigueur dans les pays nordiques et en Allemagne et risque de ce fait d'être peu attractif, en particulier pour les pères.

perspective avec les économies de dépenses d'accueil formel qui découleraient de la mise en place de ce congé. Pour affiner le chiffrage, il faudrait également prendre en compte l'impact de ce nouveau congé sur le recours à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), et plus généralement sur les transferts supportés par la branche famille.

Enfin, un partage plus égalitaire des responsabilités parentales au sein des couples constitue un levier essentiel pour améliorer la situation économique des mères, en favorisant leur insertion et leur maintien dans l'emploi. Cette dynamique contribue également à limiter les conséquences financières des ruptures familiales, en réduisant les besoins de soutien public aux foyers monoparentaux. Par ailleurs, une implication accrue des pères dans les premiers mois de vie de l'enfant, rendue possible par un congé de naissance mieux partagé, est susceptible de renforcer leur engagement à long terme, y compris en cas de séparation. Ce changement culturel et structurel favoriserait un partage plus équitable des responsabilités parentales, avec des bénéfices attendus en matière de dépenses publiques (même s'ils sont difficiles à évaluer précisément).

Ainsi, une politique articulant congé parental indemnisé et accueil du jeune enfant dans une perspective d'égalité des femmes et des hommes, permettrait non seulement de mieux répondre aux besoins des familles, mais aussi de renforcer la soutenabilité économique de l'ensemble de la sécurité sociale.

2. La lutte contre les inégalités sociales et la pauvreté des enfants et des familles

Au-delà de son rôle en matière d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle des parents, le service public de la petite enfance participe à prévenir des risques et limiter des dépenses futures. Il contribue en effet au développement de l'enfant en favorisant une socialisation précoce dans un environnement adapté, ce qui permet de lutter contre les inégalités sociales, territoriales et de santé, de favoriser l'égalité des chances, de limiter l'échec scolaire et de réduire la pauvreté[404]. L'accueil en crèche, et dans une moindre mesure par une assistante maternelle ou la garde à domicile, a ainsi un effet positif sur le développement du langage par rapport aux autres solutions de garde (par les parents, les grands-parents ou une solution de garde informelle). Les enfants les moins favorisés – en particulier ceux dont les mères ont un faible niveau d'étude, sont immigrantes et ceux des ménages à faible revenu – semblent bénéficier le plus de l'accueil formel, notamment en matière d'acquisition du langage[405].

[404] Voir le rapport de synthèse du séminaire *Premiers pas. Développement du jeune enfant et politique publique,* HCFEA, Cnaf et France Stratégie, octobre 2021, ainsi que les constats et préconisations de la commission des « 1000 premiers jours » lancée par le Président de la République en septembre 2019 et présidée par Boris Cyrulnik : *Les 1 000 premiers jours.* Là où tout commence, Rapport, septembre 2020.
[405] Berger L. M., Panico L., Solaz A., 2021, The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development: Evidence From the French Elfe Cohort, *Demography*, n° 58.

Plus généralement, le soutien aux familles vivant sous le seuil de pauvreté est essentiel, car la pauvreté subie durant l'enfance constitue une atteinte aux droits fondamentaux[406] et engendre des conséquences durables sur les parcours de vie. L'enfant ou l'adolescent d'une famille pauvre a beaucoup plus de risques de se retrouver lui aussi dans une position disqualifiée socialement lorsqu'il atteint l'âge adulte, parce qu'il ne dispose pas des ressources économiques, sociales, ou relationnelles nécessaires[407]. Lutter contre les conséquences de la pauvreté pour les enfants et adolescents, en termes de risque accru d'exclusion sociale, est donc particulièrement important[408]. Or, le taux de pauvreté des enfants en France dépasse 20 % et tend à augmenter. Deux catégories de familles doivent faire l'objet d'une attention particulière, car elles sont plus exposées à la pauvreté : les familles monoparentales, dont le taux de pauvreté monétaire atteint 32,3 %, et les familles nombreuses (avec quatre enfants et plus). Une autre catégorie d'enfants doit faire l'objet d'une attention particulière : les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance.

3. La restauration des enfants lors de la pause méridienne et l'éducation à l'alimentation

La restauration scolaire répond pleinement au principe n° 6 des grands principes devant accompagner le rétablissement des comptes sociaux (voir partie II du rapport), qui indique qu'il faut mobiliser, dans le cadre d'une stratégie de moyen terme, des mesures de prévention, gages de moindres dépenses futures. En effet, elle joue un rôle central dans l' accès des enfants à une alimentation équilibrée pendant le temps scolaire, condition essentielle à leur capacité d'apprentissage. Elle constitue également un levier important de lutte contre la malnutrition infantile, en particulier pour les enfants issus de milieux défavorisés, en atténuant les effets de la pauvreté sur leur développement. Au-delà de ces dimensions immédiates, la restauration scolaire revêt une fonction éducative en matière de sensibilisation à une alimentation saine, contribuant ainsi à la prévention des risques alimentaires dans une perspective de santé publique.

Avec l'ensemble des activités périscolaires et extrascolaires, la restauration scolaire facilite l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle. En favorisant l'emploi des parents (conformément au principe n° 2 des grands principes, voir partie II du rapport), en particulier des mères, elle contribue à la réduction des inégalités professionnelles entre les

[406] L'article 27 de la Convention internationale des droits de l'enfant dit que « *Tout enfant a le droit à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social* ».

[407] « *En 2019, parmi les anciens adolescents précaires devenus adultes, presque un sur quatre est pauvre "en conditions de vie", contre environ un sur dix chez les anciens adolescents non précaires, soit un risque de pauvreté 2,25 fois plus élevé.* » ; *La vie devant soi : adolescence précaire, avenir incertain ?*, 2024, Note d'analyse, France Stratégie, avril.

[408] Conseil de la famille du HCFEA, 2018, *Lutter contre la pauvreté des familles et des enfants*, Rapport adopté le 5 juin.

femmes et les hommes. Enfin, en tant que service public, elle participe à la socialisation des enfants et à l'apprentissage du vivre ensemble.

La pause méridienne constitue un temps éducatif à part entière, dont la qualité de l' encadrement est déterminante pour le bien-être des enfants et leur capacité à reprendre les apprentissages dans de bonnes conditions. Or, ce temps reste souvent insuffisamment encadré, en raison de moyens humains et financiers limités. Dans ce contexte, il est nécessaire de renforcer les aides versées par la CAF au titre de l'animation de la pause méridienne, afin de garantir un accompagnement adapté et sécurisé pour tous les enfants, quel que soit leur territoire[409].

B. Améliorer l'efficience des politiques publiques associées aux pensions alimentaires

Une deuxième piste consiste à améliorer l'efficience du système[410], notamment en matière de politiques publiques associées aux pensions alimentaires. Le Conseil de la famille a examiné plusieurs mesures allant dans ce sens : relancer le chantier de la fusion des deux barèmes de fixation des pensions alimentaires ; poursuivre le déploiement du dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires vers de nouveaux bénéficiaires ; charger l'Aripa de la révision des pensions alimentaires à la place des juges aux affaires familiales.

1. Relancer le chantier de l'harmonisation entre le barème des pensions alimentaires utilisé par l'Aripa et celui mis à disposition des juges aux affaires familiales

En cas de séparation d'un couple avec enfants, le parent qui n'a pas la garde des enfants doit verser une contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants (CEEE), en application de l'article 371-2 du Code civil selon lequel « *chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent ainsi que des besoins de l'enfant* ».

Quand le montant de cette CEEE versée par le parent non-gardien est inférieur au montant de l'allocation de soutien familial (ASF), soit 199,19 € par mois à compter du 1er avril 2025, le parent gardien peut demander à la CAF le versement d'un complément d'ASF permettant d'atteindre ce montant de 199,19 €. Pour percevoir cette ASF complémentaire (ASF-C), le parent gardien doit vivre seul et disposer d'un titre exécutoire. En 2024, 150 000 parents gardiens bénéficient de ce dispositif, pour un montant total de 290 M€. Le taux de non-recours est important, autour de 40 %. Il conviendrait de réduire ce non-recours autant que possible.

[409] Conseil de la famille du HCFEA, 2024, *La restauration scolaire : un enjeu majeur de politique publique*, Rapport adopté le 12 novembre.

[410] Principe n° 7 parmi les grands principes à suivre dans une stratégie de moyen de terme de rétablissement des comptes sociaux, voir partie II du rapport.

Plus la CEEE est élevée et plus le montant d'ASF-C versé par la CAF est faible. Le niveau auquel est fixée la CEEE lors de la séparation est donc un enjeu important pour maîtriser la dépense d'ASF-C[411]. Or, comme le Conseil de la famille avait déjà eu l'occasion de le regretter[412], coexistent actuellement deux barèmes pour fixer le montant des CEEE lors des séparations de couples avec enfants :

- une table de référence indicative a été mise à disposition des juges aux affaires familiales (JAF) par le ministère de la Justice en avril 2010 ;
- un autre barème a été publié en février 2018 dans le code de la sécurité sociale, à destination des organismes débiteurs des prestations familiales (ODPF) qui ont la possibilité depuis juillet 2018, dans le cadre de l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa), de délivrer un titre exécutoire sur la base d'une convention entre les parents séparés (hors divorces) précisant le montant de la CEEE[413].

L'application du barème 2018 conduit à des montants de CEEE plus élevés que le barème 2010 pour les trois quarts des parents débiteurs. Il diminue donc le montant de l'ASF-C versé par la CAF au parent créancier. Néanmoins, pour des parents débiteurs à faibles ressources, ce barème 2018 conduit à une nette diminution du revenu disponible par rapport au barème 2010, sans que les parents créanciers en tirent un bénéfice à hauteur de l'effort demandé aux débiteurs.

La coexistence depuis 2018 des deux barèmes de fixation des CEEE est source de confusion pour les parents qui se séparent et pour les acteurs du secteur. Elle complique le travail de l'Aripa dans la fixation des CEEE pour des parents séparés hors divorce : environ 30 % des parents qui s'adressent à l'Aripa lors de leur séparation refusent les montants proposés découlant de l'application du barème 2018. Ces montants sont en effet considérés comme trop élevés par les parents débiteurs qui les comparent avec le montant qui résulterait de l'application du barème 2010.

Une tentative de fusion des deux barèmes, organisée par le ministère de la Justice, a eu lieu en 2020. Le barème proposé alors était un mixte des barèmes 2010 et 2018. Pour les parents débiteurs avec un revenu supérieur à 2 000 €, il reprenait le barème 2018, ce qui répondait au souhait de réévaluer le montant des pensions alimentaires dès lors que le parent débiteur

---

411 Rappelons que, lorsqu'ils déclarent verser une pension alimentaire à l'administration fiscale, les parents non-gardiens renseignent un montant mensuel moyen de 190 € par enfant sur la période 2011-2017, soit un montant inférieur à celui de l'ASF aujourd'hui. Lardeux R., 2021, Un quart des parents non-gardiens solvables ne déclarent pas verser de pension alimentaire à la suite d'une rupture de Pacs ou d'un divorce, *Études et Résultats*, n° 1179, Drees, janvier.

412 Conseil de la famille du HCFEA, 2020, *Les ruptures de couples avec enfants mineurs*, Rapport adopté le 21 janvier.

413 Article L. 582-2 CSS (créé par l'article 41 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017) ; articles R. 582-1 à -4 CSS (créés par le décret n° 2018-655 du 24 juillet 2018 relatif à l'allocation de soutien familial et à la délivrance du titre exécutoire prévu à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale) ; article D. 582-1 CSS (créé par le décret n° 2018-656 du 24 juillet 2018) ; arrêté du 25 juin 2018.

dispose de revenus suffisants. Pour les parents débiteurs à faible revenu (au-dessous de 1 000 €), il reprenait le barème 2010, évitant ainsi le risque d'appauvrissement excessif de ces parents qui existait avec le barème 2018. Pour les parents débiteurs à revenu intermédiaire (entre 1 000 € et 2 000 €), le montant de la CEEE augmentait par rapport au barème 2010, mais de façon moins prononcée qu'avec le barème 2018. Cette tentative de fusion des barèmes a été abandonnée sans raisons apparentes.

Le Conseil de la famille recommande de relancer ce chantier d'harmonisation des barèmes, avec pour objectif de mettre en place un barème unique qui serait utilisé par l'Aripa et mis à disposition des JAF. Avec ce barème unique, le montant moyen des pensions alimentaires serait plus élevé qu'avec le barème 2010, ce qui réduirait les dépenses de différentes prestations versées par les CAF (ASF-C, prestations familiales sous condition de ressources), mais les pertes de revenu disponible pour les parents débiteurs les plus modestes seraient limitées par rapport au barème 2018.

Un chiffrage de cette fusion des barèmes a été réalisé à partir de la législation sociofiscale 2021, donc avant la revalorisation de 50 % de l'ASF[414]. La fusion conduirait à une baisse de la dépense publique de l'ordre de 175 M€, qui se décompose en une baisse de la dépense d'ASF-C, mais aussi en une baisse en cascade de dépenses de prestations sociales sous conditions de ressources ou modulées selon les ressources (prestations familiales, RSA, prime d'activité, aides au logement), en partie compensées par une baisse des recettes d'impôt sur le revenu. Avec la revalorisation de 50 % de l'ASF intervenue en 2022, le gain attendu de la fusion des barèmes serait beaucoup plus élevé que le montant estimé à partir de la législation sociofiscale 2021.

Les CEEE versées pour des enfants mineurs étant entièrement déductibles du revenu imposable du parent débiteur, une hausse du montant moyen des CEEE a pour conséquence une baisse de recettes de l'impôt sur le revenu[415]. Pour augmenter le rendement de la fusion des barèmes de CEEE, il pourrait être proposé de plafonner le montant de pension alimentaire déduit du revenu imposable du parent débiteur et pris en compte dans le revenu imposable du parent créancier (voir III.D.1).

Deux points d'attention sont toutefois à souligner. D'une part, du fait de la prise en compte différenciée des CEEE et de l'ASF dans les bases ressources du système sociofiscal, pour certains parents créanciers à revenus modestes qui bénéficient de l'ASF-C et des aides au logement, du RSA ou de la prime d'activité, une hausse de la CEEE ne conduit pas toujours à une hausse du niveau de vie, voire peut se traduire par une baisse du niveau de vie, comme l'a souligné le Conseil de la famille du HCFEA[416]. D'autre part, le calcul des aides au logement ne tient pas compte du fait que le parent non-gardien doit disposer d'un logement d'une

414

Fragonard B., Pucci M., 2022, Réflexions sur le revenu des familles monoparentales et des parents débiteurs d'une pension alimentaire, *Revue de droit sanitaire et social*, n° 6.

415 En effet, une partie des parents débiteurs deviennent non imposables ; ceux qui restent imposables paient moins d'impôt sur le revenu (IR) ; les hausses d'IR du côté des parents créanciers ne compensent pas la baisse de l'IR du côté débiteur.

416 Conseil de la famille du HCFEA, 2020, *op. cit.*

taille suffisante pour lui permettre d'accueillir ses enfants. Ainsi, la fusion des deux barèmes devrait s'accompagner d'une révision de la prise en compte de la CEEE et de l'ASF dans les bases ressources des prestations sociales, et d'un surcroît d'aides au logement pour le parent non-gardien[417]. Ces réformes permettraient de répondre efficacement à l'objectif de lutte contre la pauvreté des enfants en réduisant sensiblement le taux de pauvreté des familles monoparentales (d'environ 5 points de %)[418].

Enfin, le barème harmonisé devra être mis à jour régulièrement afin de tenir compte de l'évolution des dépenses nécessaires à l'éducation et l'entretien d'un enfant. Il serait donc souhaitable qu'à intervalles réguliers un groupe d'experts examine la pertinence du barème et propose des modifications le cas échéant.

2. Poursuivre le déploiement du dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires vers de nouveaux bénéficiaires

En cas d'impayé de pension alimentaire fixée par un titre exécutoire, le parent créancier qui assume seul la charge de l'enfant peut demander à la CAF le versement d'une aide temporaire, l'allocation de soutien familial dite « recouvrable » (ASF-R). En 2024, 80 000 parents créanciers bénéficient de ce dispositif pour un montant annuel de 200 M€. L'ASF-R doit être ensuite recouvrée par l'agence nationale de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) auprès du parent débiteur dès lors qu'il est solvable. En 2024, le taux de recouvrement de l'ASF-R est proche de 80 % : le coût net de l'ASF-R est donc autour de 40 M€ par an. À ce coût net s'ajoutent les frais de gestion, qui sont actuellement évalués à 7,3 % des montants, soit 15 M€[419].

Réduire le risque d'impayé de pension alimentaire permet de diminuer les dépenses d'ASF-R non recouvrées et les frais de gestion afférents. C'est dans ce but qu'a été progressivement mis en place à partir de 2017 le dispositif d'intermédiation financière des pensions alimentaires (Ifpa). Le nombre de bénéficiaires de l'Aripa (soit l'ensemble des bénéficiaires d'une procédure de recouvrement de pension alimentaire en cours ou d'un dossier d'intermédiation financière actif et des bénéficiaires de l'ASF-C) a progressé de 257 % entre 2019 et 2024, pour atteindre 404 000 en 2024.

Depuis janvier 2023, ce dispositif est devenu de droit et automatique pour les parents qui se séparent et disposent d'un titre exécutoire fixé par un JAF ou par l'Aripa. Pour les parents qui disposent d'un titre exécutoire non judiciaire (fixé par un notaire ou un avocat), la transmission de ce titre exécutoire à l'Aripa n'a en revanche pas été rendue obligatoire. Le taux de transmission est de ce fait très faible, de sorte que les parents créanciers doivent eux-mêmes saisir l'Aripa, souvent lorsqu'ils ou elles font face à un impayé, et ce, avec des frais de gestion et un risque de non-recouvrement de l'ASF-R plus élevés pour les CAF que

[417] *Ibid.*

[418] Périvier H., Pucci M., 2021, Soutenir le niveau de vie des parents isolés ou séparés en adaptant le système socio-fiscal, *Policy Brief OFCE*, n° 91, juin.

[419] Un suivi régulier des coûts de gestion du service public des pensions alimentaires serait utile, comme le recommande la Cour des comptes ; Cour des comptes, 2025, *La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai.

si l'intermédiation avait été mise en place dès la séparation. En conséquence, **le Conseil de la famille recommande de faciliter la transmission à l'Aripa des titres exécutoires non judiciaires**[420].

Pour les parents séparés avant janvier 2023, l'intermédiation n'est pas automatique : ils doivent en faire la demande auprès de leur CAF. Celle-ci peut traiter directement la demande s'ils disposent déjà d'un titre exécutoire fixant une pension alimentaire, et la demande d'un seul parent suffit pour que l'intermédiation soit mise en place sans besoin d'accord de l'autre parent. Toutefois, de nombreux parents séparés ne connaissent pas ce dispositif, et beaucoup ne savent pas qu'un titre exécutoire est nécessaire pour que l'intermédiation puisse être mise en œuvre.

Le Conseil de la famille recommande de poursuivre le déploiement du dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires vers de nouveaux bénéficiaires. La généralisation du dispositif permettrait de faciliter le versement des pensions alimentaires à la date prévue à tous les parents créanciers, de simplifier leurs démarches, de garantir la stabilité du niveau de vie des enfants de parents séparés et, en définitive, de diminuer les dépenses d'ASF-R non recouvrées et les frais de gestion afférents au recouvrement.

Un moyen d'action possible pourrait être une campagne d'information des CAF auprès des parents séparés, allocataires ou non de prestations familiales, pour les encourager à demander à bénéficier du dispositif d'intermédiation, avant la survenue d'un impayé.

La généralisation du dispositif d'intermédiation financière aurait aussi pour conséquence une hausse du nombre de CEEE indexées sur l'évolution des prix, qui se traduirait par une baisse des dépenses d'ASF-C par rapport à une situation de non-indexation des CEEE[421].

Le versement en temps et en heure des CEEE rendu possible par le déploiement du dispositif d'intermédiation permettrait également de réduire des dépenses de prestations familiales sous condition de ressources (CF, ARS, allocation de base de la Paje).

Enfin, hors du champ de la sécurité sociale, le déploiement du système d'intermédiation financière devrait diminuer les sur-déclarations fiscales de pension alimentaire par les parents débiteurs et les sous-déclarations fiscales par les parents créanciers, donc augmenter les recettes de l'impôt sur le revenu.

La poursuite du déploiement de l'intermédiation financière des pensions alimentaires implique de prévoir des ressources humaines et des moyens financiers suffisants pour que l'Aripa puisse répondre aux demandes des parents créanciers.

---

[420] Cette recommandation rejoint la recommandation n° 42 de la Cour des comptes ; Cour des comptes, 2025, *La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai.

[421] L'ASF étant indexée sur l'évolution des prix, si la CEEE d'un montant inférieur à l'ASF ne l'est pas, le montant d'ASF complémentaire augmente chaque année.

3. Charger l'Aripa de la révision des pensions alimentaires à la place des JAF

Aujourd'hui, une CEEE ne peut être révisée que par le JAF ou par accord amiable entre les ex-conjoints. De ce fait, les révisions sont rares alors que les changements de situation des deux ex-conjoints (variation de revenu, remise en couple, nouvelle séparation, naissance d'un enfant, etc.) sont fréquents. Par ailleurs, les délais de la justice ne permettent pas une adaptation rapide du montant de la CEEE quand la situation change.

Une des conséquences de l'absence de révision rapide peut être une interruption du versement de la CEEE, qui peut entraîner des conséquences très négatives (perte de niveau de vie pour le parent créancier, lancement d'une procédure de recouvrement avec des frais de gestion pour l'Aripa, contraintes fortes sur le parent créancier à qui on enjoint de mener des poursuites pour obtenir le recouvrement, versement de l'ASF-R, etc.). **Afin de permettre une adaptation plus rapide de la CEEE à un changement de situation du parent débiteur, il serait opportun de charger l'Aripa de la révision des pensions alimentaires à la place des JAF**[422].

C. Des pistes pour réorienter les dépenses de la branche famille

Le Conseil de la famille a examiné différentes pistes pour réorienter les dépenses de la branche famille : un redéploiement des prestations familiales d'entretien ; un réexamen de la majoration de pension pour trois enfants et plus ; une augmentation du plafond de ressources utilisé pour le calcul des participations familiales dans le barème PSU.

1. Redéployer les prestations familiales d'entretien

Les réformes successives des prestations familiales – notamment celle de la Paje à partir de 2013, celle des allocations familiales en 2015, ainsi que les revalorisations ciblées de l'allocation de soutien familial et du complément familial de 2014 à 2018 – ont conduit à orienter les dépenses d'entretien vers les familles modestes, au détriment des ménages plus aisés. Elles ont également complexifié l'architecture des prestations familiales. L'augmentation de l'ASF en 2022 a permis de mieux aider les familles monoparentales.

La multiplicité des paramètres des aides – qu'il s'agisse de la composition des bases ressources, de l'année de référence ou des conditions de ressources – conduit à des effets redistributifs peu lisibles, parfois aléatoires ou contradictoires. En outre, la superposition des nombreux dispositifs de la politique familiale induit, en cas de modification d'un dispositif, des effets secondaires complexes et peu maîtrisés qu'il convient d'anticiper. Dans ce cadre, toute réforme paramétrique ne peut s'effectuer sans examiner les interactions avec les autres dispositifs sociaux et fiscaux.

[422] À noter que le Parlement avait adopté un dispositif confiant aux CAF la révision des CEEE. Mais ce dispositif a été censuré par le Conseil constitutionnel. Il conviendrait de prendre en compte les considérants retenus par le Conseil constitutionnel pour s'opposer au schéma initial.

Parmi les prestations d'entretien, en dehors de l'ASF (mentionnée en III.B), la branche famille verse les allocations familiales (AF), le complément familial (CF) et l'allocation de rentrée scolaire (ARS)[423].

- Les AF sont versées aux personnes ayant au moins deux enfants de moins de 20 ans à charge. Le montant dépend des ressources, du nombre d'enfants à charge et de leur âge. En 2022, les allocations familiales concernent 5 millions de foyers bénéficiaires pour une masse financière de 13,4 Md€. Les AF sont non imposables et intégrées dans les bases ressources du RSA et de la prime d'activité, à l'exception des majorations pour âge.
- L'ARS est une prestation sous condition de ressources versée à la rentrée scolaire. Elle concerne plus de 3 millions de familles très modestes pour une masse budgétaire de 2,1 Md€.
- Le CF est une prestation sous condition de ressources versée aux familles d'au moins trois enfants âgés de 3 à 21 ans résidant dans l'Hexagone[424]. Pour les foyers éligibles, le montant est modulé en fonction des ressources. Le CF concerne moins de 900 000 familles, chiffre en baisse depuis 2018, pour une masse budgétaire de 2,5 Md€.

La refonte des prestations d'entretien fait régulièrement l'objet de réflexions et de propositions. Récemment, à l'aune de la proposition de loi n° 839 « *Proposition de loi visant à simplifier et réorienter la politique familiale vers le premier enfant* » sur le versement d'une allocation dès le 1er enfant, des scénarii ont circulé pour en assurer le financement. La suppression de la majoration pour âge des allocations familiales est une des pistes avancées. Celle-ci conduirait à réduire les dépenses d'allocations familiales de 1,6 Md€. Le report à 16 ans de la majoration, quant à lui, réduirait les dépenses de 750 M€.

Le Conseil de la famille s'oppose à la suppression sèche de cette majoration pour âge des allocations familiales à des fins d'économie. D'une part, cette suppression réduirait l'enveloppe dédiée à la politique familiale alors que des besoins ne sont pas couverts. D'autre part, elle conduirait à une baisse de niveau de vie pour les familles avec des enfants de 14 ans et plus[425]. Or, les trois quarts de ces majorations bénéficient aux familles nombreuses, dont le niveau de vie est moindre, et qui, selon la Cour des comptes, « *ont été plus affectées que les autres par les mesures de maîtrise des dépenses sociales et fiscales décidées entre 2011 et 2021* »[426]. En outre, les familles les plus modestes, qui perçoivent le RSA ou la prime d'activité, ne seraient pas protégées des conséquences d'une telle suppression, parce que la majoration pour âge est exclue des bases ressources de ces prestations de solidarité ; les montants de ces prestations ne seraient donc pas ajustés à la hausse pour compenser la perte de la majoration pour âge. Le Conseil rappelle qu'avec près

[423] Nous ne mentionnons pas l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) car elle est très spécifique et ne concerne que très peu de familles (13 000 foyers allocataires en 2022, Repss famille, 2024).
[424] Dans les Drom, le CF est versé aux familles ayant un enfant entre 3 et 5 ans.
[425] Actuellement, la majoration pour âge est de 75,53 € par enfant de 14 ans ou plus pour les familles bénéficiant des allocations familiales (AF) à taux plein (montant modulé comme les AF pour les autres familles bénéficiaires). Pour les familles ayant seulement deux enfants, seul le benjamin, s'il a 14 ans ou plus, bénéficie de la majoration pour âge.
[426] Cour des comptes, 2024, *Les aides aux familles nombreuses : des dépenses stabilisées, une cohérence à améliorer*, mai.

de 2,8 millions d'enfants, soit 20,6 % d'entre eux, vivant sous le seuil de pauvreté, des mesures altérant la redistribution vers les familles de ces enfants ne sont pas acceptables.

Si, contre l'avis unanime du Conseil de la famille, l'option d'une suppression ou réduction de la majoration pour âge des AF était néanmoins retenue par le Gouvernement, il serait impératif de redéployer une partie importante des recettes dégagées au sein de la branche famille.

Une première option serait d'ouvrir le droit aux AF dès le premier enfant (avec un montant de 70 €). Toutefois, cette mesure se révèlerait très coûteuse (plus de 2 Md€). Par ailleurs, les chiffrages menés dans le cadre de l'examen de la PPL n° 839 proposant une allocation forfaitaire de 70 € par enfant dès le premier enfant, financée par la suppression de la majoration pour âge montrent de nombreux effets en cascade sur les autres dispositifs sociaux et des effets anti-redistributifs potentiellement importants puisque les familles nombreuses verraient leur montant d'allocation baisser.

Une deuxième option serait de redéployer une partie des recettes dégagées vers les familles modestes. Parmi les réaffectations possibles, pourraient être envisagées et associées pour compenser les pertes de majorations pour âge pour les familles modestes :

- une augmentation de l'ARS qui pourrait prendre plusieurs formes non exclusives : une extension de l'ARS aux parents d'enfants de 3 à 5 ans en cohérence avec l'obligation de scolarité à 3 ans, une revalorisation de l'ARS pour la tranche des 15-18 ans (avec une majoration pour les élèves de l'enseignement professionnel et technologique[427]), une hausse du plafond de ressources, voire la mise en place d'un 2e plafond ;
- la mise en place d'une aide par enfant dès le premier enfant pour les familles situées en dessous d'un certain plafond de ressources (comme recommandé par le Conseil de la famille en 2018[428]) ; cette aide serait exclue des bases ressources du RSA et de la prime d'activité ;
- l'extension aux Drom du complément familial sur le modèle hexagonal (comme recommandé par le Conseil de la famille en 2022[429]).

2. Réexaminer la majoration de pension de retraite de 10 % pour trois enfants et plus

Le Conseil de la famille propose de regarder du côté des charges mises au compte de la branche, en particulier les transferts vers l'assurance vieillesse au titre des majorations de pensions de 10 % pour trois enfants et plus (voir I.D). Ces transferts ont été mis à la charge de la branche famille, progressivement entre 2001 et 2011. Ils représentent près de 5,5 Md€ en 2023, soit près de 10 % des dépenses de la branche famille. Des propositions permettant de repenser ce dispositif s'inscrivent donc dans le champ de la réflexion sur l'équilibre des

[427] Ce dernier point figurait parmi les recommandations du rapport de l'Igas-IGF de 2021 : *Revue des dépenses socio-fiscales en faveur de la politique familiale*.
[428] Conseil de la famille du HCFEA, 2018, *op. cit.*
[429] Conseil de la famille du HCFEA, 2022, *La situation des familles dans les Drom : réalités sociales et politiques menées*, Rapport adopté le 15 mars.

comptes de la branche famille afin de lui permettre de couvrir les besoins importants en matière de politique familiale.

La majoration du montant de pension de 10 %, accordée indistinctement aux hommes et aux femmes ayant eu ou élevé au moins trois enfants, s'avère peu adaptée à un objectif de compensation des effets des enfants sur les carrières. En effet, le taux de ces majorations est le même pour l'ensemble des bénéficiaires, et donc les personnes dont les pensions sont les plus faibles, qui sont plus souvent des femmes ayant interrompu ou réduit leur carrière du fait de leurs enfants, en bénéficient moins[430]. Ainsi, la prise en compte supplémentaire de la majoration de pension laisse les écarts de pension, en particulier entre les femmes et les hommes, quasiment inchangés[431]. Selon les estimations de la Drees, les 1 % des retraités les plus aisés ont reçu environ 569 M€ en 2020 au titre de la majoration de pension pour enfants, dont 546 M€ pour les hommes et 22 M€ pour les femmes[432]. Le COR a récemment travaillé sur des simulations de réforme des avantages familiaux de retraite dont la majoration de pension de 10 %, avec notamment un scénario de forfaitisation.

Le Conseil de la famille suivra avec attention les travaux du COR sur cette question et les conséquences que ses recommandations auront sur le montant du transfert à la charge de la branche famille.

3. Augmenter le plafond de ressources utilisé pour le calcul des participations familiales dans le barème PSU

Afin de solvabiliser le coût de l'accueil du jeune enfant, les CAF versent une aide au fonctionnement aux EAJE, la prestation de service unique (PSU). En contrepartie, les EAJE doivent appliquer aux familles une tarification horaire déterminée par la Cnaf. La participation familiale est calculée en appliquant un taux d'effort aux ressources de la famille, entre un montant plancher et jusqu'à un certain plafond de revenus[433].

Si ce plafond de ressources est réévalué à la hausse, alors les participations des parents dont les ressources sont comprises entre l'ancien et le nouveau plafond augmentent. Le plafond de ressources était fixé à 6 000 € en 2022 et 2023. Après être passé à 7 000 € au 1er septembre 2024, il sera porté à 8 500 € par mois au 1er septembre 2025[434].

---

[430] Parmi les retraités de droit direct, 39,8 % bénéficiaient de la majoration de pension pour enfants fin 2020, pour un montant mensuel moyen de 105 €. Si la proportion de bénéficiaires est à peu près équivalente entre les hommes (40,8 %) et les femmes (38,9 %), le bénéfice moyen diffère sensiblement. En effet, la majoration de pension pour enfants servie aux bénéficiaires représente en moyenne 77 € par mois pour les femmes, contre 136 € pour les hommes.

[431] Aubert P., Bonnet C., 2024, *Supprimer les écarts de retraite entre les femmes et les hommes : un objectif qui passe aussi par une évolution des droits familiaux*, Blog de l'IPP, 7 mars.

[432] Chopard M., Herbillon-Leprince S., Katossky A., Sigal M., 2025, Retraites : simulation de trois scénarios d'évolution de la majoration de pension pour trois enfants, *Les dossiers de la Drees*, n° 128, mars.

[433] Le gestionnaire ne peut pas appliquer un plafond inférieur. En revanche, en accord avec la CAF, il peut décider de poursuivre l'application du taux d'effort au-delà de ce plafond.

[434] CAF - Les modalités de financement pour les EAJE évoluent.

À ce niveau de revenu, le coût pour les familles d'un accueil à temps plein en EAJE dépasse déjà 1 000 € par mois. Il semble difficile d'aller au-delà d'un tel montant en augmentant encore le plafond. De plus, les recettes pour les gestionnaires et la branche famille d'une nouvelle hausse seraient minimes compte tenu du faible nombre de familles ayant des jeunes enfants et disposant de niveaux de ressources supérieurs à 8 500 € par mois.

En conséquence, **le Conseil de la famille n'est pas favorable à une poursuite de la hausse du plafond de ressources utilisé pour le calcul des participations familiales dans le barème PSU**.

Le Conseil constate par ailleurs que deux instruments sont mobilisés pour réduire le reste à charge des parents dont le jeune enfant est accueilli en crèche PSU : la tarification sociale associée à la PSU et le crédit d'impôt pour frais de garde hors du domicile. Ce crédit d'impôt permet aux parents de bénéficier d'une aide fiscale pour les frais engagés pour faire garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans ; il s'applique également à l'accueil en micro-crèche, halte-garderie et chez une assistante maternelle. Il s'élève à 50 % des frais engagés après déduction des aides de la CAF dans la limite d'un plafond. Ce plafond est passé de 2 300 € à 3 500 € en 2023, augmentant la dépense fiscale de 300 M€[435]. Cette aide par un crédit d'impôt modifie la progressivité de la tarification de l'accueil avec le revenu des parents. Il serait souhaitable de rationaliser les différents outils visant à réduire le reste à charge des familles en matière d'accueil du jeune enfant.

D. Des pistes en dehors du champ de la sécurité sociale *stricto sensu*

Les politiques familiales doivent être articulées avec cohérence. Or une partie d'entre elles dépassent le seul cadre de la branche famille. Ainsi, au-delà du périmètre de la sécurité sociale, le Conseil de la famille a examiné des pistes de réformes touchant à des dispositifs de politique familiale ne relevant pas de la branche famille *stricto sensu*, mais de la fiscalité : la prise en compte de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant dans l'impôt sur le revenu ; le plafonnement du quotient conjugal ; le crédit d'impôt famille pour les entreprises réservataires de places en EAJE.

1. Plafonner le montant de la pension alimentaire déductible du revenu imposable du parent débiteur et pris en compte dans celui du parent créancier

Du point de vue de l'impôt sur le revenu, la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant (CEEE) en numéraire ou en nature est :

- déduite du revenu imposable du parent débiteur (sans plafond pour les enfants mineurs ; avec un plafond fixé à hauteur de 6 794 € par enfant majeur) ;
- ajoutée au revenu imposable du parent créancier après déduction de certains frais et abattement de 10 % (l'abattement de 10 % ne peut pas être inférieur à 450 € par personne bénéficiaire d'une pension, ni dépasser 4 399 € par foyer fiscal). Le parent créancier dispose des parts fiscales associées aux enfants auxquelles s'ajoute une

[435] Projet de loi de finances pour 2023 (n° 273) Amendement n°I-3578 - Assemblée nationale.

demi-part en cas d'isolement (l'ensemble étant plafonné au titre du quotient familial).

L'Igas notait en 2021 que les 8,2 Md€ de pensions alimentaires déclarées versées correspondent à une masse totale d'avantage fiscal de 1,8 Md€. Selon les estimations de la DGFiP, « *en retranchant les recettes d'impôts liés à la taxation des pensions déclarées (0,3 Md€)* […]*, la déductibilité fiscale des pensions engendre une perte théorique de recettes fiscales de 1,5 Md€* »[436].

Le montant de CEEE déductible du revenu imposable du parent débiteur et pris en compte dans le revenu imposable du parent créancier pourrait être plafonné. Étant donné que, le plus souvent, les revenus du parent débiteur sont plus élevés que ceux du parent créancier, cette mesure conduirait à des recettes accrues d'impôt sur le revenu.

Le Conseil de la famille allait plus loin en 2020 en recommandant de considérer la CEEE comme une participation du parent non-gardien aux dépenses pour ses enfants plutôt que comme un transfert de revenus entre les ménages des deux parents séparés, ce qui conduirait à exclure la CEEE du calcul de l'impôt sur le revenu[437]. Le plafonnement pourrait être envisagé comme une première étape vers la mise en œuvre de cette recommandation de 2020.

2. Plafonner le bénéfice du quotient conjugal au niveau du quotient familial

S'il serait utile de proposer une réforme structurelle de l'impôt sur le revenu, des ajustements paramétriques sont possibles, notamment en ce qui concerne la fiscalité des couples. En France, les couples mariés ou pacsés doivent déclarer conjointement leurs ressources et se voient attribuer deux parts fiscales. En l'absence de personne à charge, cela implique que le barème de l'impôt est appliqué au quotient conjugal – soit au revenu net imposable total divisé par deux – ce qui réduit le taux moyen d'imposition par rapport à une personne seule de même revenu total. Lorsque les deux conjoints ont des revenus similaires, l'imposition jointe et l'imposition séparée (qui s'applique aux couples concubins) aboutissent généralement au même montant d'impôt[438]. En revanche, dès lors que les revenus des époux sont très différents, l'imposition jointe est plus avantageuse que l'imposition séparée. Ce gain fiscal est d'autant plus important que le revenu total du couple est élevé et inégalement réparti entre les conjoints.

Alors que le bénéfice du quotient familial est plafonné depuis 1982, dans un souci d'équité verticale (1 759 € par demi-part en 2024), celui du quotient conjugal n'est pas soumis à plafonnement. Sans remettre en cause le principe du quotient conjugal, il est possible d'en aligner le fonctionnement sur celui du quotient familial. Ainsi, en conservant les deux parts

[436] Igas, 2021, *op. cit.*
[437] Conseil de la famille du HCFEA, 2020, *op. cit.*
[438] Périvier H., Pucci M., 2025, *Plafonner le quotient conjugal : un surcroît de recettes fiscales de plus de 3 milliards*, Blog de l'OFCE, 4 février.

fiscales attribuées aux couples mariés ou pacsés au titre du quotient conjugal, le bénéfice de ce dernier pourrait être plafonné à 3 518 € (soit deux fois 1 759 €).

Le plafonnement de la réduction d'impôt associée au quotient conjugal au même niveau que pour le quotient familial entraînerait une augmentation des recettes fiscales de 3,2 Md€ (soit 2,8 % des recettes fiscales issues de l'impôt sur le revenu en 2024). Moins d'un couple marié ou pacsé sur dix (7 %) verrait son montant d'impôt dû augmenter. Huit couples perdants sur dix se situeraient dans les trois derniers déciles de niveau de vie des couples mariés ou pacsés, et 45 % dans le dernier décile[439]. Cette réforme dégagerait des recettes fiscales importantes, alignerait le quotient conjugal sur le fonctionnement du quotient familial et n'affecterait que les ménages les plus aisés. Les gains devraient être en partie redéployés pour financer des dispositifs permettant de couvrir les besoins des familles mentionnés précédemment.

Cette proposition ne fait pas l'objet d'un consensus au sein du Conseil de la famille.

3. Le crédit d'impôt famille et les avantages fiscaux pour les entreprises réservataires

Plusieurs avantages fiscaux sont accordés aux entreprises pour la participation au financement des micro-crèches et des EAJE :

- les entreprises réservataires de berceaux bénéficient d'un crédit d'impôt famille (Cifam) sur l'impôt sur les sociétés s'élevant à 50 % des dépenses engagées pour la création de places de crèches et de 25 % des dépenses engagées dans le cadre d'un chèque emploi service universel (dans la limite d'un plafond de 500 000 €) ; 90 % des dépenses éligibles sont des dépenses des entreprises associées à la réservation de places en crèche ;
- les entreprises bénéficient aussi d'une déduction de l'ensemble des dépenses engagées pour la garde des enfants des salarié-e-s du bénéfice imposable de l'entreprise : le taux d'imposition sur les sociétés étant désormais de 25 %, la réduction d'impôt correspond ainsi à 25 % de ces dépenses de garde d'enfants ;
- les entreprises bénéficient enfin d'exonérations de cotisations de sécurité sociale et de CSG-CRDS pour des aides finançant des activités de services à la personne et de garde d'enfant dans la limite :
    - d'un plafond annuel par bénéficiaire fixé à 2 301 € au 1er janvier 2023, cumulable pour deux personnes de la même entreprise appartenant au même foyer ;
    - des coûts effectivement supportés par les bénéficiaires.

La dépense fiscale en direction des entreprises relative au Cifam est estimée à 185 M€ en 2023[440]. Selon la mission Igas - IGF[441] d'évaluation du Cifam, ce dernier présente des faiblesses qui conduisent la mission à recommander sa suppression, à condition que

[439] Périvier H., Pucci M., 2025, *op. cit.*
[440] Onape, 2024, *L'accueil des jeunes enfants*, édition 2024, décembre.
[441] Igas, IGF, 2021, *Évaluation du crédit d'impôt famille*, juillet.

l'enveloppe qui lui est consacrée soit réallouée en faveur de l'accueil collectif, notamment *via* une réforme du CMG structure. La Cour des comptes recommande de même sa suppression à l'horizon de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (de manière à laisser aux gestionnaires de crèches privées un délai pour faire évoluer leur modèle économique), et de consacrer les sommes correspondantes au financement de places d'accueil dans les zones sous-dotées[442].

Le Conseil de la famille propose de suivre la recommandation de l'Igas - IGF et de la Cour des comptes de supprimer le Cifam, à condition de réallouer l'enveloppe au financement de l'accueil collectif.

Par ailleurs, s'agissant de la régulation des acteurs privés marchands qui assurent l'accueil du jeune enfant, le Conseil de la famille recommande de suivre les propositions du rapport 2024 de l'Igas et de l'IGF sur les micro-crèches[443] en imposant à toute micro-crèche Paje dont le chiffre d'affaires de l'année précédente est constitué à plus de 34 % par de la réservation de berceaux à adopter le financement par la PSU[444]. Le gain pour les finances publiques serait de 20 à 50 M€.

Enfin, le Conseil de la famille recommande de renforcer la régulation de ce secteur au niveau des groupes détenteurs de ces établissements, en cohérence avec le principe n° 7 présenté dans la partie II du rapport : « *L'efficience suppose aussi de travailler sur la régulation des acteurs économiques qui sont financés par la sécurité sociale pour mettre en œuvre des services, notamment avec une meilleure observation des stratégies économiques des acteurs et par la conclusion de conventions avec des groupes dépassant une certaine taille* ».

[442] Cour des comptes, 2024, *La politique d'accueil du jeune enfant*, Rapport public thématique, décembre.
[443] Igas, IGF, 2024, *Micro-crèches : modèles de financement et qualité d'accueil*, mars.
[444] En pratique, la mission Igas - IGF (*op. cit.*) recommande de conditionner l'éligibilité au CMG des clients d'une micro-crèche au respect de ce critère par l'établissement.

Chapitre 4

Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie

Le Conseil de l'âge, sur la base de ses rapports, avis, et des orientations en ressortant, ainsi que de l'analyse des évolutions récentes et de contributions reçues de ses membres[445], a [adopté] le présent chapitre à l'issue de travaux et de discussions lors de trois séances entre mars et mai 2025.

Ce chapitre contient ses préconisations et leviers propres, mais aussi son positionnement par rapport à des pistes qu'il ne fait pas siennes, afin de répondre au double souci du Premier ministre de « *répondre aux enjeux démographiques et sociaux de demain, dont les réponses doivent être trouvées aujourd'hui pour ne pas fragiliser l'adhésion à notre système de protection sociale* » et de « *replacer nos finances sociales sur une trajectoire de redressement et de désendettement* ».

De l'avis du Conseil, les enjeux de moyen et de long terme liés à l'accélération de la transition démographique et du vieillissement de la population à compter de 2030 doivent être abordés **dans une logique de planification. L'adoption de la loi de programmation** prévue à l'article 10 de la loi de 2024 **reste indispensable et doit se projeter sur un horizon temporel de 10 ans, sur 2025-2035**. Il invite à penser la conciliation entre transition démographique, transition écologique et transition numérique. L'enjeu est de créer **un écosystème où ces trois transitions se renforcent mutuellement**, permettant aux seniors de bénéficier des avantages de la technologie numérique pour rester autonomes et connectés, et **favorisant par le regroupement des lieux d'intervention un système plus sobre en déplacements et en consommation de ressources**. Cela minorerait les impacts négatifs du vieillissement de la population sur l'environnement. En termes **d'aménagement du territoire**, cette stratégie permettrait de **revitaliser des zones du territoire fortement vieillissantes, en développant l'habitat et l'emploi local**.

Le Conseil a également **la conviction que des mesures utiles peuvent être adoptées dès maintenant, qui seront autant de pas dans la direction d'une meilleure préparation de notre pays au défi auquel il devra répondre à compter de 2030** : l'arrivée chaque année à plus de 80 ans de générations plus nombreuses, de l'ordre de 300 000 personnes.

La politique de l'autonomie, moins mûre que d'autres politiques sociales, se prête moins à des économies de court terme qu'à la construction d'un système plus sobre et efficient pour les années à venir.

[445] Confédération française des retraités, Fédération nationale de la mutualité française, Fédération des particuliers employeurs de France, FESP, CFDT, Unsa et contribution commune des sept organisations suivantes : CFTC, CFE-CGC, CGT, FGR-FP, FO, FSU, Ensemble & Solidaires.

Le Conseil de l'âge propose de retenir **deux objectifs de politique publique pouvant être déployés rapidement en renforçant les organisations et les leviers déjà existants** :

- **prévenir** la perte d'autonomie qui doit devenir une priorité de la sécurité sociale (branche autonomie, maladie, mais aussi vieillesse), et un effort plus conséquent doit y être consacré ;
- **adapter** effectivement la société, le cadre et les lieux de vie au vieillissement, en privilégiant les solutions locales et la transformation de l'existant, et en refondant les accompagnements et les prestations de soutien à l'autonomie.

Conjugués, ces deux objectifs doivent permettre des gains d'espérance de vie « dans l'autonomie » et une minoration tendancielle de la progression des dépenses.

Les deux lignes de « prestations » servies par la branche autonomie et les acteurs territoriaux que sont les ARS et les départements ne se prêtent pas à des mesures paramétriques. **Aux yeux du Conseil, seul un plus fort investissement dans la prévention et le soutien à l'autonomie permettrait de réaliser un double potentiel d'économies sur les dépenses de santé et sur le tendanciel d'évolution des dépenses de la branche autonomie et des départements**.

Synthèse des propositions du Conseil de l'âge

Les voies d'économies reposent largement sur une meilleure effectivité des aides et des parcours, qui permettrait de diminuer des dépenses évitables, notamment liées aux épisodes de soins indésirables et d'un ralentissement de la progression tendancielle du nombre de personnes âgées à l'autonomie dégradée.
Afin de les mettre en œuvre, il propose d'actionner quatre leviers :

- **développer la prévention primaire au bénéfice des seniors ;**
- **refonder les approches et les outils d'évaluation et de réponse aux besoins pour établir des plans d'aides globaux et renforcés dans leur effectivité, et favoriser des parcours de soins et d'accompagnement rationnalisés ;**
- **renforcer l'efficience des accompagnements en privilégiant les domiciles regroupés en développant les solutions mobilisant plus justement les aides humaines ;**
- **sécuriser les trajectoires de soins et repenser le périmètre de missions et d'intervention et de tarification des soins des établissements pour personnes âgées.**

Pour le conseil, leur mise en œuvre nécessite de remplir une condition préalable à la meilleure efficience et au meilleur pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion, s'appuyant sur un progrès dans la connaissance des situations et aides pour s'assurer de la qualité des parcours et de l'effectivité des soutiens.

I. Éléments d'analyse sur la politique de l'âge et l'équilibre de la branche autonomie

Notre pays va faire face à une intensification de la transition démographique dans les dix années à venir. D'après les projections de l'Insee, en 2040, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans dans notre pays. Les plus de 75 ans y seront un peu plus de 11 millions, soit un habitant sur six.

Cette évolution du vieillissement de la population traduit deux phénomènes concernant largement les mêmes générations. D'abord, la révolution de la longévité. Depuis 1950, l'espérance de vie à la naissance en France a augmenté de près de 17 ans, atteignant 80,1 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes en 2024. Ensuite, l'arrivée au seuil du grand âge et des fragilités des générations nombreuses nées après la seconde guerre mondiale, lors du « *baby-boom* ». Le nombre de naissance passe de 522 000 en 1941, plus faible nombre enregistré depuis 1919, à 870 000 en 1947, plus haut chiffre depuis 1903.

A. Un décalage entre les publics concernés et les bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Il convient toujours de rappeler que le champ de la politique de l'autonomie, en incluant son volet « prévention », concerne un nombre important, mais minoritaire des personnes de plus de 60 ans – mais également de 75 ans – ainsi que leurs proches aidants.

Les données de l'enquête autonomie 2022[446] estiment que 3 % à 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on en retienne une définition restreinte ou large, soit de 500 000 à 1,3 million d'individus concernés :

- chez les moins de 75 ans, 4 % des personnes sont en situation de perte d'autonomie, soit 420 000 personnes ;
- au-delà de 75 ans, ce sont 15 % des personnes qui sont concernées – soit 850 000 personnes.

Certes, l'enquête met en lumière une bonne nouvelle, à savoir un recul de la prévalence de la perte d'autonomie en ménage ordinaire : l'espérance de vie sans perte d'autonomie a augmenté de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes.

Même si le nombre de bénéficiaires de l'APA est minoritaire parmi les 60 et même les 75 ans et plus, il est important d'avoir à l'esprit, tant pour la politique de prévention que de soutien à l'autonomie, que l'espérance de vie à la retraite avec perte d'autonomie est élevée. La

[446] Drees, 2024, Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015, *Études et Résultats*, n° 1318, novembre.

Drees[447], sur la base d'un appariement de données retraites/autonomie, estime qu'» *environ 7 femmes sur 10 et 4 hommes sur 10 ont recours à l'APA durant leur retraite* ».

Autour de cette moyenne, des différences importantes existent entre les genres et les classes sociales : les retraités les plus aisés sont ainsi en moyenne un peu moins longtemps bénéficiaires de l'APA, alors que leur durée espérée de retraite est plus longue.

Le Conseil de l'âge émet un point d'alerte sur le niveau insuffisant d'accompagnement de la perte d'autonomie au domicile par l'APA, notamment pour les personnes atteintes uniquement de restrictions cognitives.

La Drees estime que 4 % des plus de 60 ans (740 000 personnes) déclarent avoir des difficultés sévères à effectuer des « activités d'entretien du quotidien » consistant à prendre soin de leur corps (se laver, se nourrir…).

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2022 était de 790 000 et évolue sur une dynamique différente de celle de l'évolution de la prévalence des pertes d'autonomie entre 2017 et 2022, ce qui tendrait à montrer que la « décision » d'attribuer l'APA relève également d'autres logiques (voir *infra*).

Comme l'a montré le Conseil de l'âge dans le document Eclair'âge « Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA », avoir uniquement des restrictions cognitives n'est pas rare : 27 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire sont uniquement caractérisées par des limitations d'activité sur le critère de la « cohérence » et 24 % uniquement sur le critère « orientation ». Le Conseil concluait que, « *au global, 14 % de l'ensemble des 75 ans et plus en logement ordinaire cumulent des restrictions d'activités [sur ces deux critères] mais sont pourtant, dans leur quasi-totalité, inéligibles à l'APA (classement en GIR 6)* ».

Or, la littérature française et internationale a montré qu'un manque d'accompagnement médico-social des seniors en situation de perte d'autonomie entraîne des coûts supplémentaires notamment des hausses du nombre d'hospitalisation de ces derniers.[448]

Les chiffres de la Drees sur les bénéficiaires de l'APA à domicile servie par les départements France entière confirment une progression très faible de leur nombre en période récente.

S'agissant des niveaux d'aide, la Drees[449] indique qu'entre 2003 et 2022, les dépenses moyennes mensuelles par bénéficiaire de l'APA à domicile en euros courants ont baissé de 16 % alors que celles des bénéficiaires en Ehpad sont assez stables depuis 2010. En 2022, les

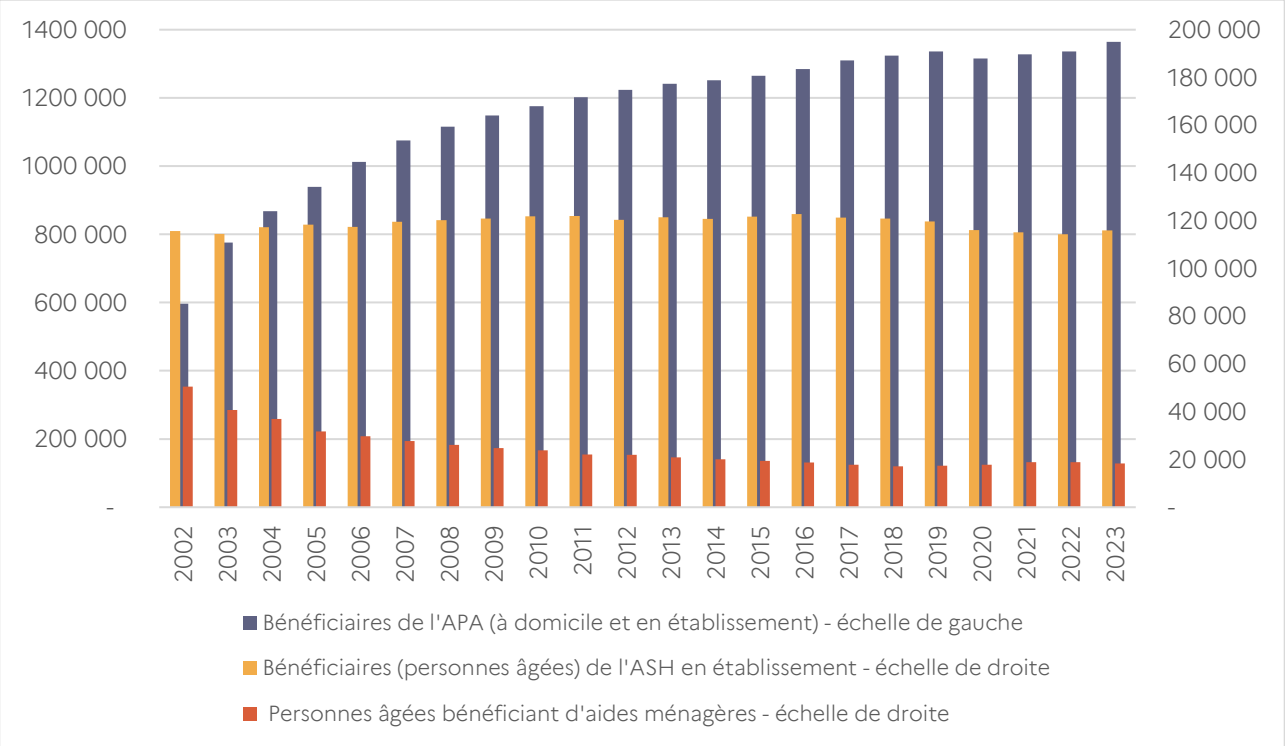
[447] Drees, 2025, Allocation personnalisée d'autonomie : les retraités à plus basse pension commencent à la percevoir en moyenne cinq ans plus jeunes que les plus aisés, *Études et Résultats*, n° 1327, février.

[448] Voir notamment Penneau et Or, 2023, Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ?, Questions d'économie de la santé, n° 283, novembre. Voir également, Rapp and al. 2015 ; Costa-font and al., 2018 ; Walsh and al., 2019 ; Lin and Imanaka, 2020 ; Chen and Ning, 2022.

[449] Drees, 2024, L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées » édition 2024, *Panorama de la Drees*, p. 44.

dépenses annuelles moyennes d'APA par bénéficiaire à domicile ou en établissement sont assez proches et autour de 5 000 €.

Graphique 5 I Évolution du nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale départementale



Source : Données Drees « Séries longue sur l'aide sociale départementale ».

B. Évolution des dépenses d'autonomie sur le champ de l'ENSA

L'effort national de solidarité pour l'autonomie (ENSA)[450] mesure les dépenses publiques consacrées à l'autonomie quel que soit leur âge et leur lieu de vie. Celui-ci avoisinait les 90 Md€ en 2023, soit environ 3,3 % du PIB. **L'ENSA « personnes âgées » est pour sa part passé entre 2021 et 2023 de 27,1 à 29,5 Md€ en euros courants, sa part en pourcentage de PIB diminuant légèrement de 1,09 à 1,05 point.** En 2023, la sécurité sociale en finançait 78 %, dont 64 % pour la branche autonomie et 15 % pour la branche maladie. Les départements en sont les deuxièmes contributeurs avec 17 % des financements nets des concours reçus de la CNSA. L'État finançant 5 % des dépenses, essentiellement par des dépenses fiscales.

Ces dépenses de la CNSA (18,8 Md€ en 2023) relèvent principalement du financement de l'Ondam médico-social « personnes âgées » et des concours APA versés aux départements.

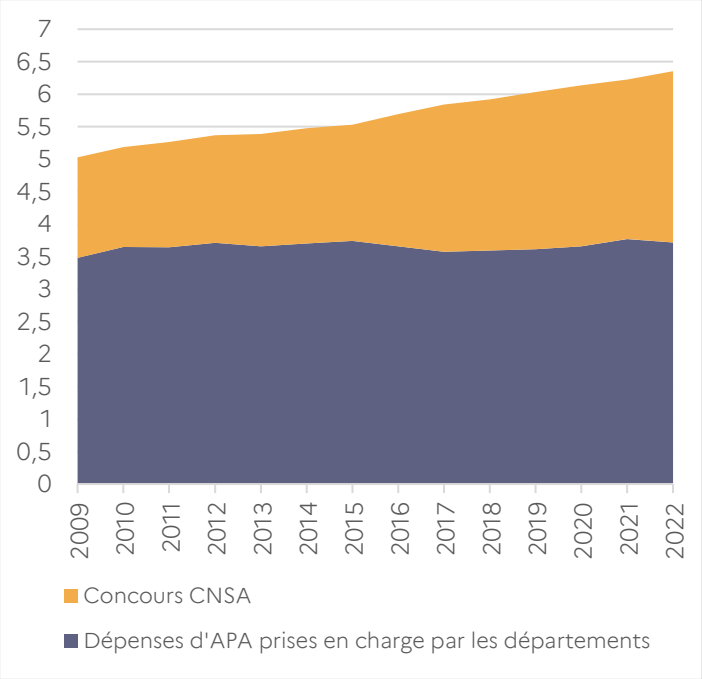
[450] Annexe 7 au PLFSS 2025.

Les deux lignes de « prestations » servies par la branche autonomie et les acteurs territoriaux que sont les ARS et les départements ne se prêtent pas à des mesures paramétriques[451].

La part des dépenses de l'ENSA financée par la CNSA progresse de deux points entre 2021 et 2023, de 62 à 64 %, celle financée par les départements restant stable à 17 %.

On constate une évolution plus rapide des concours de la CNSA que celle des dépenses totales d'APA, le « taux de couverture » par la branche autonomie de ces dépenses augmente (de 30 % en 2010 à 42 % en 2022).

Graphiques 2 et 3 ▌Évolution des dépenses d'APA en Md€ selon les financeurs (gauche) et part des financements dans le total des dépenses d'APA (droite)



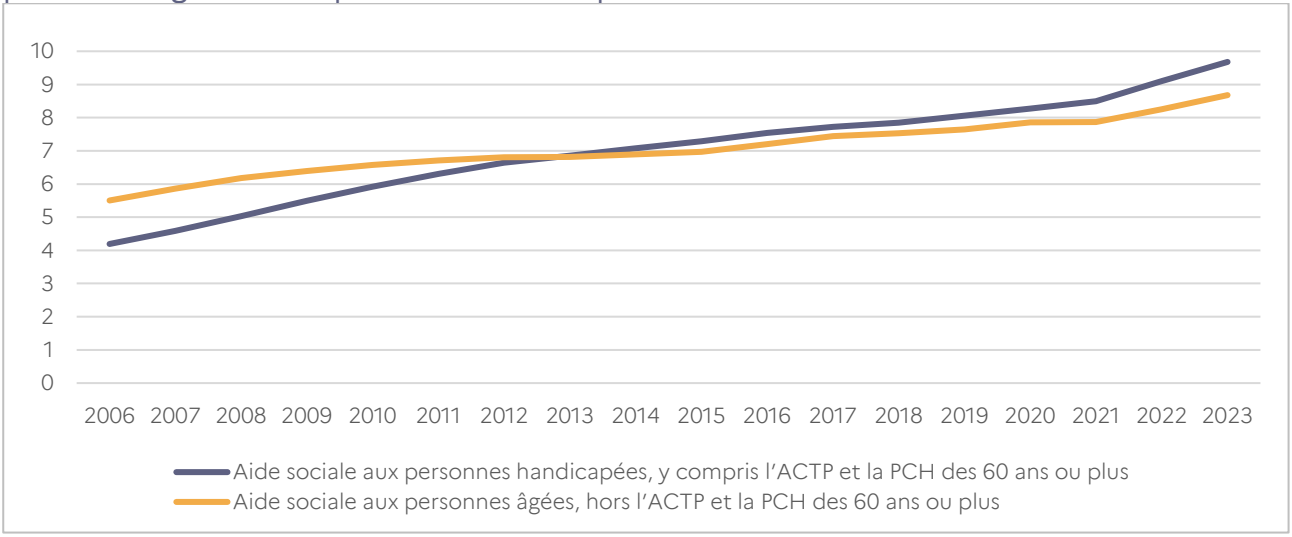
Source : Repss Autonomie 2024.

Dans le même temps, la croissance des dépenses d'APA est actuellement modérée et principalement tirée par les prix (tarif plancher, hausses des salaires compensées par la CNSA). Il en va de même de celles d'aide sociale à l'hébergement.

[451] L'APA est déjà une prestation universelle fortement dégressive avec le revenu. Le taux de participation des personnes à leur plan d'aide va de 0 % à 90 %, sachant en outre que le différentiel entre le tarif facturé par le Ssad et le tarif plancher national ou le tarif départemental est pris en charge par les personnes.
Le financement des Ehpad est majoritairement acquitté par les personnes et leurs familles, en raison du poids du tarif hébergement, et les financements des sections soins et « dépendance » font l'objet d'un plan de rattrapage décidé par les pouvoirs publics tant sur l'aspect quantitatif (plan de création de 50 000 postes en ETP en Ehpad d'ici à 2030) que salarial (les revalorisations liées au « Ségur de la santé » ont été majoritairement financés par la branche autonomie).

Graphique 4 I Évolution des dépenses d'aides sociale des départements au profit des personnes âgées et des personnes handicapées

en Md€



Source : Données Drees « Séries longue sur l'aide sociale départementale ».

Ces évolutions sont à considérer pour l'avenir à l'aune de la mise en œuvre de l'article 81 de la LFSS pour 2025 prévoyant la fusion des concours aux départements finançant les prestations de compensation, accompagnée d'un surcroît de financement par la CNSA de 200 M€. S'agissant du champ personnes âgées, cette fusion concernerait les concours dits « APA1 et APA2 », ainsi que ceux liés au tarif plancher national et aux revalorisations salariales des salariés des Service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). Le Conseil de l'âge a soutenu cet objectif d'une simplification des concours. Il demande néanmoins que toutes les dispositions soient prises dans ses modalités de mise en œuvre, qu'un décret doit venir préciser, pour s'assurer que le niveau de soutien au secteur et de solvabilisation des interventions à domicile souhaité par les pouvoirs publics soient garantis.

Les dépenses de l'ONDAM médico-social personnes âgées

Ces financements ont augmenté rapidement entre 2021 et 2023, tirés principalement par des effets prix liées aux revalorisations du « Ségur de la santé » et du plan de création de 50 000 ETP en Ehpad à horizon 2030.

Tableau 1 I Montant des financements par la branche autonomie et les ARS des différents établissements et services pour personnes âgées

en M€

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	Évolution 2021-2023
Ehpad (dont PUV*)	11 772,5	11 969,5	13 215,8	+ 12,3 %
SSIAD**	1 870,0	2 050,1	2 060,3	+ 10,2 %
AJA et RA***	87,1	93,8	99,3	+ 14,0 %

*PUV : petites unités de vie.
** SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.
*** AJA : accueils de jour autonomes et RA : résidences autonomie.
Source : DSS, annexe 6 au PLFSS 2025.

C. L'équilibre de la branche autonomie

1. Un équilibre menacé à court terme

L'apport de 0,15 point de CSG au 1er janvier 2024 n'aurait qu'un impact limité dans le temps de retour à l'équilibre en 2024, mais dès 2025 le déficit de la branche autonomie réapparaît, du fait de pertes de recettes (principalement au titre de la réforme de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants qui a repris 550 M€ de CSG à la branche, impact regretté par le Conseil de l'âge[452]), et de la faible dynamique de l'assiette des recettes comparée à celle des dépenses[453].

Une branche en déséquilibre dès 2025

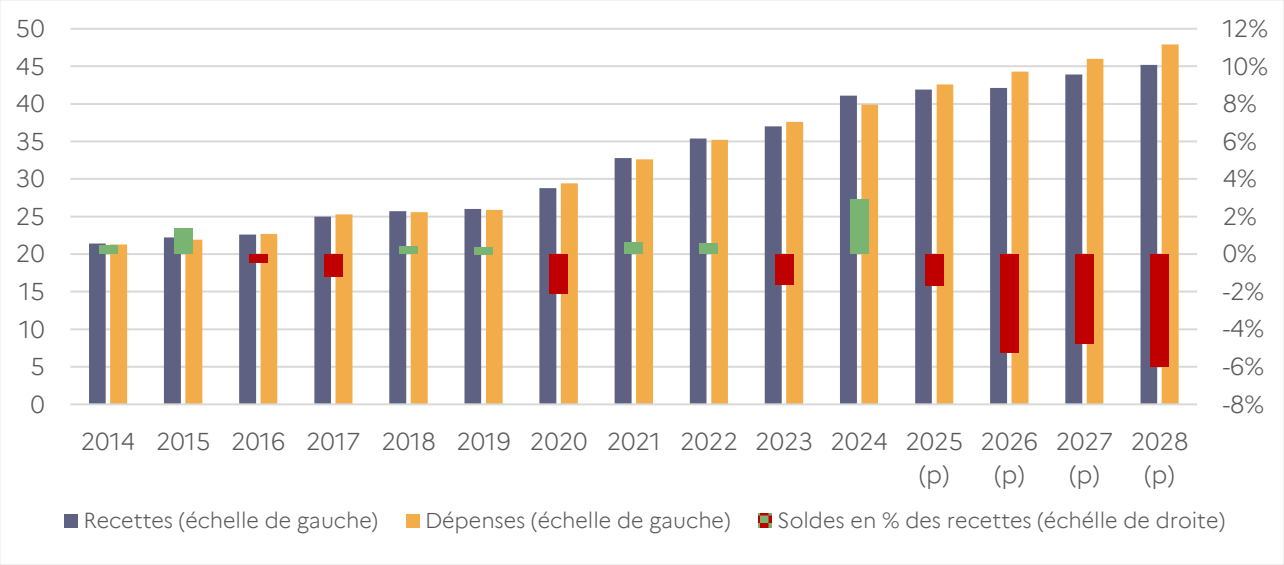
Le déficit tendanciel de la branche autonomie projeté à 2,8 Md€ à horizon 2028 (soit à hauteur de 6,2 % de ses recettes) fait d'elle celle qui connaît, au sein de la sécurité sociale, le plus fort taux de déficit prévisionnel rapporté à ses recettes (3,9 % pour le déficit global Robs + FSV). Et ce, alors même que l'augmentation de ses dépenses est tirée par des mesures décidées par les pouvoirs publics – améliorer les accompagnements, remonter le taux de couverture des dépenses de compensation des départements – et qu'elle connaîtra dès 2025 des pertes de recettes liées à des effets de bord de mesures ne la concernant pas.

La vision sur les finances départementales indique que les départements ne sont pas en bonne disposition de prendre le relais de la branche autonomie pour augmenter l'effort notamment concernant le financement des prestations individuelles (APA et Aide sociale à l'hébergement - ASH).

[452] HCFEA, Conseil de l'âge ; 2024, *Avis du Conseil de l'âge concernant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025*, Avis adopté le 22 octobre.

[453] La structure de recettes de la branche autonomie est majoritairement constitué d'une fraction des recettes de CSG et des contributions de solidarité (CSA, Casa) pesant sur les entreprises et les retraités. Elles sont depuis deux ans moins dynamiques que les dépenses de la branche. Voir la partie 1 et le *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024*.

Graphique 5 I Évolution des recettes, dépenses (en Md€) et du solde en part des recettes de la CNSA entre 2014 et 2028



Source : Repss 2024, LFSS 2025.

Pour le Conseil, un apport de recettes « en rebasage » d'au moins 2 Md€ au bénéfice de la branche autonomie est incontournable à court terme, les leviers de modération des dépenses mobilisables (voir la partie II) jouant soit avec une montée en charge très progressive dans le temps, soit sur des baisses de dépenses sociales en dehors de la branche.

2. Une tendance défavorable à moyen et long terme

Dans le cadre de l'AWG de la Commission européenne, une projection des dépenses de « soins de longue durée – SLD » est réalisée tous les trois ans – le dernier exercice a été publié en 2024[454]. Cet « agrégat » n'est toutefois pas centré sur les personnes âgées mais sur l'ensemble des dépenses de « pertes d'autonomie » à tous les âges. De fait, ces dépenses concernent principalement (et concerneront de plus en plus sous l'effet du vieillissement) les personnes âgées : par exemple à l'échelle de l'Union européenne, la médiane du taux des 25-29 ans concernés par des SLD est de 2,1 %, celle des 85 ans et plus est de 35,4 %.

En projections, les SLD progressent en % de PIB dans l'ensemble des pays avec des intensités différentes. La France avec des dépenses de SLD de 1,9 % du PIB en 2022 et 2,6 % du PIB en 2070 se situe, en niveau et en évolution, assez proche de la moyenne des pays de l'UE (voir tableau 2) avec toutefois une différence dans les hypothèses de projections des dépenses : les prestations monétaires sont indexées sur l'inflation contrairement à celles des autres pays qui sont indexées sur le PIB. La projection pour la France induit donc une dégradation

[454] Direction générale des affaires économiques et financières de l'Union européenne, 2024, 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070), Institutional Paper 279.

relative des prestations par rapport aux revenus et, si ce n'était pas le cas *in fine*, elle est donc susceptible de sous-estimer la hausse future ce ces dépenses publiques.

Tableau 2 I Projections des dépenses publiques sur les soins de longue durée dans l'Union européenne

en % de PIB

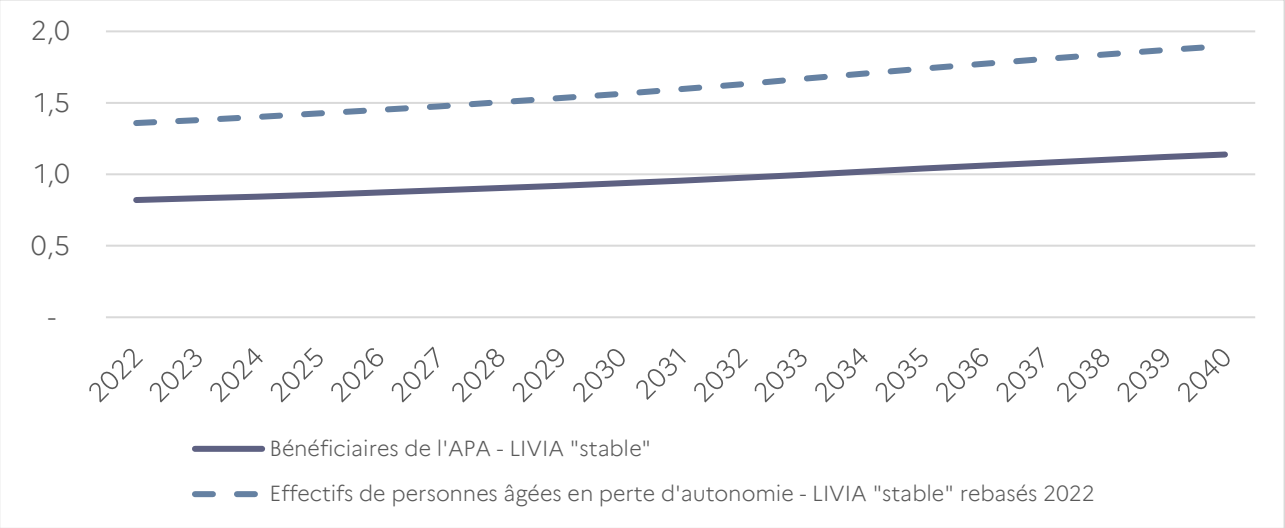
	2022	2070		2022	2070
Belgique	2,3%	4,1%	Pays-Bas	3,8%	5,7%
Allemagne	1,9%	2,3%	Pologne	0,5%	1,4%
Espagne	0,8%	1,7%	Portugal	0,5%	0,9%
France	1,9%	2,6%	Suède	3,2%	4,4%
Italie	1,6%	2,1%	UE	1,7%	2,6%

Source : Données AWG.

Les dernières projections de la Drees[455] prévoyaient que le nombre de personnes âgées présentant des incapacités (sévères ou modérées) pourrait augmenter de 300 000 d'ici à 2030 et de 800 000 d'ici 2040. Les bénéficiaires potentiels de l'APA représenteraient quasiment deux millions de personnes si leur situation de perte d'autonomie était reconnue à la hauteur de leurs limitations. Si les bénéficiaires effectifs de l'APA à domicile se maintenaient à un niveau inférieur à cette population des potentiels bénéficiaires, comme c'est le cas aujourd'hui, ils seraient potentiellement plus d'1,1 million à horizon 2040 (+ 40 % par rapport à 2022). Le Conseil de l'âge n'a pas pu malheureusement disposer de nouvelles projections actualisées, qui devraient néanmoins être disponibles à l'été 2025.

Graphique 6 I Projections des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4) ainsi que des effectifs de bénéficiaires de l'APA à domicile

en millions



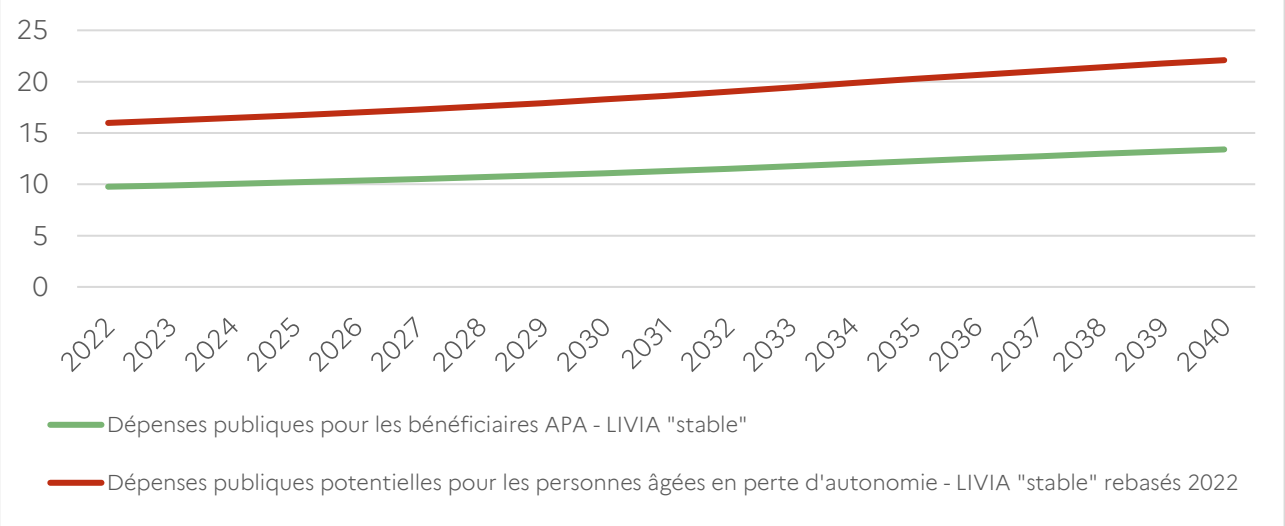
Source : Données du modèle Livia de la Drees, calcul du SG du HCFEA.

[455] Modèle Livia de la Drees sur données 2019 rebasée sur les projections démographiques 2022. La Drees en lien avec l'Insee actualise actuellement les données sur la base des données démographiques et des données de prévalence des pertes d'autonomie en 2022.

En appliquant à ces populations les dépenses publiques moyennes (APA + crédit d'impôt + dépenses de soins) selon les GIR de 2022, près de 23 000 € en moyenne pour les Gir 1-2 et de plus de 9 000 € pour les Gir 3-4[456], les dépenses d'autonomie des personnes âgées (PA) en euros constants seraient assez dynamiques sur la période des projections et potentiellement supérieure à la simple dynamique des dépenses pour les bénéficiaires de l'APA, atteignant de 13 à 22 Md€ en 2040.

Graphique 7 ▌Projections des dépenses publiques des prises en charge à domicile (APA + crédit d'impôt + dépenses de soins)

en Md€ constant 2022



Source : Données du modèle Livia de la Drees et du Repss autonomie, calcul du SG du HCFEA.

Cette hypothèse n'intègre pas la nécessaire amélioration du taux d'utilisation des plans APA qui sont sous-consommés par une forte proportion de bénéficiaires[457], ni une revalorisation plus dynamique que sur la seule inflation des rémunérations des professionnels. Une projection de l'Institut des politiques publiques intégrant ces deux évolutions estime que la

[456] Calcul basé sur les données présentes dans le Repss « autonomie » 2024.

[457] Selon la Drees en 2017, près d'un bénéficiaire sur deux de l'APA n'utilisait pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié. Lorsque les bénéficiaires sous-consomment leur plan d'aide, c'est en moyenne un tiers du montant de l'aide humaine qui n'est pas utilisé. Les causes de la sous-consommation sont analysées dans le rapport *Domicile* du Conseil de l'âge : autolimitation des personnes, restes à charge lié au différentiel entre tarifs de prise en charge et tarifs facturés, difficultés de recrutement des services d'aide à domicile… ; Drees, 2020, Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié, *Études et Résultats*, n° 1153, juin ; HCFEA, Conseil de l'âge, 2024, *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile, Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non, de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations*, Rapport adopté le 20 février 2024.

dépense moyenne d'APA doublerait d'ici à 2040, de 4 500 € en 2020 à 8 100 € en 2040 en euros courants[458].

Or, notre organisation et notre système ne sont pas prêts à absorber cette augmentation dans un contexte où le choix est fait de ne pas créer plus de places d'Ehpad, mais où les accompagnements à domicile ne sont pas suffisamment étayés, les offres alternatives entre le domicile historique et l'Ehpad trop peu développées.

Rappel des orientations du rapport « Domicile » du Conseil de l'âge

La progression attendue des dépenses d'autonomie – liée à l'impact du vieillissement et au rattrapage « quantitatif » d'une aide insuffisante actuellement – impose, pour être bien organisée et efficiente :

- **de repenser le cadre actuel d'accompagnement des personnes âgées, toujours très « compensatoire » et de tendre, comme la plupart des pays vers une approche « finaliste et globale » qui vise à construire une réponse transversale coordonnée, suivie dans le temps et révisée quand nécessaire[459] ;**
- **de développer une politique qualitative de l'autonomie des personnes âgées, incluant un volet prévention fort – facteur d'efficience de la dépense publique et privée – afin d'éviter des coûts et engendrer des économies sur d'autres dépenses sociales.**

II. Prévention et adaptation : les objectifs, conditions et leviers d'une politique de l'âge plus efficiente

Sur la base de ces constats, et à la lumière des travaux ayant déjà été menés sur le champ de l'autonomie des personnes âgées, le Conseil de l'âge propose quatre leviers pour une politique de l'âge plus efficiente, assortie d'une condition préalable.

0. Une condition préalable - Une meilleure efficience et un meilleur pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées

S'appuyant notamment sur son rapport « Domicile » de 2024, le Conseil de l'âge insiste sur l'effort à conduire de simplification et d'organisation d'un système trop éclaté, complexe

[458] Mendras P., 2023, Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?, *Notes IPP*, n° 96, novembre, Institut des politiques publiques, https://www.ipp.eu/publication/perte-dautonomie-des-personnes-agees-quels-besoins-et-quels-couts-pour-accompagner-le-virage-domiciliaire/.

[459] Le conseil a ainsi recommandé que la loi garantisse le droit des personnes âgées de vivre de façon autonome et en pleine citoyenneté, avec tous les soutiens nécessaires. Il préconise de prévoir un droit opposable à une évaluation multidimensionnelle, comportant une visite à domicile, recensant l'ensemble des besoins et des adaptations nécessaires (au-delà du seul périmètre de l'APA), permettant de sécuriser les accompagnements et de prévenir les risques associés à l'aidance.

et insuffisamment redevable[460]. La mise en place du service public départemental de l'autonomie (SPDA)[461] et l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie » des Ehpad[462] constituent des progrès, mais n'épuisent pas ce besoin.

Le Conseil de l'âge préconise donc de mettre à l'examen des mesures de simplification à la fois des dispositifs et du pilotage de la gestion des prestations, ainsi que la mise en place de systèmes d'information qui permettent une meilleure connaissance des publics âgés, par exemple en matière de recours aux prestations et la conduite d'évaluations des dispositifs.

1. Un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion des prestations

a. Une simplification des aides pour les personnes en GIR 5 et 6

Pour les personnes âgées fragiles non éligibles à l'APA, deux dispositifs coexistent actuellement pour le financement heures d'aide-ménagère :

- l'aide sociale légale départementale à domicile pour les personnes âgées dont le seuil de ressources est inférieur à celui de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Elle est financée par les conseils départementaux pour des dépenses inférieures à 68 M€ en 2023[463]. Elle est soumise à un recours sur succession, ce qui contribue très probablement à du non-recours ;
- l'aide sociale des caisses de retraite pour les PA dont les ressources sont supérieures au seuil de l'Aspa. Elle est financée sur les fonds d'action sociale « Personnes âgées » des caisses de retraite de base.

La coexistence de deux dispositifs bénéficiant à des publics proches mais relevant de gestions et de règles d'attribution très différentes est un facteur de complexité et d'inéquités.

---

[460] *Op. cit.*, HCFEA, Conseil de l'âge, 2024, Rapport Domicile, chapitre IV Poursuivre les efforts de simplification et d'organisation du système et aborder la question des disparités territoriales, p. 80 et suivantes : « *La politique et les dispositifs gérontologiques et de l'autonomie sont marqués par un éclatement des dispositifs et des compétences, de par la coexistence d'une décentralisation ancienne et large au profit des collectivités territoriales, et d'interventions de l'État et de la sécurité sociale qui restent fortes. Elle est également mise en œuvre par une multiplicité de type de structures et de services, de statut et de modalités d'intervention très divers (…)* ».

[461] HCFEA, Conseil de l'âge, 2025, *Avis portant sur le projet d'arrêté – et son annexe – relatif au cahier des charges*, adopté à l'issue de la séance du 13 février 2025.

[462] *Op cit.*, HCFEA, Conseil de l'âge, avis concernant PLFSS 2025.

[463] L'enquête de la Drees sur l'aide sociale des départements massifie ces dépenses d'aide-ménagère aux personnes âgées avec celles, très résiduelles, des frais de repas en foyer et de la prestation spécifique dépendance à domicile.

Proposition du Conseil de l'âge

Il est proposé pour simplifier le parcours des personnes âgées et diminuer les coûts de gestion de fusionner les deux dispositifs vers l'action sociale de la branche retraite et de transférer les crédits mobilisés par les départements vers les caisses de retraite[464].

Le Conseil de l'âge a examiné une autre piste de simplification qui permettrait à la fois de rationaliser les systèmes d'information et la gestion des prestations, et de donner plus de prise à la CNSA sur les concours et le financement de l'APA.

b. La gestion de l'APA par les régimes de retraite de base, pour le compte des départements

La politique de l'autonomie est marquée par un éclatement des dispositifs et des compétences[465] - la CNSA est la seule « caisse » de sécurité sociale à ne pas disposer d'un « réseau » local et d'un SI intégré.

Mesure phare de la convention d'objectifs et de gestion État/CNSA, le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile devait être généralisé « *à compter du premier semestre 2024* ». La loi prévoit[466] en effet depuis une disposition introduite par la LFSS pour 2022 que « *les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13*[467] *ont recours, pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, à un système d'information unique mis à leur disposition* » par la CNSA[468].

Le projet a longtemps été bloqué après des premiers travaux préalables de cadrage et de spécification. Son absence est regrettée par les acteurs, mais aussi la Cour des comptes,

---

[464] L'aide sociale légale départementale à domicile qui existe au bénéfice des personnes en situation de handicap ne serait pas impactée par cette réforme.

[465] Cette relative « complexité », avec une multiplication d'acteurs et de dispositifs, est considérée comme l'un des facteurs du non-recours des personnes âgées. Voir Revil Héléna et Catherine Gucher, *(Non)-recours et « grand âge »*, rapport de recherche EN3S-CNSA-Odenore, juin 2025.

[466] Article L. 232-21-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

[467] Principalement les organismes de sécurité sociale pour organiser les modalités de leur coopération pour la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les centres locaux d'information et de coordination ou des organismes régis par le code de la mutualité ou des services d'aide à domicile.

[468] Il a « *pour finalités de mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction ainsi qu'à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ; d'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires* ». En miroir, la CNSA a vu inscrire dans ses missions qu'elle « *conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à* l'article L. 1111-24 du code de la santé publique*, dont le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mentionné à l'article* ».

notamment dans son rapport 2025 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss)[469].

Si un redémarrage pourrait intervenir à courte échéance, la difficulté à concevoir et déployer ce système d'information (SI) invite à envisager des mesures alternatives. Comme l'avait envisagé la mission Igas - Igf d'évaluation de la COG 2016-2020 de la CNSA[470], le SI APA pourrait être développé par la branche retraite de la sécurité sociale, qui dispose déjà « en base » de l'identification de l'ensemble des retraités et donc d'une grande majorité des demandeurs de l'APA.

Il s'agirait de confier l'inscription et la gestion des droits à l'APA aux caisses de retraite obligatoire (réseau des Carsat et de la MSA), qu'elles effectueraient pour le compte des départements, comme cela était le cas pour la prestation spécifique dépendance qui était en vigueur entre 1997 et 2002. La mesure aurait plusieurs vertus :

- s'appuyer sur le fichier administratif des caisses de retraites de base, qui inclut avec les retraités la quasi-totalité des personnes susceptibles de demander l'APA, et qui connaissent leurs revenus fiscaux ;
- gommer la « barrière administrative » existant entre le GIR 5 et 6 d'un côté, et GIR 1 à 4 de l'autre, qui impose en cas de dégradation du niveau d'autonomie un changement d'institution gestionnaire ;
- rationaliser les coûts de gestion, les systèmes d'informations des caisses de retraite étant nationaux, et non départementaux ;
- harmoniser les pratiques et les outils d'évaluation ;
- établir une connaissance contemporaine des bénéficiaires de l'APA et leur situation, du niveau et du contenu des plans d'aide et de leur exécution.

Évoquée lors de la concertation *Grand âge* de 2018, cette option peut maintenant s'appuyer sur la nouvelle demande en ligne d'aides à l'autonomie pour une personne âgée vivant à domicile (demande-autonomie.gouv.fr), démarche en ligne orientant soit vers une demande d'APA, soit vers une demande d'aide sociale des régimes de retraite.

Sur le modèle de ce qui a été fait dans le cadre de France Travail, avec une inscription et un fichier unique gérée par l'opérateur France Travail, y compris pour les bénéficiaires du RSA, il pourrait être envisagée de développer une base unique de gestion des plans d'aide communs aux bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale des caisses de retraite. Il serait développé par l'inter-régimes de retraite en lien étroit avec la CNSA (comaîtrise d'ouvrage).

---

[469] Cour des comptes, *Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux*, Chapitre X du Ralfss 2025.
Également dans Cour des comptes, 2023, *Certification des comptes 2023 du régime général de la sécurité sociale et du CPSTI*, mai : « *L'absence d'un système d'information unique limite la CNSA dans l'exercice de ses missions de coordination des politiques de soutien à l'autonomie prévues par l'article L. 223-5 du CSS, notamment en matière de pilotage, d'équité de traitement et de gestion du risque* ».

[470] Igas – Igf, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion de la COG de la CNSA pour la période 2016-2020 et propositions pour la prochaine COG dans le cadre de la gestion de la branche autonomie*, Rapport, juin 2021.

Dans ce scénario, les caisses de retraite agiraient à la fois pour le compte de la branche autonomie (les Carsat étant déjà un réseau de trois branches : retraite, maladie, accidents du travail et des maladies professionnelles) et des départements, dans le cadre d'un régime législatif et de conventionnement rénové. Il pourrait même être envisagé de transférer les dépenses d'action sociale du compte de la branche retraite à ceux de la CNSA, comme cela a été fait pour l'AAEH passé du compte de la branche famille à celui de la CNSA.

Encadré 1 I Une APA gérée par les Carsat pour le compte des départements

La présente proposition de gestion du service des prestations APA à domicile, dans le cadre de la 5e branche, reposerait sur les deux axes suivants :

- une gestion en *back office* par le réseau de l'assurance retraite ;
- le financement, la décision du niveau de l'aide et la gestion du *front office* par les conseils départementaux (avec les membres du SPDA sur cette dernière mission).

À titre illustratif, les caisses de retraite effectueraient les tâches suivantes :

- réception de la demande et inscription de la personne ;
- l'orientation vers le bon dispositif (action sociale ou APA) ;
- le calcul du taux de participation ;
- le pilotage de l'évaluation (qui seraient réalisées avec passage systématique à domicile par des équipes constituées en GIE cofinancés par l'inter-régime de retraites avec les départements selon une clé de répartition financière pérenne). La question lancinante de la reconnaissance mutuelle des évaluations et de celle des plans d'aide se trouverait ainsi résolue.
- l'élaboration du plan d'aide, par délégation du département (totale, partielle ou nulle), qui resterait attributaire de l'aide ;
- la gestion des versements et le contrôle de l'effectivité de premier niveau, télégestion, Cesu, par délégation totale ou partielle des départements.

Les départements garderaient leur compétence décentralisée de pilotes de l'APA et notamment :

- la validation de tout ou partie des plans d'aide ;
- le contrôle d'effectivité de second niveau ;
- la structuration de l'offre (conjointement avec les ARS pour les services autonomie à domicile - SAD) ;
- la tarification (services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), emploi direct, mode mandataire, etc.), l'habilitation et la contractualisation avec les effecteurs ;
- le pilotage de la dépense départementale (paramétrage du *reporting* des caisses).

Dans ce scénario, le SI APA serait porté conjointement par la Cnav et la CNSA (MOA) associant les départements, et développé par la Cnav (avec la MSA le cas échéant). Il deviendrait le SI partagé entre caisses de retraites et les départements pour la gestion des allocataires, avec des remontées nationales « natives » vers la Cnav, la MSA et la CNSA. Il gèrerait aussi bien les personnes en GIR 5 et 6 qui bénéficient d'actions de prévention ou de plans d'action sociale (financés et pilotés par les caisses retraite), que les personnes en GIR 1 à 4 (pilotés et financés par les départements).

Dans cette option, **il conviendrait bien sûr de doter les caisses de retraite (caisse nationale et caisses locales) des moyens humains, de fonctionnement et d'investissement justement dimensionnés** pour pouvoir assurer cette « extension » de mission, qui devraient être financés par des transferts de crédits et/ou d'effectifs en provenance des départements.

Cette piste semble intéressante à mettre à l'étude pour un majorité de membres du Conseil de l'âge. Certains membres sont plus réservés, et craignent qu'elle ne déstabilise la branche retraite en lui confiant ces nouvelles missions et une charge de travail supplémentaire.

D'autres estiment qu'elle ne constituerait pas un progrès suffisant en termes de simplification. À ce titre néanmoins, une unification des SI de gestion des prestations et la transparence qu'elle établit permettrait d'envisager dans un second temps **une unification plus forte du pilotage et du financement des prestations, vers une autorité unique**, qui peut être les départements dans une option décentralisatrice ou la sécurité sociale, dans une logique qui rapprocherait la branche et le risque autonomie du cadre des autres branches et risques « classiques » appelée de leur vœux par de nombreux membres du Conseil de l'âge.

L'engagement de cette option demanderait des travaux et concertations approfondis, qui pourraient être conduits à la lumière des préconisations de la mission de l'Igas de contrôle de la gestion de l'APA dans quatre départements et de la mission Igas-IGF d'évaluation de la qualité de l'action publique consacrée aux divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (dont l'APA et l'ASH) et panorama des aides extralégales[471].

Proposition du Conseil de l'âge

Mettre à l'étude une réforme de la gestion des prestations individuelles du GIR 6 au GIR 1, en établissant une gestion unifiée et un système d'information national unique.

c. Des mesures de simplification ou de clarification

Elles sont très attendues sur deux champs :

- les ESMS, pour lesquels les doubles tarifications (qui existent pour les Ehpad, les SAD, mais aussi de nombreux établissements pour personnes en situation de handicap) engendrent à la fois de la complexité et redondance de coûts administratifs (voir *infra* sur les Ehpad) ;
- l'habitat intermédiaire, marqué par les incertitudes sur les modalités de partage de l'APA en cas d'habitat regroupé et partagé, des règles de droit éclatées entre les codes et les statuts multiples (la frontière entre l'ESMS et le domicile est à clarifier, de même que le nombre de logements pertinents par habitat inclusif serait à préciser) ainsi que sur le droit applicables et les pratiques départementales s'agissant de l'octroi de l'aide à la vie partagée (AVP).

[471] Cette option constitue une alternative à la mesure proposée par le député Éric Woerth dans son rapport *Décentralisation : le temps de la confiance*, remis au Président de la République en juin 2024, consistant en création d'un établissement public départemental, le « service départemental des solidarités ». Intéressante sur le plan des objectifs, elle présente moins d'avantages en termes de rationalisation de la gestion et des systèmes d'information.

2. Un progrès dans la connaissance des situations et aides, par un investissement dans les systèmes d'information permettant le pilotage local, le monitoring national et le développement de l'évaluation

Outre la priorité que doit être le déploiement d'un système d'information unique pour la gestion de l'APA, il convient de déployer les échanges et appariements de données pour favoriser le *monitoring* de la politique de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Cet objectif est déjà inscrit dans la COG de la CNSA[472] et a été repris par la Cour des comptes dans son avis de synthèse sur l'Ondam[473].

Proposition du Conseil de l'âge

Il convient de mobiliser beaucoup plus fortement les données disponibles pour mesurer les effets et l'efficience des actions de prévention et des accompagnements. L'objectif est de pouvoir rapprocher au moins annuellement sur une base individuelle les actions de prévention et les prestations médico-sociales des personnes âgées, et leurs prestations et dépenses de soins, qu'elles soient financées sur les soins de ville ou l'Ondam hospitalier.

A. Levier n°1 - Développer la prévention primaire au bénéfice du vieillissement en bonne santé et dans l'autonomie des seniors

L'ensemble des rapports rendus sur le Grand âge, le gouvernement dans son action et le législateur au travers de la loi du 8 avril 2024 ont reconnu la nécessité d'une action résolue et accentuée pour développer la prévention primaire[474]. Par exemple, la Cour des comptes estime qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ferait économiser un montant d'environ 1,5 Md€ à l'assurance maladie [475].

Le premier levier retenu par le Conseil de l'âge est donc un effort accru de prévention, pour toucher plus de seniors entre 65 et 75 ans, et ainsi favoriser le vieillissement en bonne santé, dans l'activité et la participation sociale.

La Conférence nationale de l'autonomie a été instaurée par la loi et va être mise en place pour adopter des orientations nationales en matière de prévention de la perte d'autonomie.

---

[472] Engagement C de l'axe 3 de la COG de la CNSA.

[473] *Op. cit.*, p. 34.

[474] L'OMS défini la prévention primaire comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents et des handicaps. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux et sociétaux mais également les facteurs consolidants et structurants tels que les compétences psychosociales.

[475] Cour des comptes, 2021, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, Rapport, novembre.

Le Conseil de l'âge propose qu'elle retienne des objectifs plus ambitieux que ceux du projet de nouvelle Stratégie nationale de santé[476] décennale diffusée fin 2023 soient adoptés, dans un cadre et avec des indicateurs mesurables qui soient suivis et évalués.

Le déploiement des rendez-vous de prévention à 70-75 ans prévus par la LFSS 2023 a commencé. Nommé « Mon bilan prévention » et reposant sur un « auto-questionnaire » puis un rendez-vous avec un médecin, une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien – il est prévu et très souhaitable au titre de la prévention de la perte d'autonomie qu'il puisse être également être réalisé par un masseur-kinésithérapeute rééducateur (MKR). Le dispositif est déployé par les caisses d'assurance maladie. Cependant, le taux de recours est faible (0,02% de taux de suite par exemple pour la première vague lancée par la MSA), peut-être du fait de l'absence de ciblage et « d'aller-vers ». De bons relais sont à trouver dans des dispositifs tels que déployés :

- par la MSA, qui procède à des relances ciblées et oriente vers son dispositif *Instants santé*[477] ses assurés les plus à risque ;
- par l'Agirc-Arrco qui peut adresser ses retraités vers ses centres de prévention recevant 40 000 visites par an.

Comme le propose la Mutualité française, les mutuelles pourraient également participer à la promotion du bilan prévention auprès de leurs adhérents notamment bénéficiaires de la complémentaires santé solidaire.

Pour le Conseil de l'âge, le déploiement de Icope[478] est à assurer dans des délais resserrés, les moyens afférents restant encore à budgéter. Ces derniers devront se déployer avec un fort souci d'efficacité et un accent mis sur les publics les plus en besoin, pour contrer le gradient social et/ou territorial constaté.

Les caisses de retraite sont les mieux placées pour le promouvoir, sur la base d'un ciblage réalisé *via* les données des observatoires régionaux des fragilités, et en lien avec les Conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA). Les premières étapes (*step* 1 et *step* 2) ne doivent pas en effet nécessairement mobiliser des professionnels de santé libéraux comme cela a été souvent le cas pour l'expérimentation « article 51 »[479]. Il pourrait

[476] Projet de SNS élaboré par le ministère de la Santé et soumis à concertation en septembre 2023.
[477] Ils permettent aux adhérents qui en ont le plus besoin de bénéficier d'un bilan de santé personnalisé et gratuit réalisé par des professionnels de santé : un rendez-vous santé avec un infirmier (en présentiel, par téléphone ou en *visio*) puis une consultation avec un médecin.
[478] Icope (« Integrated Care for Older PEople » qui peut se traduire en français par « Soins Intégrés pour les Personnes Âgées ») est un programme innovant développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'adresse à toute personne de 60 ans et plus désireuse de maintenir sa forme physique, morale et intellectuelle, grâce à l'aide d'outils numériques.
[479] Le *step 1* est une autoévaluation par la personne. Elle peut le faire seule à partir d'un site (comme Icope Monitor du CHU de Toulouse) ou avec une personne pour l'aider à comprendre. En fonction de son score et s'il y a des fragilités identifiées, les *steps* suivants sont à enclencher. Le *Step 2* est une

notamment s'appuyer sur des professionnels de l'aide à domicile, les Saad et Sad ayant désormais une mission de prévention qui n'est pas pour l'heure précisée et financée. Le réseau de prévention de la Mutualité Française pourrait également participer à cet accompagnement.

Il doit pouvoir intégrer une dimension de prévention en direction des proches aidants, avec l'objectif de les sensibiliser sur le « prendre soin » de leur propre santé, les informer sur leurs droits et les orienter, en lien avec le Service public départemental autonomie (SPDA), vers les professionnels de santé compétents et les dispositifs de soutien et de répit.

Il convient donc de prendre les textes attendus permettant le déploiement d'Icope (décret en Conseil d'Etat sur ses modalités de pilotage, cahier des charges, campagne de communication des caisses) et de gérer le changement d'échelle, pour toucher la population cible de seniors estimée à 2 millions par le ministère de la santé, pour un taux d'inclusion estimé à 50%.

Ces dispositifs pourraient s'appuyer sur une **rénovation de l'action sociale des caisses et une augmentation de la population de retraités couverte par un plan d'accompagnement**.

Le site de l'inter-régime de retraite « Bien vieillir », bien conçu, doit continuer à être amélioré pour favoriser l'inscription directe aux actions et activités de prévention[480], de participation et de lien social. Il continuerait à être porté dans le cadre actuel de la convention État – Inter-régimes de retraite ou par un GIP constitué sur le modèle du GIP Union retraite.

Pour assurer la traçabilité des actions de prévention et développer des évaluations d'impact, au bénéfice de la CNSA et de son centre de ressources et de preuves, l'outil d'évaluation Web Report 2.0. initialement développé par la MSA puis repris par l'inter-régimes de retraites, doit être pleinement utilisé, en étudiant la possibilité d'y faire « monter » toutes les actions financées par les CFPPA.

Par ailleurs, le nombre de retraités (GIR 5 et par exception GIR 6) bénéficiant d'un plan d'aide et de prestations extralégales au titre de l'action sociale des caisses doit être augmenté, pour toucher la population cible des retraités fragiles. Ainsi, en 2024, 3,5 % d'assurés du régime général, soit 282 244 retraités ont bénéficié d'un plan d'aides à domicile

évaluation plus fine et centrée sur la personne. Cette évaluation est réalisée par un personnel formé, mais pas nécessairement par un médecin. L'objectif est de comprendre la personne, ses valeurs, ses priorités et ses préférences, évaluer et comprendre le déclin, rechercher des pathologies sous-jacentes et évaluer l'environnement de la personne. Le *Step 3* définit un objectif et développe un plan personnalisé de soins en partenariat avec la personne. Le *Step 4* représente la mise en œuvre et le monitoring du plan personnalisé de soins et l'adressage spécialisé. Le suivi régulier permet de monitorer les progrès et d'adapter les soutiens selon les besoins.

[480] Ces éléments seront approfondis dans le cadre d'un rapport du Conseil de l'âge sur « la participation sociale et la contribution économique et sociale des seniors » qui sera publié en septembre 2025.

PAP et Oscar[481], contre 6 % de publics potentiellement concernés, le système fonctionnant en enveloppes limitatives.

Les prochaines conventions d'objectifs et de gestion des caisses de retraite de base doivent donc comprendre une révision à la hausse des crédits d'action sociale.

Cet effort supplémentaire, de l'ordre de 300 M€ tous régimes, doit s'accompagner de la poursuite de la démarche déjà engagée vers une plus grande homogénéité des prestations dont peuvent bénéficier les retraités de l'ensemble des régimes (base et complémentaire, ou globale pour les régimes intégrés) et une plus forte mise en commun des ressources particulières de chaque régime. Le cadre idoine en serait l'inter-régimes de retraite et la convention liant les principaux régimes à l'État[482]. L'extension de la convention pourrait être prévue, associant les régimes spéciaux de base et complémentaires et, ce qui n'est pas le cas actuellement, ainsi que la CNSA pour son volet prévention.

En termes de prévention, le Conseil rappelle toute l'importance de l'adaptation des logements privés et sociaux. Son rythme actuel apparaît insuffisant s'agissant de la montée en charge des bénéficiaires de Ma Prim'Adapt. Le bilan pour 2024 de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) indique que 37 069 propriétaires de logements ont reçu une aide, dont 88 % (soit 32 620) dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, pour une somme globale de 181 M€, soit environ 5 550 € par logement. Bien qu'en hausse par rapport à 2023, ce chiffre est en deçà de l'objectif initial de 44 000 logements adaptés, et du nombre annuel de logement à adapter pour atteindre celui de 680 000 adaptations sur dix ans. **Le Conseil de l'âge insiste sur l'effort de promotion de la prime et de budgétisation supérieur à celle actuelle (100 à 150 M€ supplémentaires), pour permettre de monter à 60 000 adaptations en rythme annuel.**

S'agissant du parc de logements sociaux, sur l'adaptation duquel le Conseil avait insisté, le rapport de l'Agence nationale de contrôle du logement social (Ancols) pour 2024 montre que, si les bailleurs ont pris conscience de l'importance de ce sujet - certains ensemble comptant 30 à 40 % de locataires âgés - ils sont loin d'avoir tous une bonne connaissance du niveau d'adaptation de leurs logements et des besoins des locataires. En contrepoint, les aides accordées par les pouvoirs publics (exonération de taxe foncière sur les propriétés bâties, aides des caisses de retraite et de la Caisse des dépôts) semblent suffisantes pour couvrir l'adaptation des parties privatives (coût moyen de 3 500 € par logement), mais vont rarement au-delà de l'aménagement de la salle de bain. Un effort d'adaptation doit donc

[481] Oscar est une initiative de l'Assurance retraite, remplaçant progressivement les Plans d'actions personnalisé (PAP). Conçu comme un ensemble de services et de prestations, ce dispositif s'adresse aux retraités du régime général autonomes ou en faible perte d'autonomie (classés GIR 5 ou 6).
[482] Convention signée le 7 février 2022 par la Cnav, la CCMSA, la CNRACL et l'Agirc-Arrco et l'État.

être entrepris par les bailleurs, pouvant s'appuyer sur des principes et des démarches impulsées par les unions ou associations de bailleurs[483].

Pour gager le coût de ces mesures et tirer les bénéfices de cet effort de prévention, le Conseil propose d'ici fin 2026, de réduire de 30 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de plus de 65 ans (soit – 40 000 séjours hospitaliers et – 3 000 décès pour chute)[484], pour une économie sur les dépenses de santé de 400 M€ à horizon 2029 (voir le plan d'action global présentée *infra*).

À cette économie s'ajoutera à moyen-terme l'impact de la prévention sur la baisse du tendanciel du nombre de bénéficiaires futurs de l'APA et de leur glissement en GIR.

Proposition du Conseil de l'âge

Pour le Conseil de l'âge, il conviendrait :

- **de poursuivre les déploiements des rendez-vous « Mon bilan prévention » à 70-75 ans et d'Icope en améliorant leur ciblage et dans une démarche « d'aller-vers » ;**
- **de gérer un changement d'échelle de l'action sociale des caisses de retraite, notamment *via* l'inter-régimes de retraite étendu à la CNSA :**
  - **rénover l'action sociale des caisses et augmenter la population couverte par des actions d'accompagnement pour passer à l'ensemble des populations cibles,**
  - **assurer la traçabilité des actions de prévention et développer des évaluations d'impact.**

Calendrier et pilotes de la mise œuvre

2025-2026 : déploiement dans des délais resserrés de Icope (DGOS/CNSA/Caisses d'assurance maladie et de retraite/ CFPPA) et des rendez-vous de prévention à 70 ans.

2026 : travail de rénovation de l'action sociale des caisses. Conclusion d'une nouvelle convention État/Inter-régimes de retraites, associant la CNSA.

2027 : nouvelle COG de la Cnav incluant un objectif d'augmentation du taux de couverture et le nombre de bénéficiaires d'un plan Oscar. Révision des autres COG.

[483] Voir par exemple le label Habitat Senior Services® porté par l'association de bailleurs *Delphis*, démarche de normalisation développée avec le soutien financier de la CNSA et des ministères de la Santé et du Logement. Créé en 2005, il en est à sa 4ème version, avec un cahier de dispositions ainsi que des cahiers des charges techniques mais aussi de services. En 2024, 37 organismes étaient licenciés dont 23 labellisés, audités régulièrement par un organisme certificateur indépendant. Par ailleurs, le Conseil social de l'Union sociale pour l'habitat a publié, en septembre 2024, un avis titré « *La population vieillit, les HLM s'adaptent* », formulant en outre quinze recommandations.

[484] Dans sa note de synthèse sur l'Ondam d'avril 2025 (*op. cit.*), la Cour des comptes rappelle que « *les chutes de personnes âgées ont un coût de prise en charge estimé à 0,9 Md€ dans l'année qui suit l'accident et causent plus de 10 000 décès par an* »

B. Levier n°2 - Refonder les approches et les outils d'évaluation et de réponse aux besoins pour établir des plans d'aides globaux et renforcés dans leur effectivité, et favoriser des parcours de soins et d'accompagnement rationnalisés

Ce levier est centré sur les publics devant bénéficier de l'APA. Elle vise au développement de la prévention secondaire et tertiaire de la perte d'autonomie au travers de plans d'aides mieux distribués, plus complets et mieux exécutés. Il en est attendu une amélioration du bien-être et de l'autonomie des personnes, mais aussi une réduction des événements indésirables à domicile (dépressions, chutes, dénutrition, ainsi que le burn-out des aidants). Elle passe par une rénovation profonde des évaluations des personnes, des propriétés de la grille Aggir et de l'APA, de la promotion de l'offre de répit pour les aidants. Elle permet une meilleure mobilisation des aides techniques, notamment numérique, et l'amélioration des parcours. Elle repose enfin sur une augmentation quantitative de l'aide apportée aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ou psychiques, dans une logique de convergence entre droits à compensation du handicap et de la perte d'autonomie[485].

Propositions du Conseil de l'âge de rénovation de l'APA

- **Rénover la grille Aggir et élargir l'éligibilité à l'APA**

Les personnes souffrant de troubles cognitifs sans autres restrictions d'activité sont fortement maltraitées par l'APA à la fois en éligibilité et en montant mensuels… Il faut y répondre. C'est pourquoi le Conseil de l'âge a proposé d'élargir l'éligibilité à l'APA pour faire rentrer des personnes souffrant de maladies neurodégénératives sans avoir de restrictions fortes sur les activités comme l'habillage, les toilettes ou l'alimentation.
Dans son rapport « Domicile » et son document *Éclair'âge* « *Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA* », le Conseil de l'âge avait envisagé plusieurs options visant à réintégrer dans leur droit légitime à un accompagnement et à l'APA les publics actuellement évincés par le fonctionnement de la grille Aggir.
Il préconise donc une rénovation du barème de la grille, pour permettre l'inclusion dans l'APA de personnes ayant des restrictions autres que sur les 6 activités « physiques »[486]. Elle

[485] HCFEA, Conseil de l'âge, 2018, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, Rapport ; Hcaam, 2018, *Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030*, Avis ; Libault D., 2019, *Concertation Grand âge et autonomie*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'âge, 2024, *Les aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins* , Document Éclair'âge, janvier.

[486] Les 8 variables cotées selon que la personne peut les réaliser sont : 1. La cohérence ; 2. L'orientation ; 3. La toilette ; 4. L'habillage ; 5. L'alimentation ; 6. L'élimination ; 7. Les transferts ; 8. Les déplacements intérieurs. Chacune de ces activités est cotée par l'équipe évaluatrice selon trois modalités : A, activité réalisée ; B, activité partiellement réalisée ; C, activité non réalisée. La cotation se fait selon que la personne réalise ou non l'activité seule, spontanément, totalement, habituellement et correctement (ce qui recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis-à-vis de soi et les autres). Document *Éclair'âge* *op. cit.*

consisterait à ouvrir le bénéfice de l'APA aux personnes cumulant au moins 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les 8 activités, ce qui permettrait de faire entrer dans l'APA une partie des personnes exclues (voir la partie A du présent chapitre), soit environ 295 000 personnes bénéficiaires, pour un coût en dépenses d'APA de 1,4 Md€. Elle pourrait être prise et financée dans le cadre de la future stratégie Maladies neurodégénératives. Une option moins large serait d'ouvrir le bénéfice de l'APA aux personnes qui cumulent une restriction absolue en matière de cohérence d'orientation avec une restriction lourde dans l'une des 6 autres activités, soit 97 000 bénéficiaires supplémentaire pour un coût de 460 M€.

- Rénover l'APA pour créer trois compartiments (aides humaines, aides techniques, répit) avec un plafond relevé quel que soit le GIR

Ces compartiments pourraient être mobilisés simultanément le cas échéant, et feraient l'objet soit de plafonds distincts, afin que la consommation de l'un ne soit pas au détriment des autres actions, soit d'un plafond global fortement relevé.

- Prévoir un forfait dédié à la surveillance en sus des plafonds actuels, qui permettrait la prescription d'un nombre d'heures suffisant pour les personnes souffrant de troubles cognitifs ou psychiques graves. En alternative, proposer un droit d'option, au-delà de la barrière d'âge de 60 ans, entre l'APA et la PCH (en continuant à assurer le suivi de la personne par le service du département en charge des personnes âgées).

Une ouverture dérogatoire pourrait par exemple être décidée par le président du conseil départemental sur avis conjoint de la MDPH et du service APA). Cette option se rapprocherait de la dérogation faite à la barrière d'âge par la loi n° 2025-138 du 17 février 2025 pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique et d'autres maladies évolutives graves.

Ce levier passe dans un premier temps par une phase d'investissement, avec des dépenses supplémentaires d'APA (nouveaux bénéficiaires, augmentation du nombre moyen d'heures effectuées) et médico-sociales (développement des équipes de soins Alzheimer-ESA[487]) à provisionner dans le budget de la branche autonomie.

Afin de suivre à la fois au niveau central et au niveau territorial la montée en charge et la bonne utilisation des crédits supplémentaires mobilisées, elle doit s'appuyer la construction du SI-APA avec *monitoring* des parcours confié aux conférences territoriales de l'autonomie et remontées annuelles d'informations vers la CNSA.

Encadré 2 ▌Approche exploratoire en projections pour évaluer des « ordres de grandeurs » d'une réduction de la prévalence des pertes d'autonomie

Dans une **approche exploratoire en projections**, le secrétariat général du HCFEA a essayé d'évaluer des « ordres de grandeurs » d'une réduction de la prévalence des pertes d'autonomie. Ces travaux

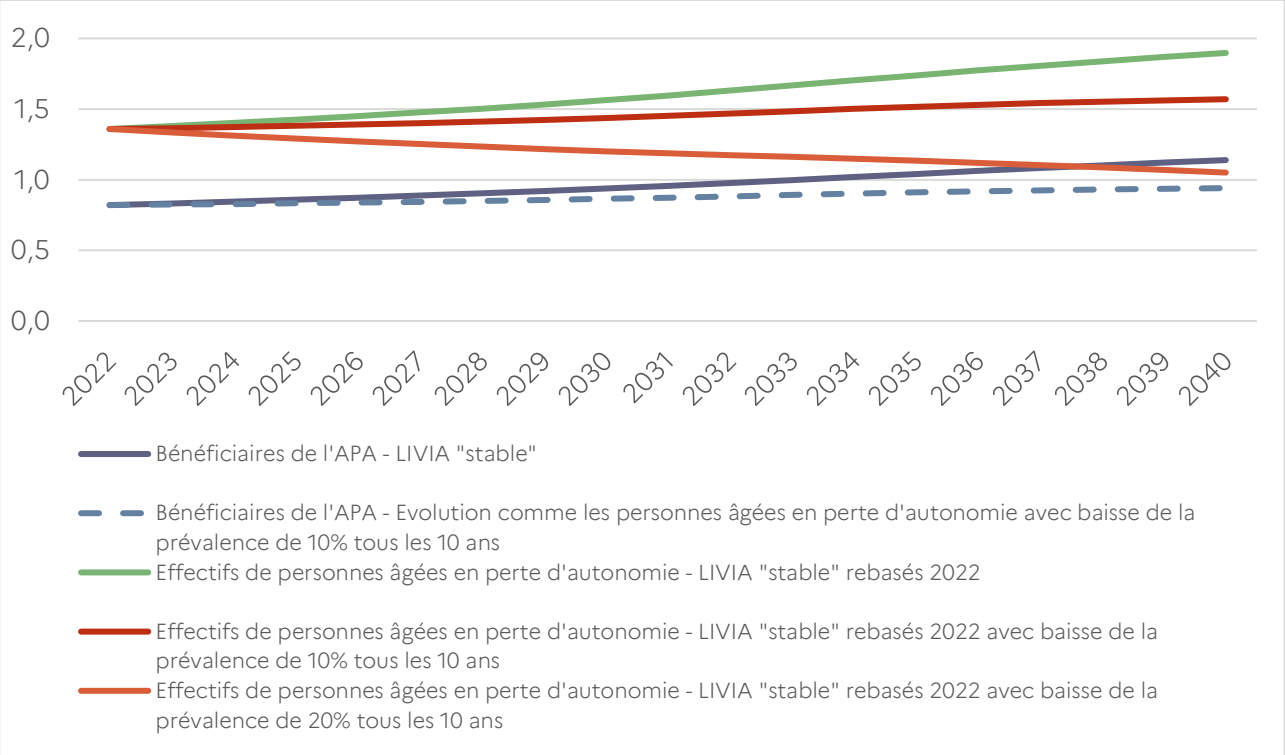
[487] Comme préconisé par le rapport de la mission de l'Igas d'évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, 2021.

ont été conduits sur la base des données 2017 du modèle Livia de la Drees (dernières disponibles à la rédaction du rapport), rebasées pour tenir compte de la baisse de la prévalence des pertes d'autonomie de 2017 à 2022, ainsi que d'hypothèses envisageables de baisse futures, on peut constater :

- qu'une baisse de 10 % tous les dix ans, permettrait de quasiment stabiliser le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie malgré l'arrivée des classes d'âge nombreuses du « *baby-boom* » à 80 ans et plus ;
- et une baisse de 20 % tous les dix ans (soit sensiblement comme celle constatée entre 2015 et 2022 qui se prolongerait « fictivement » sur la totalité de l'horizon de la projection) permettrait quant à elle de réduire au niveau de la population des bénéficiaires de l'APA la population totale des personnes âgées en perte d'autonomie.

Graphique 8 I Projections des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4) avec des hypothèses de baisse de la prévalence des pertes d'autonomie ainsi que celle des effectifs de bénéficiaires de l'APA à domicile

(en millions)



Source : Données du modèle Livia de la Drees, calcul du SG du HCFEA.

Toutefois, en appliquant à ces populations les montants moyens de dépenses selon les GIR de 2022 (voir *supra*), on aurait des dépenses d'autonomie des personnes âgées en euros constants qui resteraient assez dynamiques sur la période des projections, sauf dans l'hypothèse « volontariste » de la poursuite de la prévalence des pertes d'autonomie dans une intensité comparable à la période 2015 – 2022. **Cette dernière hypothèse ne pourrait toutefois s'envisager sans prise en compte des besoins de revalorisation qualitatives des aides (et partant du coût moyen pour les finances publiques qui n'est pas projeté dans le cadre de cet exercice exploratoire)**.

Le maintien d'une dynamique favorable de baisse de la prévalence des pertes d'autonomie, comme celle constaté sur la période récente, et un pilotage du coût moyen des prises en charge pour les finances publiques assurant leur évolution qualitative (voir *infra*) appelée de ses vœux par le Conseil, ne pourrait se réaliser sans une mobilisation des moyens de prévention (repérage des fragilités,

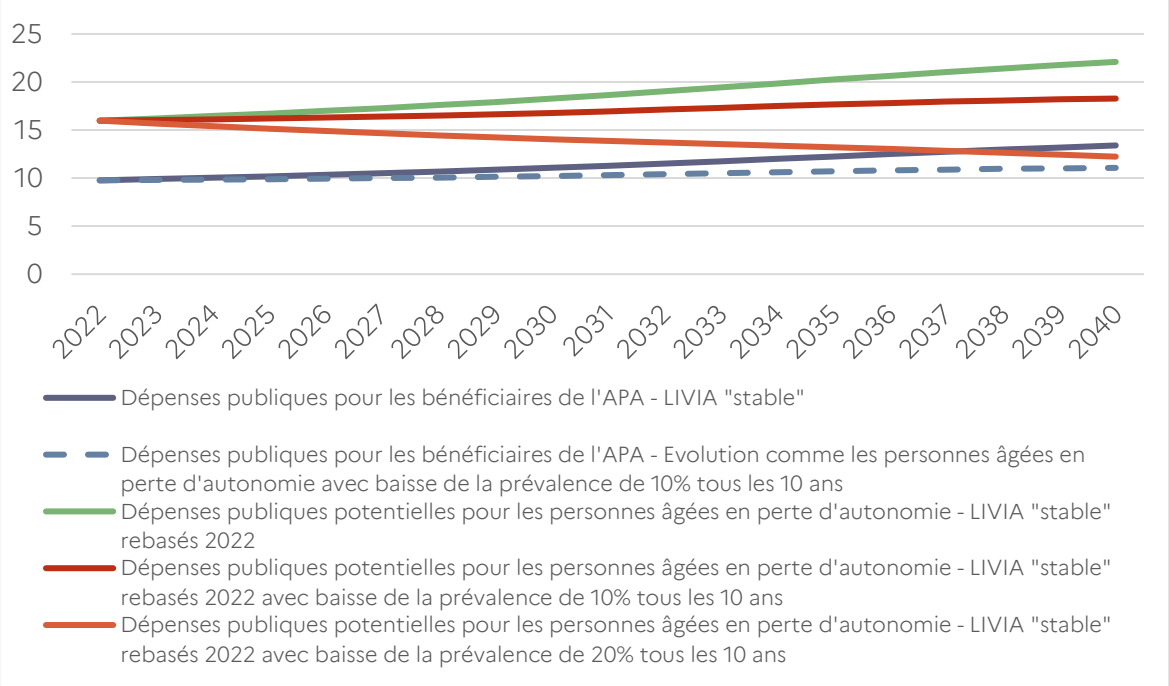
action sociale des caisses, refonte des plans d'aide) en direction des personnes âgées afin de contenir le tendanciel dynamique des dépenses d'autonomie des personnes âgées.

De fait, le maintien en Gir 3-4 des bénéficiaires de l'APA plutôt que leur passage en Gir 1-2 est susceptible de réduire de moitié (plus de 10 000 euros annuels en euros constants 2022) le coût de leur prise en charge pour les finances publiques. **Un « pilotage » du coût moyen sur les finances publiques de la perte d'autonomie qui aurait pour fondement une augmentation du Gir moyen des personnes âgées en perte d'autonomie (et non une dégradation des prises en charge), serait susceptible de contenir le coût moyen des prises en charge pour les finances publiques**.

Ainsi, sous une hypothèse exploratoire « volontariste » de baisse des effectifs de bénéficiaires de l'APA (courbe en pointillé) reflétant l'hypothèse de poursuite de la baisse de la prévalence des pertes d'autonomie des personnes âgées de 10 % tous les 10 ans – on évalue les effets d'une **moindre progression des bénéficiaires de l'APA par la prise en charge préventive précoce des pertes d'autonomie**.

Graphique 9 I Projections des dépenses publiques des prises en charge à domicile (APA + crédit d'impôt + dépenses de soins) selon les hypothèses de prévalence des pertes d'autonomie à domicile

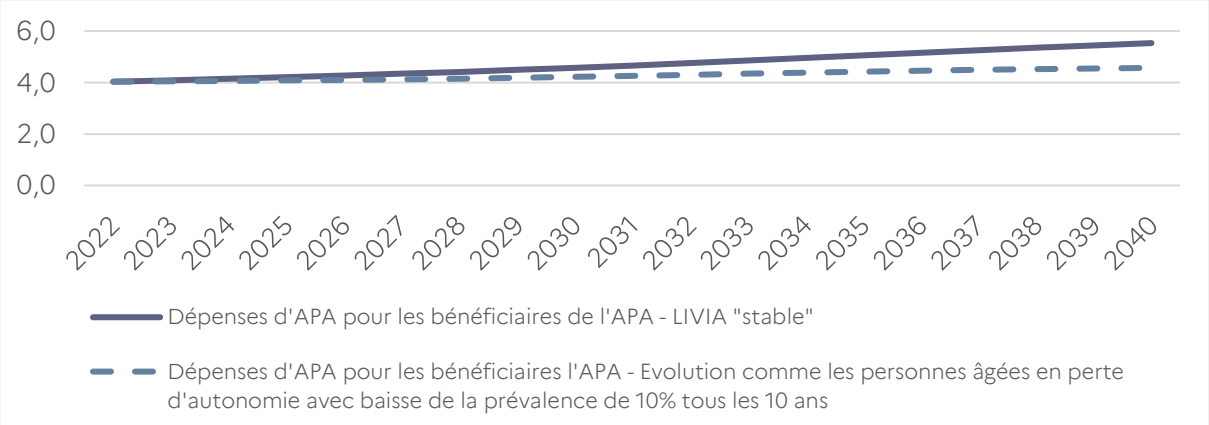
(en Md€ constant 2022)



Source : Données du modèle Livia de la Drees et du Repss autonomie, calcul du SG du HCFEA.

Les dépenses d'APA représentant environ 40 % du total des dépenses publiques des prises en charge à domicile selon la Drees, **cette hypothèse « volontariste » pourrait représenter une réduction potentielle de 0,4 Md€ de dépenses d'Apa en 2030 et 1 Md€ en 2040**.

Graphique 10 I Projections des dépenses d'APA selon les hypothèses de prévalence des pertes d'autonomie à domicile (en Md€ constant 2022)



Source : Données du modèle Livia de la Drees et du Repss autonomie, calcul du SG du HCFEA.

Un travail plus fin de simulation devra être poursuivi, notamment sur la base des dernières données actualisées du modèle Livia de la Drees qui seront disponibles à l'été 2025.

Économies attendues

Le coût de la mesure sera, en premier lieu, en partie gagée par une économie sur les dépenses d'action sociale des caisses quand les personnes actuellement classées en GIR 5 deviendront éligibles à l'APA.

À moyen et long terme, elle permettra de réduire les coûts sanitaires (hospitalisations, médicaments, soins infirmiers etc.) des populations âgées atteintes de maladies neurodégénératives et une diminution du Gir moyen permettant de réduire le coût des prises en charge (voir encadré 2).

Calendrier et pilotes de la mise œuvre

2025 : approfondissement des travaux, propositions et chiffrages du Conseil de l'âge (DGCS/CNSA/départements de France/Drees/parties prenantes).

2026 : travail de refonte de l'algorithme de la grille Aggir, des plafonds et des compartiments de l'APA (DGCS/CNSA). Concertation et publication des textes réglementaires (DGCS, conseil de l'âge).

2027 : implémentation des nouvelles règles dans les systèmes de gestion de l'APA. Mise en œuvre des nouvelles dispositions au 1er juillet 2027 en flux des nouvelles demandes d'APA ou de la révision des plans d'aide à la suite d'une évolution de l'autonomie des personnes (CNSA/départements/Carsat/responsables SI).

C. Levier n°3 - Renforcer l'efficience des accompagnements à domicile en développant les solutions regroupées et de proximité mobilisant plus justement les interventions et aides humaines

Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce troisième levier sont la réduction de l'isolement des personnes âgées tout en minimisant le nombre de déplacements des professionnels. Le bénéfice attendu est l'amélioration du parcours de soins et de vie des personnes, et de la qualité du travail des professionnels de santé et d'aide aux personnes âgées, réduisant la sinistralité élevée du secteur (coûts des accidents du travail et maladies professionnelles, de l'absentéisme et du recrutement de salariés temporaires - voir *supra*).

Car si une majorité de personnes âgées vulnérables doit pouvoir vivre et vieillir dans l'autonomie dans son domicile historique adapté, il convient de développer très forte les solutions pour celles qui peuvent et souhaitent vivre « chez elles, mais avec d'autres ».

Comme le Conseil de l'âge le relevait dans son rapport « Domicile »[488], il passe par un soutien accru au développement des habitats dits intermédiaires ou partagés, (résidences autonomie, habitats inclusifs, colocations, accueil familial), qui ne représentent environ que 300 000 solutions actuellement, ainsi que par le développement des outils numériques de soins ou de prévention (télémédecine, diffusion de la télésurveillance, intelligence artificielle)[489].

Un effort important de financement et de solvabilisation d'une offre publique, associative et privée de solutions intermédiaires doit être planifié, avec la fixation d'objectifs plus ambitieux d'augmentation de leur nombre à horizon de 10 ans[490]. Son coût est déjà « gagé en creux » dans le tendanciel pluriannuel de dépenses publiques et privées par la décision de ne pas lancer de grand plan de création de places supplémentaires en Ehpad[491].

---

[488] *Op. cit.*, 2024 : « *Le Conseil de l'âge recommande de donner de la visibilité sur les différentes formes d'habitats qui permettent d'ajouter de l'autonomie et du lien social dans la vie à domicile et les bonnes stratégies pour les intégrer dans l'organisation spatiale et sociale des territoires, dans toute leur diversité* ».

[489] *Idem*, « *Les situations dans lesquelles le plafonnement des plans d'aide APA impose un arbitrage entre l'accompagnement humain et les aides techniques ou les aménagements du logement … ne sont pas rares … Compte tenu des pénuries importantes en termes de ressources humaines dans le secteur médicosocial, il apparaît nécessaire de lever les contraintes en termes d'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement afin de renforcer l'efficience globale de l'allocation des moyens* ».

[490] Le rapport de la mission Igas *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit* publié en mars 2024 proposait une cible relativement modeste de 15 000 personnes âgées logées dans des colocations Alzheimer à horizon 2030, mais surtout un plan de créations de 100 000 logements en résidence autonomie.

[491] Selon la Drees, à pratiques inchangées, il conviendrait d'accueillir 104 000 résidents supplémentaires en Ehpad d'ici à 2030, puis encore 205 000 entre 2030 et 2050 (*Source : Lieux de vie et autonomie : révision des données du modèle LIVIA, mars 2024*).

Sa programmation pourrait passer par la réunion d'une conférence des financeurs de l'habitat partagé et regroupé, mettant autour de la table les acteurs et investisseurs du secteur. Elle serait appuyée par la création d'une mission d'animation nationale du développement de ces habitats. Celle-ci pourrait être chargée de la définition de grands « modèles » d'habitat partagés, permettant de diffuser des cahiers des charges types guidant les pilotes de son développement (collectivités territoriales dont les départements au premier chef, caisses de retraite qui financent – en lien avec la CNSA – les aides à l'investissement pour les résidences autonomie) et l'initiative publique et privée.

Adossé administrativement à la CNSA, elle serait en capacité d'apporter des compétences et des crédits d'ingénierie. Elle pourrait également proposer des clarifications et simplifications et du droit applicable, tant au titre du Code de la construction et de l'habitation que du Code de l'action sociale et des familles (CASF), pour sécuriser les projets.

Cette mission pourrait enfin réaliser ou passer commande d'études socioéconomiques pour mesurer l'impact et les externalités produites par ces modèles d'habitat.

En effet, d'importantes économies attendues d'une telle démarche sont une baisse des dépenses moyennes de fonctionnement et d'hébergement des structures par rapport au modèle du foyer-logement ou de l'Ehpad, qui doivent être mieux quantifiées. Elles sont aussi attendues s'agissant de l'effection des interventions humaines, par le cadre rationalisé d'intervention qu'elle permet pour les professionnels de santé et ceux de l'accompagnement à domicile. Enfin, elles peuvent égaler découler du cadre plus propice au bon suivi médical et thérapeutique des personnes[492] : possibilité facilitée de recourir à la télémédecine, observance des traitements médicamenteux, etc.

Dans les maisons de colocation seniors, il est estimé que la mutualisation des prestations et la rationalisation des interventions permet de financer, pour le coût de deux heures d'APA, une présence continue et sécurisante d'auxiliaires de vie de 7h30 à 20h.

Selon une étude d'EY pour *Viseha*, les seniors en GIR 4 vivant en résidence service seniors ont un coût (2 196 € en moyenne annuelle) plus de deux fois moindre pour la collectivité (APA et crédit d'impôt) qu'un senior en GIR 4 résidant à son domicile (5 220 €). De plus, la vie dans un logement adapté réduit les risques de chutes et les hospitalisations évitables. La vie en habitats partagés et inclusifs permet de réduire également l'isolement des personnes âgées ainsi que tous les coûts qui y sont associés (déplacements des professionnels, dénutrition, etc.).

Dans une logique d'aménagement du territoire et de diminution de l'artificialisation des sols et des coûts fonciers, le développement de ces habitats intermédiaires doit se faire par priorité au centre ou dans la proximité des bourgs centres en déprise (comme cela a été prévu dans le plan d'action Cœur de ville) ou des zones où la vétusté du bâti permet des opérations de rénovation rentables (quartiers prioritaires, périphérie des métropoles).

[492] Voir également le chapitre du Hcaam.

Proposition du Conseil de l'âge

Le conseil de l'âge propose d'accélérer et de faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires, l'effort financier nécessaire pour cela étant moins coûteux en investissement (du fait de normes différentes) et en fonctionnement (par la rationalisation des interventions qu'ils permettent) que le développement de nouveaux établissements médico-sociaux ou les interventions dans le diffus.

Calendrier :

2025 – début 2026 : création d'une mission d'animation nationale (DGCS/DHUP/CNSA)

2026 : travaux de projection des solutions à développer par rapport aux besoins futurs. Travaux de modélisation des financements à apporter pour la rénovation du parc existant (résidences autonomie, logements foyers) et le cas échéant sa transformation en habitats inclusifs. Travaux sur les simplifications.

2027 : programmes d'actions territoriaux adoptés par les CTA.

2028 : premier bilan de la mise en œuvre de la programmation.

D. Levier n°4 - En lien avec l'évolution nécessaire de l'offre, repenser le périmètre de missions et d'intervention des établissements pour personnes âgées

La Cour des comptes, dans son rapport *La prise en charge médicale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)* remis à la demande du Sénat en février 2022, soulignait la nécessité de recentrer sur la qualité et la prévention des « soins » et de la « dépendance », notamment grâce aux appuis numériques, ainsi que « d'assumer » une diversité dans les interventions des Ehpad.

Le Conseil de l'âge considère également que le bloc de mission et de financement des Ehpad, ainsi que leur positionnement actuel dans les parcours doit être questionné. Pour cela, il a inscrit à son programme de travail pour 2025 la réalisation d'un travail complet sur cette question, en lien avec l'efficience et la qualité produite par la réglementation et les financements actuels. Il prendra aussi en compte le rôle que peuvent jouer les Ehpad dans l'appui aux accompagnements à domicile, au travers notamment de la mission de centre de ressources territorial qu'ils peuvent se voir confier, et qui est aussi ouverte aux Ssad, et en complémentarité avec les Sad dont c'est une mission première.

La note de cadrage de ce travail approfondi a été validé par les membres en avril 2025, et les conclusions et propositions en seront remises en février 2026.

Il propose donc d'engager, dans des délais plus courts et en articulation avec le plan de travail sur les Ehpad susmentionné, des premières études auquel le SG du HCFEA pourrait contribuer, pour étudier la possibilité de mettre en œuvre à courte échéance des évolutions qui ont été largement documentées ou proposées par des rapports, visant à densifier la présence et la coordination médico-soignante en Ehpad, en lui transférant la responsabilité

et le financement direct de l'intervention de plus de professionnels. Cette orientation n'est pas antinomique avec l'objectif également soutenu par le Conseil de l'âge « *de renforcer la dimension de « chez soi » de ces lieux de vie* » que sont les Ehpad[493].

Sous réserve de ces travaux à venir, l'objectif pourrait être d'engager une évolution profonde, mais progressive, des modalités de financement des soins et de l'autonomie des Ehpad. Il faut aller vers un financement qui favorise et récompense la qualité de leurs interventions, et renforce la capacité managériale de la direction à améliorer à la fois dans réponse aux besoins des résidents et le sens et les conditions de travail de leurs salariés.

Elle passe par l'augmentation du volume de soins inclus et financés par la branche autonomie au sein de la dotation « soins », à la fois pour les Ehpad au tarif partiel et ceux au tarif global, puis d'étendre le champ tarifaire en favorisant d'une part le passage au tarif global. Au-delà des travaux à venir du conseil de l'âge, un projet de recherche sur l'évaluation des gains liés au passage de la tarification partielle à la tarification globale pour les soins en Ehpad pourrait être conduit.

L'élargissement du périmètre et la simplification du pilotage pourra enfin s'appuyer sur le projet de fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie » de l'ensemble des Ehpad, si l'évaluation de l'expérimentation qui débutera au 1er juillet 2026 est probante.

Au-delà, l'ambition doit être de construire de véritables parcours gériatriques, en faisant monter la culture générale de l'ensemble des professionnels et établissements de santé sur les spécificités des publics âgés, et leur permettant de trouver dans les secteurs spécialisés ressources et appuis[494].

Les objectifs opérationnels poursuivis sont la limitation du glissement en GIR des résidents des Ehpad, celle de la polymédication de ces derniers, et bien sûr la limitation des événements indésirables en Ehpad (escarres, chutes, dénutrition). Les économies attendues sont principalement liées aux baisses des dépenses d'hospitalisation des résidents, des transports sanitaires, et de leurs dépenses de médicament. On peut attendre d'un renforcement des équipes des Ehpad une baisse de la sinistralité, de l'absentéisme et du *turn-over* des professionnels, comme de nombreux exemples d'Ehpad ayant fait cette démarche en attestent.

Les moyens à déployer seraient alors une refonte des tarifs soins puis soins et entretien de l'autonomie des Ehpad, avec une intégration de la prévention dans le modèle tarifaire (Pathos), du financement des moyens et professionnels prenant en compte les troubles neurodégénératifs et la fin de vie dans l'équation tarifaire, *via* une majoration, du GMPS.

S'agissant du poste « médicament », la Cnam déploie des actions de gestion du risque en direction des Ehpad, appuyées sur des documents et des visites en établissements, les positionnant par rapport à la moyenne nationale. Les données et études de l'Assurance

[493] Rapport « Domicile » précité. Cette humanisation peut se faire à statut constant d'ESMS, *via* des évolutions architecturales et organisationnelles ou selon une voie encore à créer de conversion en un statut d'habitat intermédiaire ou de résidence.
[494] Voir également le chapitre du Hcaam.

maladie montrent en effet une consommation et un mésusage élevés concernant plus particulièrement les résidents en Ehpad[495], dans un contexte où l'incitation à développer des approches ou des thérapeutiques non médicamenteuses est faible[496]. Il regrette que, depuis l'abandon de l'expérimentation conduite en 2009-2010, aucune option intermédiaire n'existe entre la fourniture de ces derniers par le réseau officinal et l'option pour le tarif « médicament » réservé de fait aux Ehpad disposant à une pharmacie à usage intérieur. Une réflexion pourrait être relancée pour permettre aux Ehpad volontaires de recevoir un forfait correspondant au financement des dépenses de médicaments de leurs résidents, charge à eux de conventionner avec les réseaux de distribution de médicaments, en particulier les pharmaciens d'officine, pour les approvisionner et contribuer à une bonne médication en Ehpad.

Ces mesures de périmètre permettent de réaliser à la fois un gain sur l'organisation des soins et des interventions des professionnels, mais aussi un effet de « rationalisation ». Une première mesure en ce sens, déjà proposée par un rapport des inspections[497], serait l'intégration de la rémunération des actes des professionnels paramédicaux dans le forfait des Ehpad au tarif partiel. Outre les gains en coordination soignante, une économie pourrait être réalisée à hauteur 25% des dépenses actuelles, soit environ 80 M€ au moment du transfert de l'enveloppe « soins de ville » de l'Ondam vers l'Ondam médico-social Personnes âgées des dépenses actuellement constatées.

Elles doivent s'accompagner de garanties sur le fait que l'intégration de plus de dépenses de soins dans le périmètre des forfaits soins ne se traduise pas par des effets indésirables de perte d'information sur les soins délivrés, et de sous ou de sur-recours à certains types de soins. Sur cet aspect, la présidence du Conseil de l'âge a eu un échange avec l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (MKR), qui a saisi le ministère de la Santé et le Défenseur des droits de cas signalés par des MKR libéraux de demandes d'interruptions de soins dont bénéficiaient certains résidents par la direction de certains Ehpad passés au tarif global. Il est donc indispensable que la mesure visant à intégrer leurs interventions dans le forfait partiel des Ehpad soit envisagée en reconnaissant le rôle de prévention et de maintien de l'autonomie que les MKR (et autres professionnels paramédicaux) peuvent

[495] D'après les données de l'assurance maladie pour 2023, le taux de polymédication des résidents en Ehpad est de 29 % en moyenne nationale et 14 % des résidents en Ehpad âgés de plus de 66 ans comptent plus de 10 molécules différentes consommées par mois. Le groupement d'intérêt scientifique Epi-Phare, constitué fin 2018 par l'ANSM et la Cnam, a publié une étude en 2022 montrant que 54 % des résidents en Ehpad ont reçu au moins un médicament potentiellement inapproprié (MPI) sur la période d'observation, contre 29 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile. Après ajustement, la prévalence des MPI était de 33 % supérieure chez les résidents en Ehpad par rapport aux personnes âgées vivant à domicile.

[496] La Haute autorité de santé estime que « *certaines thérapeutiques non médicamenteuses sont recommandées comme traitement de fond dans certains contextes spécifiques* ». Elle a émis des préconisations pour en favoriser le recours, HAS, 2011, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, Rapport d'orientation, juin.

[497] *La réforme de la tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, rapport de l'Igas et de l'IGF, juillet 2016.

jouer, ainsi que l'identification des résidents ayant besoin de leurs interventions soit réalisée de concert entre ces professionnels, la direction et le médecin coordonnateur de l'Ehpad.

Afin d'outiller et de renforcer la traçabilité des soins en Ehpad, il conviendrait de :

- développer un système de génération et de validation des coupes Pathos par IA (travail en cours de la CNSA avec l'appui d'un prestataire) ;
- généraliser le Dossier Usager Informatisé interopérable (DUI) à tous les établissements ;
- établir la traçabilité et la remontée dans une base du SNDS des soins et des médicaments délivrés dans les Ehpad, quelle que soit l'option tarifaire.

Outre les économies au moment T du transfert, ces mesures pourront apporter une baisse des dépenses d'entretien de l'autonomie en Ehpad par stabilisation du GIR des résidents, de la croissance des dépenses de soins de ville, ainsi qu'une baisse des dépenses liées aux hospitalisation potentiellement évitables[498].

S'agissant des résidences autonomie, le Conseil de l'âge avait estimé dans son rapport « domicile » qu'un renforcement de leur capacité à bien accompagner les besoins de leurs habitants en perte d'autonomie était nécessaire. La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (dite « Loi Valletoux »), a créé, « *afin de favoriser la coordination des soins* », la fonction d'infirmier référent avec une mission de « *prévention, de suivi et de recours, en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant* ».

À fins de rationalisation, il est proposé que cette fonction soit organisée pour ses habitants par la résidence autonomie, s'appuyant sur un ou plusieurs infirmiers libéraux rémunérés par elle au moyen d'un forfait soins nouveau, financé sur les soins de ville, s'ajoutant au forfait « autonomie ».

Proposition du Conseil de l'âge

Afin de permettre aux Ehpad et aux résidences autonomie de mieux remplir leurs missions et d'améliorer l'efficience des soins à la fois en interne et dans le parcours des résidents, le Conseil de l'âge propose d'envisager l'élargissement du périmètre des soins financés en Ehpad avec quatre mesures :

[498] « *Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays… Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif* », HAS, 2013, *Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?*, 2013. Le rapport *Grand âge et autonomie* de Dominique Libault propose de prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables et de tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées, en favorisant les admissions directes. Il préconise enfin de renforcer la culture de la bienveillance et les compétences gériatriques (médicales ou paramédicales) au sein des établissements de santé, *op. cit.*, 2019.

- **conduire une concertation avec les ordres professionnels, les syndicats de professionnels libéraux et les fédérations d'Ehpad et de leurs directeurs pour intégrer les dépenses de paramédicaux dans le tarif partiel pour tous les Ehpad (2026) ;**
- **étendre le périmètre de soins financés tant dans le tarif partiel que dans le global par révision des ordonnances Pathos prenant notamment en compte les troubles neurodégénératifs et la fin de vie dans l'équation tarifaire, *via* une majoration, du GMP ;**
- **généraliser progressivement le tarif global dans le cadre d'une section fusionnant soins et entretien de l'autonomie ;**
- **doter les résidences autonomie d'un forfait « coordination des soins ».**

Calendrier :

2025–début 2026 : travaux du Conseil de l'âge sur le périmètre de missions et d'organisation des Ehpad, et préconisations sur l'évolution de leur financement.

2026 : intégration du financement des soins paramédicaux dans les tarifs partiel et global de l'ensemble des Ehpad.

2026 : bilan de l'évaluation de fusion des sections (DGCS/CNSA). Travaux et validation du nouveau modèle de tarification (révision de Pathos) (CNSA, DGCS, DSS). Adaptation des SI (CNSA, établissements).

2027 : première phase de test sur 25 % des Ehpad. Première phase de test sur 25 % des résidences autonomie.

2028 : mise en œuvre du système cible.

Proposition du Conseil de l'âge d'un plan global transverse aux leviers 1 à 4 visant à établir et accompagner de véritables parcours gériatriques

Le Conseil de l'âge propose de mettre en place un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées[499] et atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030.

Cette économie serait partagée par tiers entre les établissements de santé (renforcement de leurs moyens sur la filière gériatrique, limitant les conséquences de leur baisse d'activité aux urgences et en court séjour), les ESMS pour personnes âgées (renforcement de leurs équipes de soins par intéressement à la réduction des événements indésirables produisant un recours à l'hôpital, financement des actions de prévention des SSAD et SAD) et au redressement des comptes de la Cnam.

[499] Les personnes de 75 ans et plus constituaient 18,3 % des patients, générant 22 % de l'activité hospitalière avec 4 millions de séjours. Pour la HAS, ces données soulignent l'importance d'adapter le système de santé aux besoins spécifiques des aînés *via* un référentiel accessible en ligne : HAS, « L'évaluation de la prise en charge des patients âgés », avril 2025.

Il s'agit moins d'un « contrat d'intéressement » tels que ceux, intéressants, proposés par certains acteurs[500] que d'un plan de « bascule » de dépenses d'hospitalisation complète vers le renforcement pérenne de la capacité des établissements de santé et des Ehpad à consolider les parcours de santé et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Les structures déjà financées pour contribuer à la structuration des parcours (communautés professionnelles de territoires de santé [CPTS], dispositifs d'appui à la coordination [DAC]) y contribueraient, de même que les Services autonomie à domicile).

Ce plan s'appuierait sur les objectifs proposés par les rapports du Hcaam, du Conseil de l'âge et de la Cour des comptes, et des modalités proposées par le rapport de l'Igas d'avril 2024 « *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire* »[501].

L'Igas recommande un changement de paradigme consistant à créer de nouvelles dotations sur la base des caractéristiques démographiques, sociales et épidémiologiques des populations concernées, avec une part incitative fondée sur l'évolution d'indicateurs de santé publique. Sur la base de ces principes structurants, la mission propose de renforcer l'équité entre les territoires en modulant les futures dotations sur la base des caractéristiques sociales et de démographie médicale et en donnant une visibilité pluriannuelle aux acteurs. Ces nouvelles dotations seront ventilées par les ARS en fonction des territoires qu'elles auront définis, afin de faciliter les évolutions à venir.

La consolidation des seules ressources actuelles ne permettra pas de faire face à l'augmentation inédite du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Aussi, la mission estime que le besoin en mesures nouvelles au bénéfice des établissements de santé serait de l'ordre de 20 à 40 M€ par an d'ici 2030 (sur cinq ans), soit environ 250 M€.

Dans le cadre d'un contrat d'intéressement à la qualité et à l'efficience de leurs accompagnements, les Ehpad verraient leurs moyens renforcés pour stabiliser l'état de santé de leurs résidents, prévenir leur glissement, et développer de nouvelles approches comme les thérapeutiques non médicamenteuses validées. Ce renforcement atteindrait à terme 300 à 400 M€, venant en relais des plans actuels (50 000 ETP, création de nouvelles Pasa, etc.).

La mise en œuvre de la mesure passerait par une « provision » sur l'Ondam hospitalier lié à la réduction des volumes évitables de recours aux urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées, permettant si les objectifs annuels sont réalisés d'en reverser les deux tiers

[500] Voir par exemple la proposition de « financement à la récompense » des Ehpad portée par Florian Roger, dirigeant de deux maisons pour grands séniors, *solutionTBien*.

[501] Ce rapport rappelle que le nombre et la part des personnes âgées à l'hôpital vont continuer de croître mais aussi que : un tiers de ces hospitalisations serait évitable ; la part de l'ambulatoire chez les personnes âgées de 75 ans et plus progresse mais reste inférieure à celle de la population générale ; l'entrée et la sortie du séjour sont des moments cruciaux insuffisamment préparés ; les personnes âgées sont particulièrement concernées par les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) : 4/5 des HPE concernaient des patients de 65 ans ou plus, et un sur trois avait plus de 85 ans. ; les hospitalisations peuvent également contribuer à perte d'autonomie des personnes âgées.

au renforcement des moyens ambulatoires des établissements de santé et des équipes de soin des Ehpad.

Sa mise en œuvre serait articulée avec l'orientation du projet de Stratégie nationale de santé prévoyant qu'à horizon 2027, l'intégralité des filières gériatriques territoriales devra par ailleurs être structurée sur la base d'une nouvelle instruction sur leur organisation. Ce travail de révision de la circulaire de 2007[502] est en cours, sous le pilotage de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Il pourrait intégrer cet objectif de consolidation des moyens et financements des établissements de santé pour structurer des interventions limitant en amont et en aval les épisodes de soins indésirableProposition du Conseil de l'âge d'un plan global transverse aux leviers 1 à 4 visant à établir et accompagner de véritables parcours gériatriques

Le Conseil de l'âge propose de mettre en place un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées[503] et atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030.

Il intégrerait un volet « anti-chutes » prenant le relais du plan national lancé en 2022, avec un objectif de réduction des chutes graves chez les 65 ans et plus porté à 30% d'ici fin 2026. Il s'appuierait sur les meilleures pratiques régionales en matière d'animation, d'appui aux professionnels et de propositions d'activité / aides pour les personnes concernées[504].

Ce plan s'appuierait aussi sur les objectifs proposés par les rapports du Hcaam, du Conseil de l'âge et de la Cour des comptes, et des modalités proposées par le rapport de l'Igas d'avril 2024 « Mieux prévenir les hospitalisations non pertinentes des personnes âgées »[505].

L'Igas recommande un changement de paradigme consistant à créer de nouvelles dotations sur la base des caractéristiques démographiques, sociales et épidémiologiques des populations concernées, avec une part incitative fondée sur l'évolution d'indicateurs de santé publique. Sur la base de ces principes structurants, la mission propose de renforcer

[502] Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

[503] Les personnes de 75 ans et plus constituaient 18,3 % des patients, générant 22 % de l'activité hospitalière avec 4 millions de séjours. Pour la HAS, ces données soulignent l'importance d'adapter le système de santé aux besoins spécifiques des aînés *via* un référentiel accessible en ligne : HAS, « L'évaluation de la prise en charge des patients âgés », avril 2025.

[504] Comme par exemple la démarche très construite de l'ARS Centre Val de Loire et du CHRU de Tours qui ont créé une Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) et un site Plan antichute Centre-Val de Loire.

[505] Ce rapport rappelle que le nombre et la part des personnes âgées à l'hôpital vont continuer de croître mais aussi que : un tiers de ces hospitalisations serait évitable ; la part de l'ambulatoire chez les personnes âgées de 75 ans et plus progresse mais reste inférieure à celle de la population générale ; l'entrée et la sortie du séjour sont des moments cruciaux insuffisamment préparés ; les personnes âgées sont particulièrement concernées par les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) : 4/5 des HPE concernaient des patients de 65 ans ou plus, et un sur trois avait plus de 85 ans. ; les hospitalisations peuvent également contribuer à perte d'autonomie des personnes âgées.

l'équité entre les territoires en modulant les futures dotations sur la base des caractéristiques sociales et de démographie médicale et en donnant une visibilité pluriannuelle aux acteurs. Ces nouvelles dotations seront ventilées par les ARS en fonction des territoires qu'elles auront définis, afin de faciliter les évolutions à venir.

La consolidation des seules ressources actuelles ne permettra pas de faire face à l'augmentation inédite du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Aussi, la mission estime que le besoin en mesures nouvelles au bénéfice des établissements de santé serait de l'ordre de 20 à 40 M€ par an d'ici 2030 (sur cinq ans), soit environ 250 M€.

L'économie proposée de 1 Md€ serait donc partagée par tiers entre les établissements de santé (renforcement de leurs moyens sur la filière gériatrique, limitant les conséquences de leur baisse d'activité aux urgences et en court séjour), les ESMS pour personnes âgées (renforcement de leurs équipes de soins par intéressement à la réduction des événements indésirables produisant un recours à l'hôpital, financement des actions de prévention des SSAD et SAD) et au redressement des comptes de la Cnam.

Il s'agit moins d'un « contrat d'intéressement » tels que ceux, intéressants, proposés par certains acteurs[506] que d'un plan de « bascule » de dépenses d'hospitalisation complète vers le renforcement pérenne de la capacité des établissements de santé et des Ehpad à consolider les parcours de santé et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Les structures déjà financées pour contribuer à la structuration des parcours (communautés professionnelles de territoires de santé [CPTS], dispositifs d'appui à la coordination [DAC]) y contribueraient, de même que les Services autonomie à domicile).

Dans le cadre d'un contrat d'intéressement à la qualité et à l'efficience de leurs accompagnements, les Ehpad verraient leurs moyens renforcés pour stabiliser l'état de santé de leurs résidents, prévenir leur glissement, et développer de nouvelles approches comme les thérapeutiques non médicamenteuses validées. Ce renforcement atteindrait à terme 300 à 400 M€, venant en relais des plans actuels (50 000 ETP, création de nouvelles Pasa, etc.).

La mise en œuvre de la mesure passerait par une « provision » sur l'Ondam hospitalier lié à la réduction des volumes évitables de recours aux urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées, permettant si les objectifs annuels sont réalisés d'en reverser les deux tiers au renforcement des moyens ambulatoires des établissements de santé et des équipes de soin des Ehpad.

[506] Voir par exemple la proposition de « financement à la récompense » des Ehpad portée par Florian Roger, dirigeant de deux maisons pour grands séniors, *solutionTBien*.

Sa mise en œuvre serait articulée avec l'orientation du projet de Stratégie nationale de santé prévoyant qu'à horizon 2027, l'intégralité des filières gériatriques territoriales devra par ailleurs être structurée sur la base d'une nouvelle instruction sur leur organisation. Ce travail de révision de la circulaire de 2007[507] est en cours, sous le pilotage de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Il pourrait intégrer cet objectif de consolidation des moyens et financements des établissements de santé pour structurer des interventions limitant en amont et en aval les épisodes de soins indésirables.

E. Quels financement et recettes à court terme et à moyen-long terme de la branche autonomie ?

Sans préjuger des options qui seront proposées par le HCFiPS, le Conseil de l'âge a souhaité exprimer des éléments de positionnement sur les recettes pouvant être mobilisées au bénéfice du financement de la politique et de la branche autonomie de la sécurité sociale à court et à plus long terme.

1. Sur le court terme, le besoin de financement est relativement limité

Le besoin peut être estimé comme suit.

Les 2,2 Md€ qui manquent pour remettre la CNSA à l'équilibre en 2027, recoupent un besoin de financement essentiellement lié à la dynamique des dépenses, tirée également par celles de la politique de handicap. L'application d'une quote-part sur la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées au prorata de l'ENSA financé par la CNSA, soit 51 %, est une façon d'approcher le déficit à combler à périmètre courant côté PA, soit 1,1 Md€.

Le Conseil de l'âge a estimé à 2 Md€ les financements à apporter pour continuer à améliorer qualitativement et quantitativement le soutien à l'autonomie des PA à horizon 2030[508]. Si la branche autonomie ne doit pas être la seule à les porter – d'autres acteurs, collectivités territoriales, le ministère du logement et ses opérateurs doivent également y contribuer – elle en serait néanmoins le financeur principal.

Compte tenu des propositions faites dans la partie « leviers » (*supra*), le Conseil de l'âge invite à prioriser et à provisionner en dépenses :

- la réforme progressive de l'APA permettant d'améliorer leurs plans d'aides et leur consommation, ainsi que d'inclure dans son bénéfice plus de personnes souffrant de troubles cognitifs, coûterait « en brut » de 0,9 Md€ à 1,4 Md€ à horizon 2030 ;
- le financement renforcé de la prévention et de l'augmentation des crédits d'action sociale de la Cnav coûterait environ 300 M€ ;
- enfin, 800 M€ pourraient être consacrés au renforcement des moyens des soins des Ehpad, notamment sur les TND et la fin de vie et la création d'un forfait

[507] Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
[508] *Op. cit.* : avis sur les PLFSS *2024* et *2025*.

« coordination des soins en RA ». Ils viendraient en appui de la mise en œuvre du plan « création de 50 000 ETP supplémentaires en Ehpad » et seraient financés principalement par des économies sur transferts des enveloppes « établissement de santé » et « soins de ville » de l'Ondam.

Une première estimation conduit à approximer le besoin de financement de la branche autonomie – résorption du déficit et mesures nouvelles, nets des économies proposées (0,7 Md€ sur les dépenses de santé évitables des personnes âgées) – à horizon 2030 à 1,3 Md€.

Cet effort peut être accompli en privilégiant l'augmentation d'une recette sociale existante déjà affectée à la CNSA, conformément au grand principe n° 8 énoncé en partie 2.

Dans ce cadre, la CSG, la Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) représentent 97 % des recettes de la CNSA.

S'il était décidé une hausse du rendement de la CSG par augmentation d'un point de son taux sur l'ensemble de ses assiettes (rendement : 17 Md€), la CNSA pourrait se voir attributaire *a minima* de 10 % du surcroît de recettes, soit 1,7 Md€. Cela semble d'autant plus légitime que toute mesure qui viendrait augmenter l'assiette ou le rendement des cotisations sociales ne bénéficierait pas à la CNSA, branche non-affectataire.

Par ailleurs, depuis la création de la CNSA, la part représentée par la CSA n'a fait que baisser en part de ses produits nets. En effet, son rendement n'a pas évolué en fonction de la progression de la masse salariale et elle a été incluse dans le nouveau dimensionnement des allègements généraux de cotisations. Ainsi, l'essentiel de l'augmentation des produits de la CNSA est venu des transferts de CSG à son bénéfice.

L'augmentation du produit de la CSA n'est donc pas une option à négliger. L'augmentation de son taux à 0,6 point a été discutée à l'occasion de l'examen du PLFSS 2025, mais elle avait pour contrepartie l'augmentation du temps de travail des salariés de 7 heures annuelles. Votée par le Sénat contre l'avis du Gouvernement, elle a été *in fine* écartée par l'Assemblée nationale.

Si l'on considère que les entreprises et salariés, ainsi que les retraités avec la Casa, participent bien à l'effort de solidarité décidé après la canicule de 2023, les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, les compléments de salaires non soumis à cotisations sociales, les revenus de remplacement hors retraites n'y ont pas été assujettis. Il pourrait dès lors être envisagé, comme l'a fait la mission de Laurent Vachey dans son rapport de 2020[509], de soumettre ces assiettes à la CSA au taux de 0,3 point, pour un rendement d'environ 600 M€.

[509] Vachey L, Allot F. Scotté N., 2020, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, Rapport remis le 14 septembre : « *L'extension de la CSA aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) à un taux identique à celui des salariés entrainerait un gain de l'ordre de 250 M€. Une extension de l'assiette de la CSA aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés (épargne salariale, etc.) générerait un gain d'environ 240 M€. L'assujettissement à la CASA de revenus de remplacement aujourd'hui exonérés (indemnités journalières ou allocations chômage notamment) générerait un rendement de 100 M€.* »

2. À l'horizon de moyen-long terme, une réforme plus ambitieuse du financement devra être envisagée

Récemment, les rapports de la mission Vachey et l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur le financement et la gouvernance de la branche autonomie ont exploré les pistes envisageables pour assurer un financement solidaire et soutenable de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées[510].

Ils ont inclus dans leur périmètre d'analyse les avantages fiscaux et sociaux dont peuvent, le cas échéant, bénéficier, à titre particulier ou général, les personnes retraitées ou les personnes âgées de 70 ans et plus et/ou en perte d'autonomie.

Le Conseil de l'âge estime que toute mesure qui serait proposée par d'autres instances ou décidée sur ce champ et qui augmenterait le niveau des contributions fiscales ou sociales des personnes âgées, ou impactant le niveau de revalorisation des pensions des retraités, devrait être affectée au meilleur financement du soutien à l'autonomie, nécessaire tant à domicile qu'en Ehpad.

S'agissant des propositions faites par la Cour des comptes de limiter le coût du crédit d'impôt emploi à domicile (estimé à 6 Md€ en 2023 tous employeurs et activités confondues) par la limitation des activités éligibles ou la révision des plafonds applicables pour le recentrer sur les besoins essentiels, elles ne font pas consensus au sein du Conseil de l'âge, certains craignant le développement du travail non déclaré ou un impact sur d'autres publics que les personnes vulnérables et d'autres activités. Toutefois, si une réforme était décidée, elle ne doit pas priver les personnes âgées vulnérables de leur niveau de soutien actuel, et une partie du gain doit être redéployé vers une amélioration des niveaux de rémunération horaire des salariés et service d'aide à domicile.

Enfin, toute marge fiscale dégagée par un surcroît d'imposition sur le revenu des personnes âgées doit voir une partie de son rendement consacré à la transformation en crédit d'impôt de la réduction dont bénéficient les résidents en Ehpad lorsqu'ils sont imposables. Cette mesure juste et redistributive serait un premier pas dans la réduction des restes à charges des résidents modestes et des classes moyennes, pour un coût de 900 M€.

Par ailleurs, le Conseil de l'âge estime qu'un élargissement des sources de financement de la politique de l'autonomie doit être envisagé à terme.

Le Conseil de l'âge rappelle son attachement à ce que les dépenses d'autonomie restent largement financés et solvabilisés dans le cadre de la solidarité nationale.

Certains membres estiment qu'il serait difficile d'augmenter les prélèvements obligatoires reposant sur des assiettes « revenus », qui constituent déjà la première source de financement de la perte d'autonomie.

Dans sa contribution aux hauts conseils, la FNMF a rappelé que, dans un avis du 24 janvier 2023, le Comité consultatif du système financier a proposé la création d'un contrat

[510] Cese, 2024, *Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements*, Avis présenté par Martine Vignau (Groupe Unsa) au nom de la commission affaires sociales et santé, adopté le 26 mars.

d'assurance dépendance solidaire obligatoire, adossé à la complémentaire santé, visant à mieux financer la prise en charge de la « dépendance » totale des personnes âgées. Même si la Mutualité Française considère que la prise en charge de la perte d'autonomie relève de la responsabilité collective et que le risque doit être avant tout supporté par la solidarité nationale, elle propose en complément, une couverture par répartition et généralisée par adossement à la complémentaire santé. Cette piste, présentée dans une version alors moins aboutie en 2022 au Conseil de l'âge, ne rallie pas la majorité de ses membres[511].

Une autre voie pour ne pas augmenter les prélèvements sociaux sur le travail serait de mettre plus à contribution le capital (actifs financiers, patrimoine), dont le niveau de détention augmente avec l'âge.

Tout d'abord, le Conseil de l'âge rappelle qu'on devrait encourager les dispositifs qui, comme le viager solidaire, permettent de mobiliser le patrimoine immobilier pour permettre l'adaptation des domiciles privés, le financement d'accompagnements complémentaires ou les frais de séjour en Ehpad.

Il demande par ailleurs que soit envisagée, comme les rapport Vachey et du CESE précités l'ont proposé, une augmentation des droits sur les mutations à titre gratuit (DMTG) pour financer la perte d'autonomie, dans un contexte où le niveau du capital transmissible atteint des « sommets » inédits et dont la détention est très inégale entre les ménages. En contrepartie, le périmètre du recours sur succession sur l'ASH pourrait être réduit par la mise en place d'une franchise du même niveau que celle sur l'allocation de solidarité pour les personnes âgées, récupérée uniquement si l'actif net de la succession (c'est-à-dire le montant du patrimoine moins les dettes, hors capital d'exploitation agricole) est au moins égal à 107 616 € en métropole et 150 000 € dans les DOM.

[511] HCFEA, Conseil de l'âge, 2002, *Note d'information sur le livre blanc de France Assureurs, en partenariat avec la Fédération nationale de la Mutualité Française : « Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge »*, Note émise le 14 avril.

Chapitre 5

Quelle évolution des recettes de la sécurité sociale dans le cadre du redressement des comptes sociaux ?

Dans la façon d'aborder le redressement des comptes sociaux, deux grandes postures politiques s'affrontent : l'une priorise massivement les ressources ; l'autre, la maîtrise des dépenses. Sans vouloir nier l'importance de ce débat, le HCFiPS soutient que les crispations sur ce thème relèvent parfois d'un pur dogmatisme, occultant des positions intermédiaires nuancées.

Prenons deux exemples :

1/ Il pourrait être envisagé de travailler sur une plus grande équité entre retraités et actifs. Pour cela, il y a deux voies qui aboutissent *in fine* à des résultats proches sans être similaires :

- le prélèvement (soit la remise en cause de l'abattement d'impôt sur le revenu, soit l'augmentation de la CSG) ;
- la gestion des prestations par une sous-indexation des retraites.

Au final, l'une ou l'autre de ces voies aboutissent à travailler sur le revenu net respectif des pensionnés et des actifs, avec des possibilités variables de différencier salariés modestes et aisés, et un affichage différent (je contribue plus/je reçois moins).

2/ En matière d'assurance maladie, la diminution des taux de prise en charge peut apparaître comme une mesure de maîtrise de la dépense contrairement à une augmentation des recettes. Mais cette diminution de la prise en charge, dans notre système de complémentaire obligatoire pour les salariés, se traduit quasi mécaniquement par une hausse du coût des complémentaires santé (partagé entre l'employeur et le salarié), donc par un prélèvement supplémentaire, comme le serait une augmentation de la CSG ; la différence est que le prélèvement est réparti différemment (notamment si la contribution à la complémentaire santé n'est pas fonction des revenus, mais du risque, donc de l'âge, ce qui est généralement le cas dans les contrats individuels). Transférer des charges aux complémentaires, c'est bien programmer un prélèvement, mais moins solidaire que dans l'assurance maladie de base.

C'est en ayant à l'esprit ces éléments qu'il convient d'aborder la question des recettes, en rappelant, dans un premier temps, l'importance de la dynamique économique de l'assiette, puis en se posant la question, en premier lieu, de nouvelles affectations de recettes, en deuxième lieu, de la suppression et/ou de la limitation de certaines exemptions ou exonérations de cotisations sociales, en insistant en troisième lieu sur la nécessité, mais aussi sur les limites, de la lutte contre la fraude.

Les recettes sont un élément constitutif de la sécurité sociale. Dépenses et recettes constituent un tout, qui s'exprime autour de la formule classique : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La mise en lien des dépenses et des recettes répond

donc, certes, à un enjeu budgétaire, mais elle permet aussi de juger de la diminution des inégalités portée par l'ensemble du système.

Vue ainsi dans sa globalité, une politique de sécurité sociale doit nécessairement comporter une politique de recettes. Cette politique de recettes doit avant tout être pensée pour servir le financement de la sécurité sociale et l'on doit veiller à ce qu'elle ne soit pas instrumentalisée, voire rendue incohérente, au profit d'autres objets.

Le chapitre relatif à l'état des lieux a souligné :

- la stabilité des taux de cotisations faciaux[512] et la diminution des taux apparents, une fois pris en compte les exonérations et allègements généraux portant sur les salaires inférieurs à 3,5 Smic ;
- les fortes évolutions du financement sur la période récente, avec la montée en charge de la CSG, parfois associée à une baisse des cotisations, d'une part, des allègements généraux d'autre part ;
- l'importance du salaire indirect dans les revenus des Français, avec, pour contrepartie un pouvoir de « non achat » ; l'importance de ce salaire indirect résulte certes du niveau de la dépense globale, mais aussi du choix d'un haut niveau de socialisation des dépenses couvertes au titre de la protection sociale.

Il a insisté sur le fait que le prélèvement social n'est pas à l'origine de la « stagnation » des salaires, qui résulte de nombreux autres facteurs (notamment la faiblesse de la productivité).

Il a également noté que des marges d'évolution étaient possibles, notamment sur la contribution des différentes catégories des ménages.

Le présent chapitre a pour objet de regarder les évolutions possibles tout en soulignant que le premier sujet pour le rétablissement des comptes sociaux est l'accroissement spontané des ressources lié à la productivité et au taux d'emploi.

I. Le taux et la qualité de l'emploi : des données clé du redressement des comptes de la sécurité sociale

La sécurité sociale a été initialement conçue en faveur des travailleurs (et de leurs familles) ; le but premier des prestations sociales était de permettre aux travailleurs de se maintenir en emploi (en se soignant, en étant aidés pour l'éducation des enfants) : un haut niveau d'emploi et une progression de la productivité ont ainsi toujours constitué le pendant des solidarités mises en œuvre. L'importance de la productivité et du taux d'emploi dans le financement de la protection sociale a été développée dans le récent rapport du HCFiPS « *Mieux concilier production et redistribution* » : en effet, ces deux grands facteurs déterminent la dynamique de l'assiette des recettes de sécurité sociale que constitue la masse salariale : ils sont donc cruciaux pour asseoir un financement durable. Les politiques

[512] Sur les régimes de sécurité sociale de base.

destinées à agir sur ces facteurs sont largement externes à la sécurité sociale ; pour autant certaines politiques sociales, si elles sont bien orientées, peuvent également y contribuer.

A. Si le taux d'emploi s'est amélioré ces dernières années, il reste des marges de progression

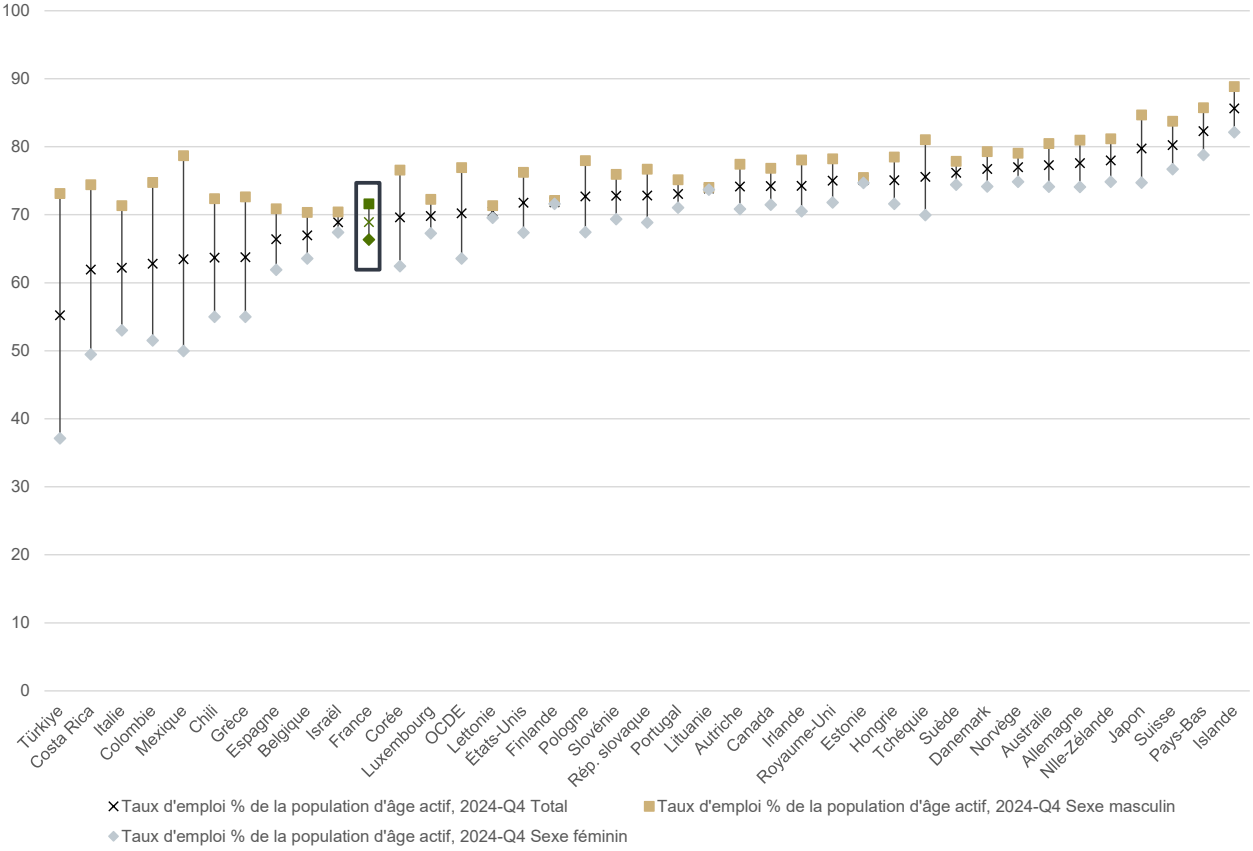
Le taux d'emploi français s'est amélioré fortement dans les dernières années. Dans sa photographie du marché du travail en 2024, l'Insee explique qu'« *en 2024, en France, 68,8 % des personnes âgées de 15 à 64 ans sont en emploi au sens du Bureau international du travail (BIT). En hausse de 0,5 point en moyenne sur l'année, ce taux d'emploi atteint son plus haut niveau depuis que l'Insee le mesure (1975). Après avoir fortement crû au sortir de la crise sanitaire, le taux d'emploi des jeunes se replie. À l'opposé, l'emploi des seniors continue d'augmenter* ». La forte progression du taux d'emploi, conduisant à son plus haut niveau jusqu'ici, provient de la hausse du taux d'emploi des jeunes, qui a augmenté de 4,5 points en cinq ans notamment avec le développement de l'alternance, et également de la hausse du taux d'emploi des 50-64 ans, qui a augmenté de 3,9 points sur la même période en lien avec les effets des réformes précédentes des retraites.

La situation de la France au regard des autres pays de l'OCDE indique qu'il reste néanmoins un potentiel de progression, y compris en tenant compte du fait que des pays à plus fort taux d'emploi peuvent avoir un plus fort taux d'emploi à temps partiel.

La publication du Conseil d'analyse économique de mars 2025 *Objectif « plein emploi » : pourquoi et comment ?* souligne que le nombre d'heures travaillées par habitant est plus faible en France que chez nos voisins européens. Cette différence « *s'explique entièrement par la faiblesse du taux d'emploi français et non pas par le nombre moyen d'heures de travail par personne en emploi* [513]». La même étude relève que « *les deux problèmes majeurs de la France en termes d'emploi sont les faibles taux d'emploi des jeunes et des seniors par rapport à nos voisins* » et que « *depuis vingt ans, la hausse du travail des femmes a augmenté le nombre moyen d'heures de travail par habitant de plus de 10 % essentiellement du fait de l'accroissement de leur niveau d'éducation. Mais ce moteur de croissance s'essouffle et stagne désormais* ». Autre constat préoccupant : « *Le nombre total d'heures de travail des peu qualifiés a reculé de 40 % en 30 ans. Cette évolution est très spécifique à la France et ne provient pas d'effets de composition par âge. Cette tendance est tirée par les taux d'activité des moins qualifiés qui se sont effondrés, chez les femmes comme chez les hommes, pointant un éloignement accru de ces populations du marché du travail* ».

[513] Bozio A., Ferreira J., Landais C., Lapeyre A., Modena M., Molara M., 2025, Objectif « plein emploi » : pourquoi et comment ? , *Focus,* n° 110, mars, Conseil d'analyse économique.

Graphique 1 I Taux d'emploi au sein des différents pays de l'OCDE en % de la population d'âge actif, 4e trimestre 2024



Source : OCDE.

Vu l'importance du sujet, le HCFiPS avait commandé dès le début 2024 une étude sur le sujet à la DG Trésor. Ce travail, annexé au rapport *Mieux concilier production et redistribution*, a estimé dans un exercice théorique quels pouvaient être les gains bruts pour la protection sociale d'un alignement du taux d'emploi français sur un niveau de taux d'emploi équivalent à celui de l'Allemagne, tout en tenant compte d'un relèvement du taux de temps partiel compte tenu de son niveau plus élevé en Allemagne, et d'une productivité potentiellement plus faible des « nouveaux » emplois.

Cet exercice, illustratif et schématique, repose sur des hypothèses simplificatrices (notamment concernant l'offre de travail et la productivité des personnes accédant à l'emploi).

Sous ces réserves et en intégrant les différences de temps de travail entre la France et l'Allemagne, l'alignement du taux d'emploi français sur celui de l'Allemagne correspondrait à la création d'environ 1,5 million d'emplois. Un tel choc aurait des retombées positives sur les finances sociales, bien que, à terme, une partie importante des économies serait compensée par l'augmentation des dépenses de retraite. Les recettes de protection sociale augmenteraient d'environ 15 Md€, principalement *via* les cotisations sociales et la contribution sociale généralisée (CSG) des nouveaux employés. Les dépenses de protection

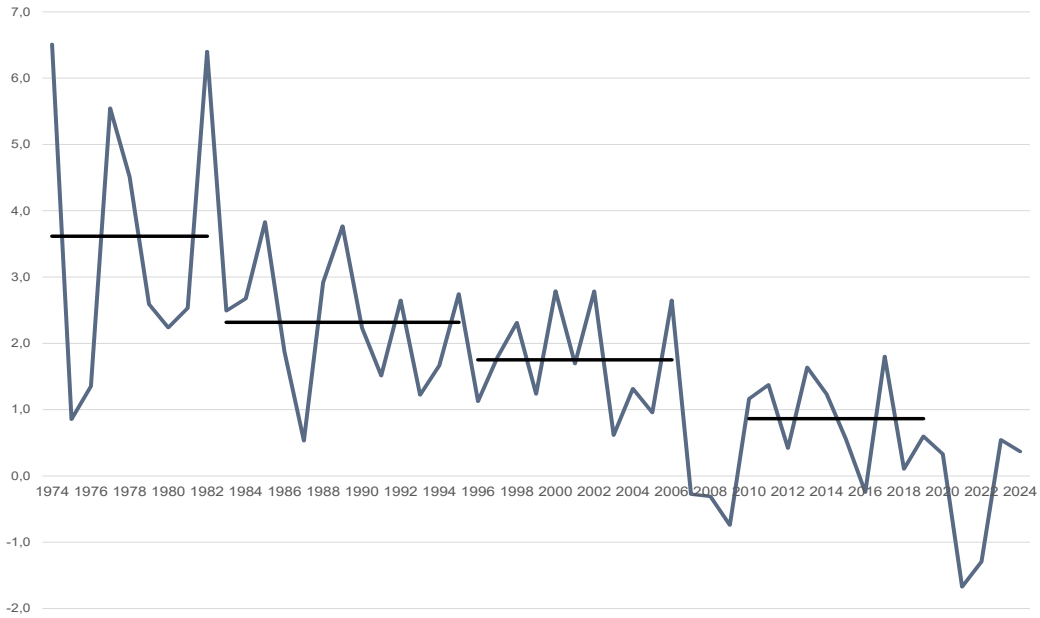
sociale diminueraient d'environ 5 Md€, notamment grâce à la réduction des prestations sociales et des revenus de remplacement versés[514].

Si le taux d'emploi dépend de la politique économique, les politiques sociales peuvent également contribuer à favoriser un taux d'emploi comme l'a indiqué le rapport du HCFiPS, au travers notamment de l'amélioration de la conciliation vie familiale – vie professionnelle, de la fluidification des parcours professionnels, de la soutenabilité de la longévité au travail et plus largement des actions de prévention dans le domaine de la sécurité, de la santé et de la qualité de vie au travail.

Ce dernier élément est par ailleurs susceptible de soutenir dans une certaine mesure l'autre facteur majeur de l'évolution spontanée des recettes, qui est la productivité.

B. Un ralentissement de la productivité, qui incite à investir dans la recherche et le développement mais aussi dans la formation

Graphique 2 | Évolution annuelle de la productivité horaire du travail



Source : Insee.

La crise sanitaire s'est accompagnée d'une baisse de la productivité en 2021 et 2022. Cette baisse est imputable en partie aux effets de rétention de la main d'œuvre et à la diminution importante du nombre de défaillances d'entreprises, pouvant traduire le fait que des entreprises à faible productivité auraient fait faillite si n'avaient pas été mis en place des dispositifs exceptionnels ; mais la baisse provient surtout du développement important de l'apprentissage. Indépendamment de cette baisse ponctuelle, la productivité horaire du

[514] Il est rappelé que le chiffrage ne tient pas compte des coûts associés aux politiques publiques nécessaires pour l'atteinte d'un tel niveau d'emploi.

travail s'inscrit néanmoins en France dans une tendance de ralentissement, tendance observée dans d'autres pays européens.

Face à ce constat, le cinquième rapport du Conseil national de la productivité se fait l'écho du rapport Draghi de 2024 et plaide pour que « le *levier indispensable à des gains de productivité et de compétitivité durables concerne l'investissement dans la R & D et les TIC* »[515]. Il soutient l'idée de « *lancer des investissements dans les nouvelles technologies au niveau européen, largement financés par le secteur privé* ». Il propose que, « *au niveau national, les pouvoirs publics [agissent] à la fois sur la fiscalité et sur la formation. En ce qui concerne la fiscalité, il est avant tout impératif de garantir une stabilité du cadre fiscal sur une très longue période* » tout en réfléchissant à un meilleur ciblage des aides ; « *en ce qui concerne l'éducation et la formation des travailleurs, le gouvernement français doit s'assurer que les politiques en place sont capables de s'adapter aux nouvelles réalités, d'aider les travailleurs à se préparer aux emplois de demain et de favoriser l'accès à des formations spécialisées tout au long de la vie* ».

Le HCFiPS attache une grande importance à la mise en œuvre de ces politiques : quand bien même elles ne sont pas portées par la sphère sociale, elles revêtent une dimension tout à fait essentielle pour garantir sa pérennité financière à terme.

C. Améliorer la qualité de l'emploi

L'amélioration du taux d'emploi ne saurait être atteinte sans amélioration de la qualité de l'emploi.

Aujourd'hui, beaucoup d'analyses convergent sur la faiblesse française en la matière. Il ne s'agit pas ici de stigmatiser les employeurs ou la chaîne managériale, mais de réfléchir à la mise en place d'une politique systémique associant État, partenaires sociaux, employeurs et salariés pour améliorer la qualité de l'emploi.

La nécessité de disposer d'emplois de qualité est fortement mise en avant par l'ensemble des Hauts Conseils dans la partie de ce rapport consacrée aux grands principes. Elle avait été précédemment soulignée dans le rapport du HCFiPS consacré aux liens entre les systèmes de production et de redistribution.

Ainsi, la protection sociale, si elle repose sur des stratégies bien choisies, peut soutenir directement et indirectement l'activité économique.

En particulier, elle peut contribuer à l'investissement dans la ressource humaine, si elle est orientée sur la création d'activité (en aidant à la conciliation des responsabilités professionnelles et familiales). Elle peut aider à la fluidification des parcours professionnels, si elle facilite la mobilité des travailleurs (avec des systèmes de retraite non attachés à l'entreprise ou des systèmes d'allocations chômage qui permettent d'optimiser l'appariement des compétences et des emplois). Elle peut contribuer à rendre plus soutenable la longévité au travail en contribuant à améliorer l'état de santé général de la

[515] Cinquième rapport du CNP : Un monde en mutation – Productivité, compétitivité et transition numérique.

population (avec une stratégie globale de prévention) et en veillant à l'état de santé des travailleurs.

Elle est également portée par de nombreux économistes (voir, à titre d'exemple, encadré ci-dessous).

Encadré 1 | Comment définir la qualité de l'emploi ? : Christine Erhel, « Travailler plus passe par l'amélioration de la qualité de l'emploi pour toutes et tous »

« *De meilleures conditions de travail, qu'elles soient physiques ou liées à l'environnement social, contribuent à la capacité de rester en activité plus longtemps, en évitant les maladies professionnelles et l'invalidité. Des horaires prévisibles et faisant l'objet d'un degré de flexibilité maîtrisée par les travailleurs constituent également un facteur favorable en termes de santé et de maintien en emploi : ils permettent de concilier les impératifs professionnels (même très contraignants, par exemple dans les métiers du soin, des transports, de la sécurité…) et la vie personnelle. C'est d'autant plus important pour les groupes fragilisés sur le marché du travail, comme les mères de jeunes enfants ou les personnes en situation d'aidant.*
L'accès régulier à la formation, la capacité d'apprendre des choses nouvelles au travail sont également essentiels au maintien en emploi et à la progression de carrière. Pour les jeunes, l'enjeu de la formation est fondamental, en termes de perspectives de carrière, que ce soit pour celles et ceux qui ont déjà quitté le système éducatif ou pour les étudiants et étudiantes. (…)
Travailler plus tout au long de la vie ne peut se faire qu'en travaillant mieux, à toutes les étapes de la vie et selon toutes les dimensions de la qualité de l'emploi »[516].

La politique de santé au travail a un rôle important à jouer en la matière, d'autant qu'elle est particulièrement favorable à tous les acteurs du système, qu'il s'agisse des salariés (qui sont protégés), des entreprises (qui peuvent réduire leur absentéisme et leur *turn-over*), de la sécurité sociale (avec une réduction des coûts induits – qui peut par ailleurs bénéficier aux entreprises – *via* la tarification des accidents du travail).

Partant du constat que l'approche de la santé au travail est aujourd'hui fragmentée (avec de très nombreux intervenants), incomplète (les travailleurs indépendants ne sont pas couverts), et non homogène (notamment entre le secteur privé et le secteur public), et que la branche « accidents du travail » ne couvre que le secteur privé, le HCFiPS rappelle ici ce qu'il avait pointé dans son rapport de 2025, à savoir l'intérêt d'engager une réflexion sur la rénovation de la branche « accidents du travail ». Il avait précisé que cette réflexion doit porter sur le périmètre d'intervention de la branche (« *la question d'une extension aux travailleurs indépendants et/ou à toute ou partie du secteur public mérite d'être posée* ») ; sur le contenu de l'action (« *l'enjeu est d'aller au-delà d'une simple approche technique, en développant une vision du risque qui inclut les aspects managériaux* ») ; plus globalement, sur la capacité de pilotage (« il *est impératif de disposer d'une vision globale de l'accidentologie et des maladies professionnelles pour bien piloter le risque, la vision globale étant aujourd'hui*

[516] « Travailler plus passe par l'amélioration de la qualité de l'emploi pour toutes et tous » https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/05/11/travailler-plus-passe-par-l-amelioration-de-la-qualite-de-l-emploi-pour-toutes-et-tous_6605116_3232.html.

insuffisante »)[517]. Toute réflexion sur le sujet doit évidemment s'accompagner d'une concertation avec les partenaires sociaux, qui seront très attentifs au sujet de la gouvernance et de leur rôle dans celle-ci.

La question de la branche AT-MP fait partie du sujet, mais n'en est qu'une partie : au-delà de la réflexion sur l'évolution de cette branche, plusieurs enjeux doivent être particulièrement soulignés :

- celui de disposer d'une approche globale du risque professionnel assurant un continuum entre prévention de la sinistralité, organisation, management et financement. « *Cela suppose de repenser le mode d'action des préventeurs, qui doivent disposer d'une approche globale de l'entreprise, tout en étant spécialisés par secteurs. Cela suppose également que les Carsat agissent en assembleur de compétences* » : le HCFiPS proposait que les caisses se mobilisent en ce sens sur le champ du médico-social, où les enjeux sont particulièrement importants et où la sécurité sociale – qui est très largement financeur – a un intérêt particulier à agir ;
- celui de favoriser des politiques d'amélioration du bien-être au travail. « *Il s'agit d'opérationnaliser ce concept : si les entreprises se sont mobilisées sur les atteintes physiques, les atteintes à la santé mentale ont été non reconnues, sous-considérées dans leur origine professionnelle, pauvres en prévention primaire ; de fait, les mesures de prévention ont été majoritairement technico-centrées, descendantes et défaillantes sur l'organisation et les relations au travail* »[518] ;
- celui de mettre l'écoute des travailleurs au cœur de la prévention des risques professionnels, et, partant de faire évoluer les pratiques managériales : ainsi que le souligne un récent rapport de l'Igas[519], les principes d'un management de qualité reposent principalement « *sur un fort degré de participation des travailleurs, une autonomie soutenue par la hiérarchie et la reconnaissance du travail accompli. La qualité des pratiques managériales produit des effets non négligeables sur la performance des entreprises, quoique difficiles à mesurer, alors qu'elle détermine de façon plus directe la santé des salariés, la qualité de l'emploi et la qualité du travail* ». Or, « *En France, les pratiques managériales apparaissent plus verticales et plus hiérarchiques que chez ses voisins européens, la reconnaissance au travail y est plus faible et la formation des managers plus académique* ».
- celui d'agir fermement sur les zones de risque, « *en mettant la prévention «* au cœur » *de la politique de santé au travail, en maîtrisant mieux les surrisques liés à l'intérim et à*

[517] Sur la nécessité d'améliorer la connaissance, le rapport soulignait notamment : « *on ne dispose pas aujourd'hui d'une vision globale des accidents du travail et des maladies professionnelles, quel que soit le statut d'emploi (secteur privé, secteur public) ; on n'appréhende pas la santé au travail dans son ensemble ; les comparaisons internationales peuvent être trompeuses du fait d'importantes divergences de méthodes et de périmètre. Cette amélioration de la connaissance est indispensable pour assurer un pilotage efficient* ».

[518] Rapport HCFiPS.

[519] Bartoli F., Dieuleveux T., Hautchamp M., Laloue F., 2025, *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : Les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède) et de la recherche*.

la microentreprise, en responsabilisant davantage les entreprises donneuses d'ordre, notamment en cas de sous-traitance en cascade ». Le HCFiPS avait notamment insisté sur la nécessité de mieux intégrer les conditions de travail dans les marchés publics, encore trop orientés sur la compression des coûts, ce qui peut se faire aux dépens de la santé au travail, notamment dans les secteurs à forte intensité de main d'œuvre peu qualifiée (propreté par exemple).

Pour mettre piloter ces travaux, une réflexion sur une meilleure prise en compte de ce sujet par les administrations centrales serait nécessaire.

Encadré 2 | Recommandations portées par le HCFIPS dans le rapport production redistribution

Penser la prévention du risque professionnel de manière globale (aller au-delà des approches techniques, axées sur l'outillage, en développant des approches globales, prenant en compte les dimensions organisationnelles et managériales).

Repenser la formation et le métier des préventeurs en les spécialisant par secteur, avec une approche globale de l'entreprise.

Positionner les Carsat en assembleur de compétences sur le secteur médico-social, en lien avec les ARS.

Dans le champ du médico-social, prendre en compte, dans la prévention des risques, l'ensemble de l'écosystème des structures, et faire en sorte que les financeurs du secteur incitent au développement des démarches de prévention, en lien avec les structures paritaires dédiées du secteur.

Inclure plus systématiquement les RPS dans l'approche de prévention pour favoriser une approche de la santé qui soit globale et non pas axée spécifiquement sur la santé physique.

Appuyer la démarche de Premiers secours en santé mentale au sein des entreprises.

Capitaliser sur la démarche mise en place pour les jeux olympiques, notamment pour les grands chantiers, pour placer la prévention au cœur du processus et en tirer les conséquences en termes d'organisation, de management, de formation.

Capitaliser sur la charte sociale Paris 2024, en travaillant sur le secteur du BTP, pour voir comment limiter les niveaux de sous-traitance et rendre ainsi plus aisé l'exercice du devoir de vigilance et de la solidarité financière.

Expliciter dans le prochain plan national pour les achats durables l'inscription de clauses relatives aux conditions de travail pour les marchés mobilisant des entreprises de main d'œuvre.

Intégrer la prise en compte des conditions de travail dans les marchés relatifs aux secteurs de main d'œuvre dans les documents stratégiques des organismes de sécurité sociale (orientations édictées par l'Ucanss –COG) et dans les objectifs des directeurs et en assurer le suivi.

Assurer une cohérence entre la politique d'achat des administrations publiques (notamment de la sécurité sociale) et la trajectoire de désmicardisation.

Faire en sorte que les marchés puissent prendre en compte rapidement les variations sectorielles dues à l'inflation, en incluant une révision des prix basée sur des indices/index précis et adaptés aux métiers.

Évaluer l'impact de la mise en œuvre des mesures visant à lutter contre la désinsertion professionnelle.

Poursuivre l'analyse de cohortes de populations pour approfondir les conditions de longévité au travail.

De manière générale, des emplois de mauvaise qualité sont à la fois défavorables aux salariés, aux entreprises et aux finances publiques, en ce qu'ils s'accompagnent souvent d'une sinistralité élevée. Les temps partiels contraints sont coûteux pour les personnes, et pour les finances publiques puisqu'ils conduisent à solliciter des transferts ou des prestations de solidarité –et notamment la prime d'activité[520].

De manière plus spécifique et s'agissant des secteurs financés par la protection sociale, des emplois de qualité sont nécessaires pour garantir dans de bonnes conditions l'accueil du jeune enfant ou le déploiement du service public de la petite enfance ou pour atténuer les contraintes et la pénibilité subies par les professionnelles intervenant chez les personnes âgées vulnérables[521], et ainsi renforcer l'attractivité des métiers[522].

II. Une affectation de nouvelles recettes ne peut être écartée si on veut crédibiliser une trajectoire de retour à l'équilibre, mais ne saurait être exclusive

Ainsi que cela vient d'être souligné, la dynamique spontanée des recettes est essentielle. Elle n'est toutefois pas suffisante au regard de la situation financière des finances publiques. Si l'on souhaite respecter une trajectoire d'équilibre, des mesures de rééquilibrage doivent être prises. La question des dépenses et de leur maîtrise est primordiale et doit être priorisée. Pour autant, une partie des mesures en dépenses –notamment lorsqu'elles ont trait à l'efficience ou à la prévention– a un impact financier nécessairement étalé dans le temps, et donc un rendement réduit à court terme, à la différence des mesures en recettes, qui peuvent toutes avoir un effet immédiat. Par ailleurs, l'expérience de la sortie de crise de 2010 montre que la seule mobilisation des mesures en dépenses n'est pas suffisante pour rétablir l'équilibre. Au-delà, s'interdire *a priori* de toucher aux recettes est inadapté à un

---

[520] Voir sur ces sujets les travaux de François-Xavier Devetter, Julie Valentin sur les travailleurs et travailleuses du nettoyage. https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/actualites/francois-xavier-devetter-julie-valentin-les-travailleurs-et-travailleuses-du-nettoyage-deux-/ « *45 % des personnels du nettoyage relèvent des emplois à bas salaire,* (…) *Cette faiblesse des salaires mensuels tient à la prévalence du temps partiel (55 % contre 18 % sur l'ensemble des emplois et 66% si on se restreint au champ du secteur privé de ces professions)* (…) *Environ 40 % des nettoyeurs et nettoyeuses du secteur de la propreté et des aides à domicile travaillent* (…) *moins de 24 heures par semaine. Or, ces horaires réduits sont mal localisés sur la journée, avec une concentration des heures de travail entre 6 et 9 heures du matin et entre 18 et 21 heures, notamment pour les salariés du secteur privé. Ces localisations qui compliquent la vie sociale mettent à mal l'hypothèse d'un temps partiel choisi par les femmes pour mieux concilier leur vie professionnelle à leurs contraintes de famille. La (non) régulation des temps de travail se répercute également sur la fragmentation des horaires : les journées sont hachées et impliquent de nombreuses coupures (et souvent des déplacements) qui n'entrent que très partiellement dans le temps de travail décompté. C'est ainsi que ces salariés sont payés à temps partiel alors que l'emprise du travail sur leur vie est celle d'un temps plein* ».

[521] Voir *infra* partie 3.

[522] Voir chapitre du Conseil de l'âge.

système assurantiel qui fonctionne sur une logique d'équilibre : si l'on fait le parallèle avec un assureur privé, on ne peut interdire à celui-ci d'exclure *a priori* une majoration des primes dans son système de pilotage.

Ces différents éléments justifient que le présent rapport traite de la mobilisation éventuelle de mesures en recettes, qui peuvent, en outre, tout comme les prestations, contribuer à l'équité du système social dans son ensemble.

Le présent rapport examine différentes mesures (CSG, TVA, fiscalité sur le patrimoine, taxes comportementales, exonérations)[523] : certaines sont fortement portées dans le débat public, d'autres ont été proposées par certains membres du Haut Conseil. Il n'examine cependant pas l'ensemble du possible : il ne revisite pas au fond le sujet des allègements généraux[524], celui-ci ayant été largement abordé dans le rapport du HCFiPS *Mieux concilier production et redistribution,* où plusieurs recommandations avaient été formulées[525] et où certaines organisations avaient plaidé pour des formes de conditionnalité[526]. Par ailleurs, les rapports de Messieurs Guedj et Ferracci [527]et de Messieurs Bozio et Wasmer[528] relatifs aux effets sur l'emploi des allègements sur les salaires les plus élevés ont conduit à revoir les seuils de sortie des allègements, abaissés à compter de 2025, et à supprimer les bandeaux famille et maladie à compter de 2026 (ceux-ci étant fusionnés avec les allègements généraux), avec une économie d'1,6 Md€ positionnée intégralement en 2025 (la refonte de 2026 se faisant à budget constant). Ce dernier point continue de faire l'objet de débat.

---

[523] Les questions d'incidence fiscale ne sont pas expressément traitées dans le rapport ; elles sont cependant prises dans les modèles qui simulent les effets des différentes grandes mesures.

[524] Ni des cotisations dans leur ensemble : les valeurs de point sont présentées dans le tableau annexé.

[525] Ce rapport avait notamment porté les recommandations suivantes :

- « *À l'occasion d'une réforme, ne pas modifier les dispositifs d'allègements de cotisations et d'incitation à la reprise d'activité pendant cinq ans, sauf en cas de changement de contexte majeur, pour que les acteurs économiques puissent bénéficier d'une visibilité suffisamment longue et que les pouvoirs publics disposent d'un temps suffisant pour mener à bien l'évaluation de ces réformes ; associer les partenaires sociaux à la réflexion sur les critères d'évaluation* ».
- « *Mobiliser, dans le suivi des allègements généraux, un indicateur basé sur le rapport entre le niveau des allègements généraux et la masse salariale, avec pour objectif de garantir un ratio permettant de ne pas dégrader les comptes sociaux* ».
- « *Diminuer la pente des allègements généraux pour atténuer les taux marginaux de prélèvement, dans une logique de « désmicardisation* »
- « *Veiller aux comportements frauduleux visant à ne pas déclarer une partie des rémunérations pour maximiser le volume d'exonérations* ».

[526] Par exemple, en conditionnant les exonérations de cotisations sociales sur les salaires inférieurs à 1,6 Smic à la conformité des salaires minimum des branches professionnelles au Smic et à la révision quinquennale des systèmes de classification.

[527] https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/mecss/l16b1685_rapport-information, Assemblée Nationale, Rapport d'information sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales, 2023.

[528] https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/mission-bozio-wasmer-politiques-dexonerations-de-cotisations-sociales-une-inflexion, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 2024.

Encadré 3 : Réforme des allègements généraux dans le PLFSS et la LFSS pour 2025

Dans un contexte d'inflation élevée et de tassement des grilles salariales, la conférence sociale d'octobre 2023 a inclus dans ses thématiques l'impact du système socio-fiscal sur les revenus. Consécutivement à cette conférence, une mission a été confiée aux économistes Antoine Bozio et Etienne Wasmer pour étudier spécifiquement ce sujet. Leur rapport remis à l'automne 2024 préconisait de refondre les allègements généraux et les « bandeaux » sur les cotisations maladie et famille en un allègement unique afin d'« adoucir » la pente des exonérations, de diminuer ainsi le taux marginal de prélèvement pour les revenus salariaux inférieurs à 1,6 Smic et d'augmenter les allègements dans la plage de revenus autour de 1,4 Smic (correspond au salaire médian). Pour cela et pour respecter la commande de réformer à coût constant, ils avaient proposé un allègement avec un taux maximal au niveau du Smic inférieur de 4 points au taux de 2024 et un point de sortie à 2,4 Smic.

Le PLFSS pour 2025 a inclus initialement une réforme en deux temps, avec :

- tout d'abord, en 2025, un abaissement des seuils de sortie des « bandeaux »[529] et la diminution de 2 points du taux d'exonération maximal au niveau du SMIC[530], pour un rendement de 4 Md€[531] ;
- puis, en 2026, une modification de la forme des allègements s'inspirant de la proposition Bozio - Wasmer, avec une forme plus creusée et une nouvelle diminution du taux de d'exonération maximal au niveau du Smic un point de sortie plus éloigné[532], à volume d'allègements constant comparativement à 2025.

Ce dispositif a été modifié au Sénat :

- ajusté l'étape 2025, en abaissant le seuil de sortie[533], mais sans abaisser le taux maximal d'exonération, le rendement étant abaissé d'1 Md€ ;
- modifié le schéma initialement prévu pour 2026 en conservant toujours le taux maximal initial d'exonérations au niveau du Smic (pour minimiser les pertes d'emploi à ce niveau de salaire) mais en ramenant le taux de sortie à 2,05 Smic.

Le compromis trouvé en commission mixte paritaire a ramené le rendement du dispositif à 1,6 Md€ net en 2025 comme en 2026 :

- pour 2025, est conservée une mesure d'économies abaissant les seuils de sortie des « bandeaux » à 2,25 Smic pour le « bandeau » maladie et 3,3 Smic pour le « bandeau » famille ;
- pour 2026, le point de sortie du dispositif doit être fixé par décret, dans une fourchette comprise entre 3 fois le Smic de 2024 et 3 fois le Smic en vigueur.

La LFSS pour 2025 prévoit par ailleurs que « *jusqu'au 31 décembre 2029, un comité de suivi placé auprès du Premier ministre est chargé de l'évaluation des allégements généraux de cotisations sociales patronales et du suivi de la mise en œuvre de la réforme* (…). *Présidé par une personnalité désignée par le Premier ministre, ce comité est composé de deux députés et de deux sénateurs et, à parts égales, de représentants des administrations compétentes et de représentants des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales. Avant le dépôt des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour les années 2026, 2027, 2028, 2029 et 2030, il présente, dans un rapport qui est rendu public, l'état des évaluations réalisées* ».

[529] Qui devaient passer à 2,2 et 3,2 Smic contre 2,5 et 3,5 Smic.
[530] Qui devait passer de passer de 32,34 % à 30,34 % pour les entreprises de plus de 50 salariés.
[531] Avec un gain net de 5 Md€ sur les allègements et une diminution de 1 Md€ de la TVA affectée pour compenser à l'État la baisse de rendement d'impôt sur les sociétés.
[532] À trois Smic.
[533] Qui devait passer à 2,1 et 3,1 Smic (contre 2,2 et 3,2 dans le projet initial).

Sur les mesures abordées, le Haut Conseil ne propose pas de privilégier telle ou telle mesure : il en examine simplement certains avantages et inconvénients au regard notamment de la question du rendement, point évidemment important dans le contexte financier actuel.

À titre liminaire, le HCFiPS souhaite souligner l'absence de crédibilité d'un big bang, en une fois, des sources de financement : trop souvent, ceux qui préconisent de toucher structurellement les recettes au profit de telle ou telle catégorie omettent que d'autres vont devoir contribuer bien davantage, dès lors que l'on vise un système financièrement équilibré. Même si des mouvements sont justifiés, ils doivent revêtir une certaine progressivité pour être acceptés. Il est notamment insolite de voir des courants d'opinion, habituellement attachés à la stabilité des prélèvements, tout à coup convaincus de l'utilité d'un bouleversement de la structuration des recettes : toute l'histoire socio-fiscale montre que ce n'est pas plausible, notamment en termes de cohésion sociale ; les évolutions réussies dans le passé sont celles qui ont su gérer la temporalité, comme l'a montré la montée en charge de la CSG ou du forfait social.

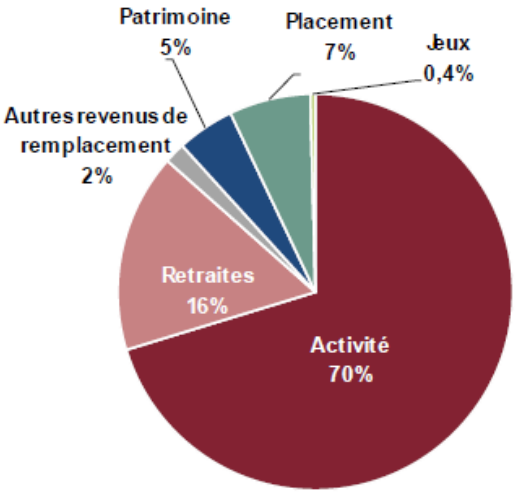
A. Si la piste CSG était retenue, il faudrait veiller au rééquilibrage, en son sein, des différentes catégories de revenus des ménages

1. Dans une logique d'équité, procéder à une augmentation soit uniforme soit différenciée des taux de CSG ?

a. Il existe des marges de manœuvre pour une augmentation de la CSG

La CSG est assise sur l'ensemble des revenus des ménages. Composée de plusieurs cédules, elle est assise à 70 % sur les revenus d'activité, 18 % sur les revenus de remplacement, 12 % sur les revenus du capital (0,4 % sur les produits des jeux). Son rendement actuel (156 Md€ prévus en 2025) en fait la principale ressource de la protection sociale en dehors des cotisations. Cette assiette très large, peu mitée par des exemptions ou exonérations, en fait aujourd'hui le prélèvement le plus équilibré sur les revenus des ménages.

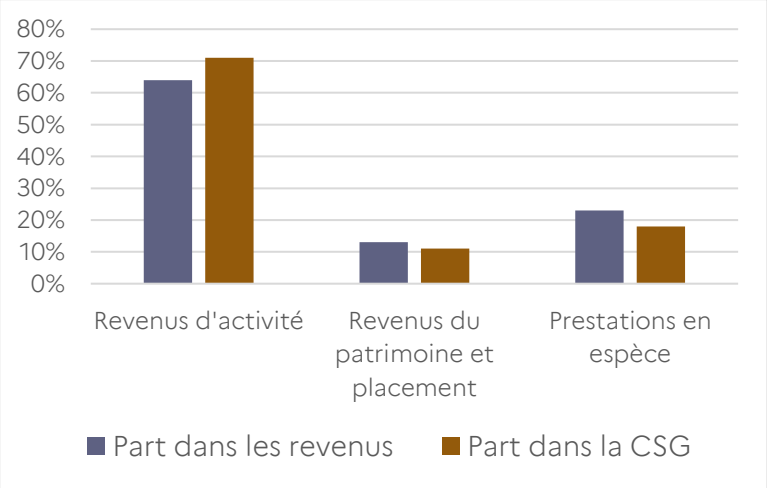
Graphique 3 ▌Répartition de la CSG par assiettes en 2025



Source : DSS/ 6A. Données comptables.

Au vu de cette assiette très large, la CSG repose-t-elle de manière identique sur l'ensemble des catégories de revenus ? En considérant les revenus perçus par les ménages issus de la comptabilité nationale, on constate que les revenus d'activité sont un peu plus mis à contribution que les revenus du capital et que les revenus de remplacement au regard de leur part dans les revenus totaux : les revenus d'activité représentent un peu plus de deux tiers de l'assiette taxable, mais 70 % du rendement ; à l'opposé, les revenus de remplacement représentent 23 % de l'assiette taxable, mais 18 % du rendement.

Graphique 4 I Comparaison du rendement de la CSG et des assiettes économiques sous-jacentes



Notes : Les revenus d'activité correspondent aux salaires versés au sens de la comptabilité nationale et aux revenus des travailleurs indépendants. Les revenus du capital correspondent aux revenus de la propriété -qui incluent les intérêts et dividendes perçus- auxquels sont ajoutés les revenus des ménages au titre des loyers hors loyers imputés. Le graphique n'inclut pas les plus-values immobilières.
Source : Insee, CCSS, présentation HCFiPS.

Si l'on entre dans le détail, la CSG sur les revenus d'activité est globalement proportionnelle aux revenus (au taux de 9,2 % depuis 2018) : sont notamment intégrées dans l'assiette de la CSG et non dans l'assiette des cotisations les cotisations finançant la prévoyance, ou les primes attachées à l'épargne salariale. Cette assiette a été encore récemment étendue, avec l'assujettissement partiel de la rémunération des apprentis, seul salaire jusque-là exempté. Quelques revenus échappent encore à la contribution, à l'image des différents types d'indemnités de rupture conventionnelles ou de licenciement (dans la limite de plafonds), des sommes finançant des activités portées par les comités d'entreprise ou les entreprises (chèques CESU, chèques vacances, sports en entreprises).

Les revenus de remplacement sont moins taxés que les revenus d'activité ou que les revenus du patrimoine (au maximum 8,3 % contre 9,2 %) ; au sein de ces revenus, les allocations chômage sont moins taxées que les retraites (au maximum 6,2 % contre 8,3 % pour les retraites). Qu'il s'agisse des retraites ou des allocations chômage, plusieurs taux coexistent en fonction du niveau de revenu, rendant le prélèvement progressif[534]. Le taux moyen, y

[534] Cette progressivité fonctionne non de manière linéaire, mais par seuils.

compris montants exonérés s'élève à 6,2 % pour les pensions de retraite[535], à un peu plus de 1 % pour les allocations chômage[536]. S'agissant des pensions, le plus faible niveau de taxation est à mettre en regard du coût, plus élevé, des complémentaires santé.

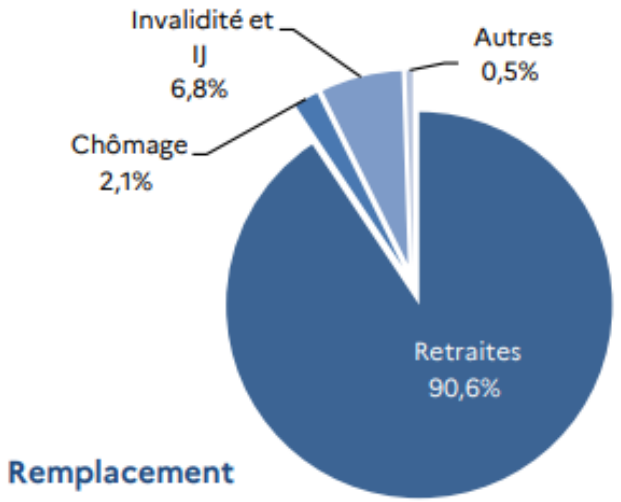
Tableau 1 **|** Seuils d'assujettissement pour 2025 des pensions de retraités et d'invalidité et des allocations chômage

Pension de retraite et d'invalidité	CSG au taux de 3,8 % CRDS au taux de 0,5 %	CSG au taux de 6,6 % CRDS au taux de0,5 % Casa au taux de 0,3 % Cotisations maladie au taux de 1 %*	CSG au taux de 8,3 %
Allocations chômage	CSG au taux de 3,8 % CRDS au taux de0,5 %	CSG au taux de 6,2 % CRDS au taux de 0,5 %	
	RFR supérieur à		RFR égal ou supérieur à
1re part de quotient familial	12 817 €	16 755 €	26 004 €
1/2 part supplémentaire (Métropole)	3 422 €	4 474 €	6 941 €
1/4 de part supplémentaire (Métropole)	1 711 €	2 237 €	3 471 €

* Uniquement sur les avantages de retraite autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale.
Source : DSS.

Le prélèvement porte à plus de 90 % sur les retraites.

Graphique 5 **|** Structure de la CSG sur revenus de remplacement par assiette 2024



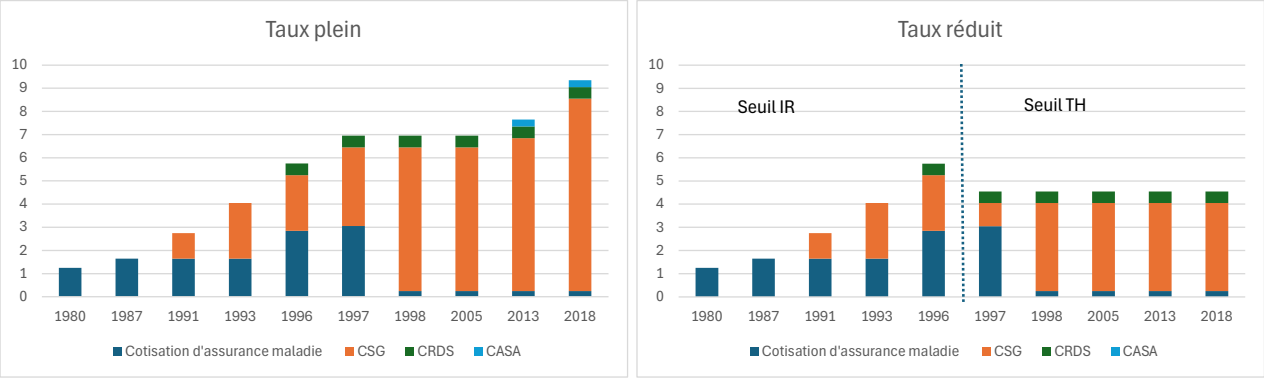
Source : DSS/SDEPF/6A- CCSS octobre 2024.

Si l'on fait un focus sur les pensions, le rendement se décline ainsi en 2025 : 17 Md€ collectés sur le taux plein, représentent 65 % du rendement total de la CSG sur les pensions de

[535] CCSS, septembre 2022.
[536] Urssaf Unédic.

retraite (8 Md€ sur le taux intermédiaire, soit 31 % du total, 1 Md€ collectés sur le taux réduit, soit 4 % du rendement total).

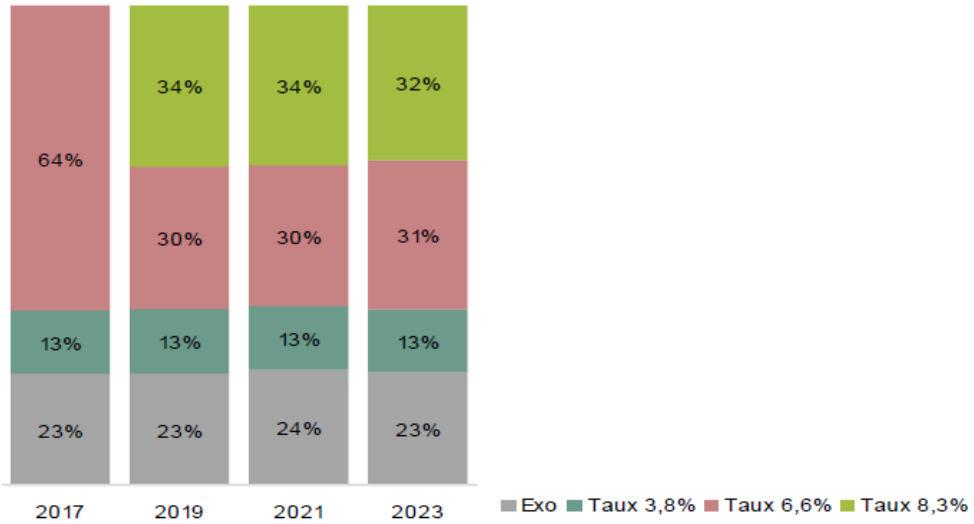
Graphique 6 I Évolutions des prélèvements sur les pensions pour les retraités soumis à l'impôt sur le revenu



Note : le taux réduit considéré concerne une personne dépassant le seuil d'exigibilité de la CSG mais reste inférieur au seuil du taux plein (ou intermédiaire à compter de 2019). Avant 1997, le seuil d'assujettissement à la CSG correspondait au niveau de cotisation d'impôt juste au-dessus du seuil de recouvrabilité de l'impôt sur le revenu (IR supérieur à 61 €, soit 400 FF), à compter de 1997, il s'agit du seuil de recouvrabilité de la taxe habitation, plus faible.

Près d'un quart des retraités sont exonérés de CSG, 13 % acquittent la CSG au taux de 3,8 % ; environ un tiers l'acquittent au taux médian et environ un tiers également au taux plein. Ces différents taux sont le fruit d'une montée en charge progressive du prélèvement social sur les retraites, initiée, pour l'essentiel, en 1979.

Graphique 7 I Structure des effectifs de foyers de retraités selon le taux d'assujettissement à la CSG



Source : CCSS septembre 2022, calculs DSS/6C sur données DGFIP. NB : Avant 2017, seuls les taux réduits et pleins de CSG s'appliquaient aux les pensions de retraite, à respectivement 3,8 % et 6,6 %. Après l'augmentation du taux plein de CSG sur les retraites de 6,6 % à 8,3 % dans la LFSS 2018, la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) a créé dès 2019 un taux intermédiaire à 6,6 %, dit « taux médian » pour les retraités dont le revenu fiscal de référence était situé sous un certain seuil.

Les indemnités d'assurance-chômage et d'activité partielle sont assujetties à un taux de 6,2 %. Ce taux proportionnel est atténué par un mécanisme d'exonération, un taux réduit de CSG de 3,8 % et un mécanisme d'écrêtement de la CSG et de la CRDS afin que ces contributions ne conduisent pas à faire passer le montant de l'indemnité nette en-dessous du Smic brut. Tout ceci explique le faible rendement de la CSG sur les allocations chômage (de l'ordre de 0,6 Md€), alors que l'assiette est large (de l'ordre de 35Md€ en 2023 pour les seules indemnités chômage).

L'assiette de la CSG patrimoine (76,3 Md€) **et celle de la CSG placement** (108,2 Md€) sont composées principalement des revenus fonciers (34,7 Md€), des plus-values à taux proportionnel (20,7 Md€), des dividendes (35,7 M€), des contrats de capitalisation (24,7 Md€) et des plus-values immobilières (11,8 Md€). Plusieurs revenus restent hors du champ de la taxation, notamment les intérêts des sommes inscrites sur les livrets A, les livrets d'épargne populaire, les CODEVI, des livrets jeunes ou encore les livrets d'épargne-entreprise. Il est à noter que les gains et les plus-values réalisés dans le plan épargne avenir climat (PEAC), récemment ouvert aux jeunes de moins de 21 ans pour investir dans la transition écologique sont également exonérés d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux.

Après avoir été taxées au-delà des revenus d'activité entre 2005 et 2018, les revenus du capital sont taxés à la CSG au même taux que les revenus d'activité. Le rendement du point de CSG est en progression constante compte tenu d'une assiette dynamique, et globalement assez peu volatile.

Tableau 2 **|** Rendement de la CSG sur le capital

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)	2025 (p)
Valeurs du point de CSG capital en €	1 270	1 330	1 400	1 450	1 360	1 540	1 720	1 810	1 870	1 940

Note : Le rendement de 18,3 Md€ en 2024 correspond à une assiette de 188,7 Md€. Il est à comparer à l'assiette des revenus d'activité en 2024 estimée à 1 173,4 Md€.
Source DSS/ rapports CCSS.

Depuis 2018, la CSG sur les revenus du capital[537] entre dans le dispositif du prélèvement forfaitaire unique (PFU), dont l'objet était d'instaurer un taux de prélèvement global de 30 % pour les revenus du capital.

b. *Des assiettes qui peuvent être taxées différemment*

Si toutes les assiettes CSG ont été taxées, en 1991, au même taux, le Conseil constitutionnel a estimé, dès la mise en place de la contribution que « *les contributions concernant respectivement les revenus d'activité et les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, et les produits de placement constitu[ai]ent des impositions distinctes* » et que,

[537] Hors immobilier.

par suite, « *pour l'application du principe d'égalité devant l'impôt, la situation des personnes redevables s'appréci[ait] au regard de chaque imposition prise isolément* ».

Encadré 4 I Un exemple de réforme incluant des taux différenciés

À titre d'exemple, la loi relative à l'assurance maladie de 2004 a majoré le taux de la CSG sur les revenus du capital et sur les revenus de remplacement, mais pas le taux de la CSG sur les revenus d'activité (sur lesquels l'abattement représentatif des frais professionnels était néanmoins réduit). S'agissant des revenus de remplacement, la hausse de 0,4 point du taux de la CSG a été applicable aux pensions de retraite, aux pensions d'invalidité et aux allocations de préretraite, pour le porter à 6,6 %. Les allocations de chômage (concernées par la baisse de l'abattement « frais professionnels ») et les indemnités journalières (non concernées par cette baisse) n'ont pas été touchées par la hausse de taux. Ce choix avait été justifié comme suit : « *Cette augmentation est limitée puisqu'elle s'élève à 0,4 point, ce qui laisse un écart important, 0,9 point, avec la CSG payée par les actifs. Alors qu'une politique très ambitieuse de prise en charge de la dépendance se met en place, il nous a semblé possible que les retraités contribuent à l'effort de redressement de l'assurance maladie* »[538].

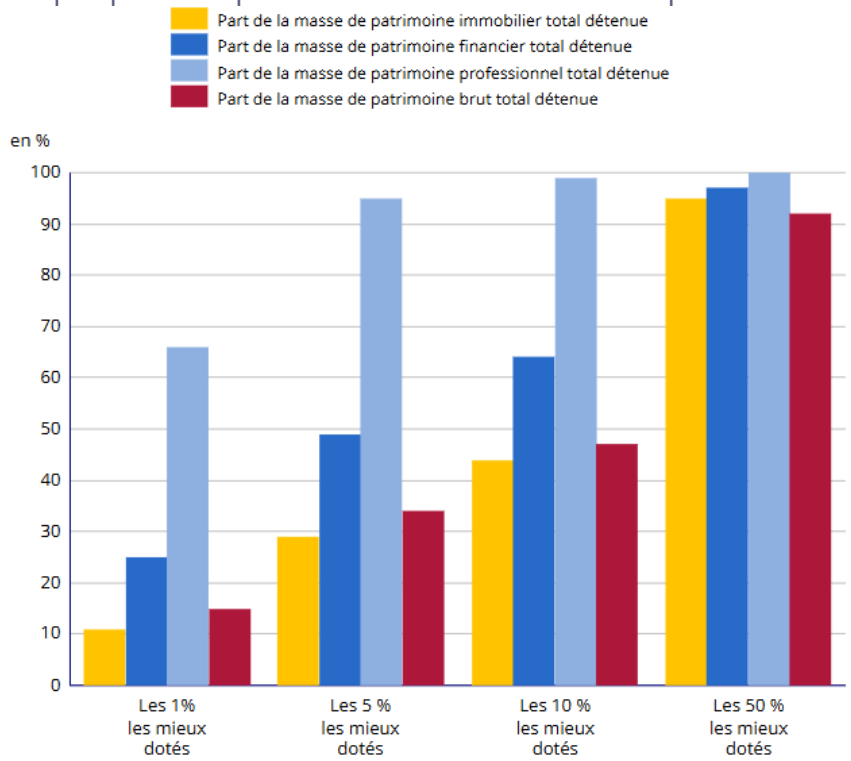
La possibilité de créer des taux différents permet de mettre en place une logique de progressivité dans le prélèvement[539]. Cela pourrait être le cas si les revenus du patrimoine étaient assujettis à un taux plus élevé que les revenus d'activité (ce qui a été le cas de 2005 à 2018) dès lors que ces revenus sont très fortement concentrés dans les déciles de revenu les plus élevés. Les revenus du patrimoine représentent une part croissante du niveau de vie à mesure qu'il augmente. Leur part reste très limitée pour la plupart des personnes (entre 2,3 % et 5,4 % jusqu'au 8e décile) ; elle est de 7,6 % pour les personnes entre le 8e et le 9e décile ; chez les 10 % des personnes les plus aisées, ces revenus représentent 22,7 % de leur niveau de vie[540]. Ceci est le reflet de la concentration du patrimoine lui-même. **Donc avoir un taux de CSG sur les revenus du capital plus élevé permet bien de travailler sur une forme de progressivité.**

[538] Rapport n° 424 (2003-2004), tome II, déposé le 21 juillet 2004.

[539] Au-delà de la progressivité induite par la non-déductibilité partielle du prélèvement.

[540] Depuis le milieu des années 1990, les inégalités de niveau de vie augmentent nettement avant redistribution mais de manière plus limitée après redistribution – Les revenus et le patrimoine des ménages | Insee.

Graphique 8 I Répartition de la masse totale de patrimoine entre les ménages début 2021



Note : la part des ménages considérée correspond à la distribution de chaque composante du patrimoine (les 5 % les mieux dotés en patrimoine immobilier ne sont pas nécessairement les mêmes ménages que les 5 % les mieux dotés en patrimoine financier).
Lecture : début 2021, les 10 % de ménages les mieux dotés en patrimoine brut détiennent 47 % de la masse totale de patrimoine brut.
Champ : France hors Mayotte, ménages vivant en logement ordinaire.
Source : Insee, enquête Histoire de vie et Patrimoine 2017-2018 et 2020-2021.

c. *Des contributions qui peuvent être rééquilibrées*

On ne dispose pas de simulation des impacts économiques d'une hausse partielle du taux de CSG. Une augmentation uniforme du taux a des effets proches de ceux qu'aurait une hausse équivalente de la TVA, tant en termes économiques qu'en termes financiers.

Tableau 3 I Impact d'une hausse uniforme de CSG

	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	– 0,1	– 0,4	– 0,9	– 0,2	0,0	– 0,2	– 0,8	– 0,1	1,0	0,8	0,5	0,7
DG Trésor	– 0,4	– 0,8	– 0,8	– 0,9	– 0,1	– 0,7	– 1,1	– 1,0	0,8	0,5	0,5	0,5

Plusieurs membres du HCFiPS ont souhaité prendre connaissance des effets financiers de mesures de hausse des taux de CSG sur les revenus de remplacement.

Tableau 4 **I** Rendement d'une augmentation de CSG sur différentes cédules

Augmentation d'un point de la CSG	17,9 Md€
dont revenus d'activité	*12 Md€*
dont revenus de remplacement	*3,9 Md€*
dont revenus du capital	*1,9 Md€*
Alignement du taux normal de CSG sur les retraites (8,3 %) sur celui des salariés (9,2 %)	1,8 Md€
Assujettissement de l'ensemble des pensions de retraite, y compris de celles des retraités actuellement exonérés, au taux appliqué aux salariés (9,2 %)	11 Md€
Hausse de la CSG sur les indemnités chômage et d'activité partielle à un taux unique de 7 % combinée à une suppression du mécanisme d'écrêtement sur la CSG et de la CRDS	1,7 Md€

Source : DSS.

À titre de comparaison, en 2025, le rendement d'un point de cotisation salariale déplafonnée sur les salaires du secteur privé s'élèverait à 7,6 Md€, contre 6,2 Md€ pour les cotisations patronales, en raison des allègements généraux.

Le Haut Conseil souhaite souligner ici que, au regard de son rendement et de sa logique, la CSG doit demeurer une ressource essentielle de la sécurité sociale ; il souhaite toutefois ajouter que le caractère équitable du prélèvement peut être encore renforcé, certains revenus étant moins taxés que d'autres et qu'une progressivité plus forte peut être introduite, en majorant certains taux, notamment ceux pesant sur les revenus du patrimoine.

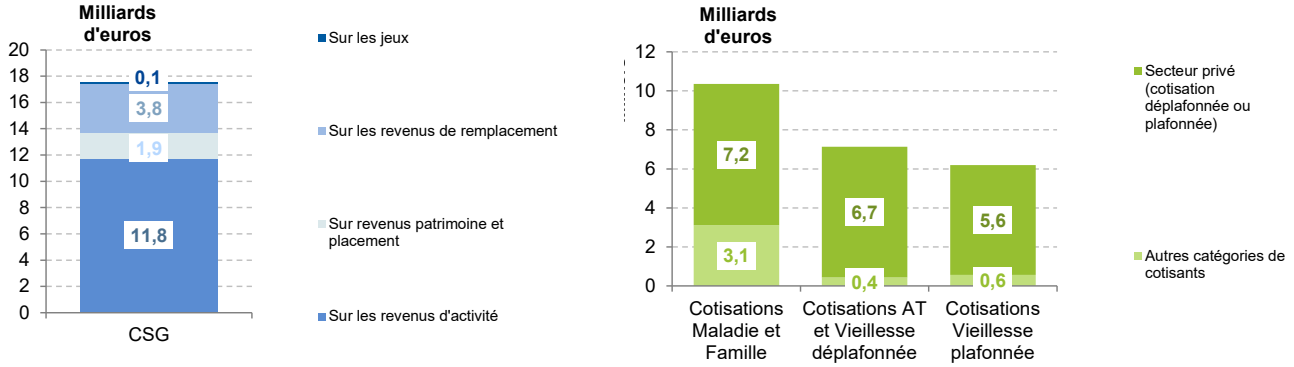
2. Recourir à la CSG pour redonner du pouvoir d'achat aux actifs en substituant de la CSG aux cotisations ? Un schéma possible, mais qui doit participer à la résolution des problèmes de financement.

a. La CSG a été souvent utilisée pour redonner du pouvoir d'achat aux actifs

La CSG a une assiette plus large que les cotisations puisque, comme cela vient d'être rappelé, elle repose sur quatre cédules (revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, du placement[541]) et que, s'agissant des revenus d'activité, l'assiette est plus large que celle des cotisations (avec notamment l'assujettissement de l'épargne salariale ou de la protection sociale en entreprise).

[541] Par simplification, on met ici de côté la CSG sur les jeux.

Graphique 9 I Valeur comparée d'un point de CSG et de cotisations



Lecture : outre le fait que la CSG repose sur une assiette large, Les écarts entre les différentes valeurs de points de cotisation sont notablement expliqués par les effets suivants :

- l'effet lié au plafonnement de certaines cotisations : contrairement aux autres cotisations de sécurité sociale, les cotisations vieillesse sont pour l'essentiel calculées dans la limite d'un plafond ;
- l'effet lié aux périmètres couverts : intrinsèquement, la valeur d'un point de cotisation maladie et famille est plus élevée car le champ des assurés relevant de ces branches est plus large que celui des assurés des branches AT-MP et vieillesse.

Source : rapports CCSS, REPSS Financement 2025.

Cette différence d'assiette a conduit à souvent utiliser la CSG comme un outil de redistribution et non comme un outil de rendement. Les hausses de taux ont pu être compensées par des baisses de taux de cotisations ayant pour objet d'apporter des gains de pouvoir d'achat aux salariés, grâce à la marge offerte par les assiettes autres que celles portant sur les revenus d'activité. Cela a été le cas dès la création du prélèvement en 1991[542], puis en 1997 (+ 1 point de CSG et – 1,3 point de cotisation salariale maladie), en 1998 (+ 4,1 points de CSG contre une baisse de 4,75 points de cotisation maladie) et en 2018 (suppression de la cotisation salariale maladie restante et de la cotisation salariale Unedic soit – 3,15 points de cotisations contre une hausse de 1,7 point de CSG).

[542] Avec notamment la mise en place d'une remise forfaitaire sur les cotisations vieillesse, dispositif supprimé en 1995.

Tableau 5 I Hausses de taux de CSG (hors CSG sur les jeux) et gains de pouvoir d'achat associés

	1991	1993	1997	1998	2005	2018	2019
Revenus d'activité	1,1 %	2,4 %	3,4 %	7,5 %	7,5 %	9,2 %	9,2 %
Pensions de retraite/invalidité	1,1 %/0 %	2,4 %/0 %	3,4 %/0 %	6,2 %/3,8 %/0 %	6,6 %/3,8 %/0 %	8,3 % 3,8 %/0 %	8,3%/6,6%/ 3,8 % 0 %
Allocations de chômage	1,1 %/0 %	2,4 %/0 %	3,4 %/0 %	6,2 %/ 0 %	6,2 %/0 %	6,2 %/0 %	6,2 %/0 %
Indemnités journalières			3,4 %	6,2 %	6,2 %	6,2 %	6,2 %
Revenus du patrimoine Produits de placement	1,1 %	1,1 %	3,4 %	7,5 %	8,2 %	9,9 %	9,2 %
Gain de pouvoir d'achat pour les salariés	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Note : Seules trois hausses de CSG ont poursuivi un objectif de rendement financier direct, avec une hausse de taux « sèche » de 1 point en 1993, puis, en application de la loi relative à l'assurance maladie de 2004, une hausse de taux sur les retraites et sur les revenus du capital (accompagnée d'une réduction de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG sur revenus d'activité), puis, au travers une réduction de l'abattement pour frais professionnels en 2012.

b. Une opération qui nécessite des opérations de transferts complexes entre branches pour garantir la logique de financement de la protection sociale

Ces opérations de substitution de la CSG à des cotisations sont bien sûr toujours possibles, d'autant qu'elles ne posent pas de difficultés opérationnelles majeures. Toutefois, si l'on souhaite procéder à une substitution de CSG aux cotisations salariales, des opérations de transfert financier relativement complexes devront être mises en place. En effet :

- il n'existe plus de cotisations salariales dans les régimes universels (notamment plus de cotisation salariale maladie), ce qui interdit de faire un swap de taux direct ;
- seuls les régimes vieillesse continuent à être financés par des cotisations salariales ; or, si l'on veut garantir la cohérence du financement, il convient d'éviter d'affecter de la CSG à des régimes servant des revenus de remplacement (sauf pour prendre en charge la part solidaire de ces régimes, comme c'est le cas, via le FSV).

On peut rappeler sur ce point que, contrairement à toute logique, la CSG a été utilisée en 2019 au profit de l'Unédic, régime purement assurantiel ; même si seule la CSG activité est affectée au régime, deux populations peu ou pas éligibles aux prestations du dit régime (travailleurs indépendants et fonctionnaires) sont ainsi amenées à contribuer à son financement. Le HCFiPS ne saurait recommander de poursuivre sur ce chemin.

Pour éviter cet écueil, une opération proche de celle effectuée en 1991 devrait sans doute être imaginée. On rappelle ci-dessous, à titre d'exemple, le schéma qui avait été alors

retenu, et qui, faute de cotisations salariales dans la branche famille, avait conduit à modifier les cotisations tant des branches famille que retraite.

Encadré 5 I La mise en place de la CSG en 1991 et les opérations de transferts

Le dispositif reposait sur les éléments suivants :

- une affectation de 1,1 point de CSG à la Cnaf ;
- une diminution des cotisations d'allocations familiales acquittées par les employeurs et les travailleurs indépendants globalement calibrée pour compenser l'affectation de CSG à la branche, soit une baisse de ces cotisations de 1,6 point (avec un taux de cotisation patronale ramené de 7 % à 5,4 % sur les salaires déplafonnés) ;
- une hausse de 1,6 point des cotisations vieillesse patronales, équivalente à la baisse de cotisation familiale, le Gouvernement ayant considéré que la contribution des employeurs au financement de la sécurité sociale ne devait pas être allégée dans le cadre de cette opération : ce transfert de 1,6 point de la cotisation patronale d'allocations familiales déplafonnée avait conduit à la création d' une cotisation vieillesse déplafonnée à la charge de l'employeur (au taux de » 1,6 % s'ajoutant aux 8,2 % plafonnés) ;
- Une diminution de 1,05 % du taux des cotisations salariales vieillesse, accompagnée d'une remise forfaitaire de 42 francs par mois pour un temps plein portant sur ces mêmes cotisations[543] ;
- La suppression du prélèvement de 0,4 % sur le revenu imposable effectué depuis 1988 au profit de la CNAVTS[544].

c. En termes économiques, la mesure présente des caractéristiques relativement favorables, mais qui, à l'instar de la TVA sociale, ne priorise pas la résorption du déficit

Selon les simulations effectuées tant par la DG Trésor que par l'OFCE, une mesure de pure substitution n'a que peu d'impact sur la croissance à court moyen terme, et un impact indécis à long terme (au pire nul, au mieux favorable). En revanche son impact sur le solde public est quasiment nul à court terme. L'absence de rendement de la mesure est clairement une difficulté dans le contexte budgétaire actuel.

[543] L'impact de la mise en œuvre de la CSG sur les revenus d'activité avait été présenté comme suit par le Sénat : « Pour les salaires inférieurs au plafond de la sécurité sociale, la diminution de la cotisation [d'assurance vieillesse] est intégralement compensée par l'instauration de la CSG. Ce sera donc uniquement la remise de 42 francs qui permettra un gain de pouvoir d'achat de 504 francs par an. Au-delà du plafond, le poids de la CSG est plus élevé que la diminution des cotisations. Si l'on ajoute à cela les conséquences de la suppression de la contribution de 0,4 %, qui ne concernait que les revenus imposables, on estime que le montage proposé permettra un gain en pouvoir d'achat pour un salaire brut de 18 000 francs par mois » https://www.senat.fr/rap/1990-1991/i1990_1991_0089_03.pdf.

[544] Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de février 1991.

Tableau 6 I Substitution d'une hausse de CSG à une baisse des cotisations salariales

	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	0,0	0,0	– 0,1	0,0	0,0	0,0	– 0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
DG Trésor	0,0	– 0,1	0,0	0,9	0,0	0,1	0,6	1,3	0,1	0,0	0,1	0,5

Si l'on imagine, comme pour la TVA sociale, une mesure combinant substitution et mesures de rendement, on peut simuler une hausse de CSG équivalant à 0,6 point de PIB et une baisse des cotisations de l'ordre de 0,4 point de PIB : les effets macroéconomiques sont très semblables à ceux décrits dans la mesure correspondante entre TVA et cotisations. Là aussi, le rendement sur les finances publiques resterait de l'ordre de 0,2 point de PIB, à comparer avec un déficit social de 0,7 point de PIB.

Tableau 7 I Substitution partielle d'une hausse de CSG (+ 0,6 point de PIB) à une baisse des cotisations salariales (– 0,4 point de PIB)

	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	0,0	– 0,1	– 0,2	0,0	0,0	0,0	– 0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2
DG Trésor	– 0,1	– 0,2	– 0,2	0,2	0,0	– 0,1	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3

Comme pour la TVA sociale, le HCFiPS estime qu'une solution de substitution de CSG aux cotisations ne peut être envisagée que si elle répond au moins en partie à un objectif de rendement.

3. Recourir à la CSG pour redonner du pouvoir d'achat aux salariés qui ont les revenus les plus bas en instaurant une « CSG progressive » ? Un oxymore ? Une absence de gain financier

L'augmentation des taux sur les revenus du patrimoine, évoquée ci-dessus, est une forme de progressivité, adaptée à la structure de la CSG. En revanche, il n'apparaît pas réaliste de créer un prélèvement progressif, qui copie l'impôt sur le revenu, sans que cela ne se traduise à terme par une fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG.

La question de la non-progressivité de la CSG a été discutée dès l'entrée en vigueur du prélèvement et la critique s'est accrue au fur et à mesure de l'augmentation de son taux. Aboutissement de ces débats, la décision, prise en 2000, de mettre en place une dose de progressivité sur les revenus d'activité au sein du prélèvement, a fait l'objet d'une censure du Conseil constitutionnel, les conditions, pour mettre en place cette progressivité, n'étant pas adaptées. La question demeure cependant aujourd'hui posée, et plusieurs membres du Haut Conseil ont souhaité qu'un point soit effectué sur ce sujet dans le cadre du présent rapport.

La création d'une « CSG progressive » a pour objet de faire « payer plus » aux plus hauts revenus (et éventuellement moins aux plus bas revenus[545]). S'agissant des bas revenus, cette question est gérée actuellement via la prime d'activité, dispositif mis en place suite à la tentative de création de cotisations salariales progressives – mesure censurée par le Conseil constitutionnel.

Encadré 6 I Rappel du dispositif de réduction dégressive des cotisations sociales (censuré par le Conseil constitutionnel) – loi de financement rectificative pour 2014

Composante « solidarité » du Pacte de responsabilité et de solidarité, le dispositif avait pour objectif de donner, « *dans un contexte de relative modération salariale, du pouvoir d'achat aux travailleurs, de lutter contre le phénomène de la pauvreté laborieuse et d'inciter à l'activité* »[546]. Il reposait sur une réduction dégressive de cotisations salariales ciblé sur les salaires et traitements proches du Smic, avec un allègement maximal de 3 % au niveau du Smic diminuant progressivement pour s'annuler à 1,3 Smic.

Il représenterait, selon l'étude d'impact du projet de loi, un coût total pour les finances publiques (sous forme de réduction des recettes perçues) de 2,5 Md€ en 2015.

La progressivité des prélèvements sociaux est un objet juridique complexe, qu'il s'agisse des cotisations ou de la CSG, complexité qui est en lien avec la nature et les finalités de ces prélèvements. Alors qu'il a admis la conformité des allègements généraux portant sur les cotisations sociales[547], le Conseil constitutionnel a rejeté la mise en place d'une réduction dégressive sur les cotisations salariales de même que la mise en place d'une CSG progressive. Dans un cas, du fait de la nature des cotisations, c'est la nature contributive du prélèvement qui justifie la censure, alors que dans l'autre, c'est l'absence de prise en compte de l'ensemble des revenus du ménage qui est mise en exergue, renvoyant à la nature juridique de la CSG.

S'agissant de la CSG sur revenus d'activité, la censure du Conseil constitutionnel n'excluait pas la possibilité, pour le législateur, d'introduire de la progressivité dans une CSG activité, mais il ne pouvait le faire que si la capacité contributive et donc l'ensemble des ressources et des charges du foyer étaient prises en compte, éléments aujourd'hui exogènes à la CSG activité. Conséquence de ce cadre juridique, la mise en place d'une CSG progressive pose des difficultés de mise en œuvre opérationnelle.

---

[545] Selon que la mesure est conçue ou non comme une mesure de rendement.

[546] https://www.senat.fr/rap/l13-703/l13-7038.html#toc129.

[547] Le Conseil constitutionnel a admis expressément la conformité à la Constitution des allègements généraux, dans la mesure où « *par la réduction des cotisations à la charge de l'employeur prévue par le paragraphe I de l'article L 241-13 du code de la sécurité sociale, le législateur a entendu favoriser l'emploi en allégeant le cout des charges sociales pesant sur l'employeur* » (Décision n° 2013-300 QPC du 5 avril 2013, Ct 8). En effet, d'une part, les cotisations patronales n'ouvrent droit, pour les employeurs, à aucune prestation. D'autre part, elles ne sont pas susceptibles d'être intégrées dans l'appréciation du seuil maximum d'imposition pesant sur les revenus.

Le calcul de la CSG est aujourd'hui très simple, puisqu'elle est purement proportionnelle au salaire et établie au fil de l'eau ; une fois calculée lors de chaque paie, elle ne donne lieu à aucune régularisation.

L'introduction d'une CSG activité progressive impliquerait une complexification certaine de ce mode de recouvrement, avec des changements importants, schématisés dans l'encadré suivant.

Encadré 7 I Une CSG progressive induit une complexification forte du recouvrement qui pousse à une fusion avec l'impôt sur le revenu

- Soit la progressivité est gérée sans intervention de l'employeur : l'employeur applique les taux de droit commun de CSG lors de la paie ; la réduction est appliquée l'année suivante au travers d'un crédit de CSG, après avoir été calculée par la DGFIP une fois connus l'ensemble des revenus du foyer fiscal ; ce crédit de CSG est versé, également par la DGFiP, par exemple, à l'occasion de la régularisation du prélèvement à la source. Ce schéma ne permet pas de « contemporanéiser » l'avantage associé à la réduction de CSG, alors même que cette contemporanéisation est recherchée pour la prime d'activité.
- Soit, conformément aux modalités retenues pour le prélèvement à la source**,** le taux individualisé est géré par l'employeur à l'occasion de la paie. Comme pour le PAS, le taux est communiqué à l'employeur par la DGFIP (seule à connaître l'ensemble des revenus) chaque année ou lors d'une embauche. Également selon les principes retenus pour le PAS, une régularisation intervient une fois le taux définitif de prélèvement connu (donc en N+1, une fois que l'ensemble des revenus du foyer est disponible). Il est à noter que ce mécanisme de régularisation peut jouer en faveur ou en défaveur des redevables, ce qui est un point de vigilance pour les salariés les plus modestes : si ceux-ci ont trop peu versé, ils devront procéder à un remboursement de CSG, qui peut être problématique en termes de trésorerie ; cette difficulté est beaucoup moins sensible en matière d'impôt sur le revenu puisque les salariés les plus modestes en sont exonérés.

Au regard de l'intrication entre ce dispositif et celui du prélèvement à la source, la simplicité consiste à caler le dispositif au plus près du PAS, de telle sorte que les employeurs, les salariés et les opérateurs ne soient confrontés qu'à un unique processus de gestion. **Une des conséquences probables du rapprochement technique des deux prélèvements est leur fusion à terme, et par suite, le mitage progressif de la CSG (l'existence de taux progressifs incitant à rechercher des exonérations, notamment en haut de la distribution) ainsi que la disparition d'un prélèvement autonome pour la sécurité sociale (deux impôts sur le revenu, recouvrés identiquement, n'ont pas vocation à cohabiter)**.

Au-delà de ces aspects techniques, le HCFiPS considère que l'efficacité de la redistribution et la réduction des inégalités doivent s'apprécier sur l'ensemble de la sécurité sociale, en prenant en compte le diptyque prestations et cotisations. Or, on constate que les systèmes très redistributifs en matière de prélèvement sont souvent peu généreux en matière de prestations parce qu'ils génèrent des ressources plus faibles pour le système qu'un prélèvement proportionnel avec une très forte assiette.

C'est ce que montre notamment la comparaison internationale[548] conduite en 2017 par Mickaël Zemmour et portant sur l'impact redistributif des modèles socio-fiscaux de protection sociale[549]. Après avoir souligné qu'« *aucun modèle socio-fiscal ne combine des niveaux élevés dans les quatre dimensions (taxe, transfert, progressivité, ciblage) composant la redistribution monétaire* », l'auteur « [*observe] un arbitrage tangible entre haut niveau de prélèvements et forte progressivité de ceux-ci. De plus, les pays à fiscalité progressive sont aussi ceux où la taille des transferts est faible, induisant une efficacité plus faible en matière de réduction des inégalités. Nos résultats montrent en outre que ce sont les pays ayant une distribution particulièrement inégalitaire des revenus primaires qui ont recours à un degré de ciblage élevé des transferts et à une forte progressivité des prélèvements. En définitive, les systèmes socio-fiscaux les plus efficaces en termes de réduction des inégalités sont caractérisés par de très hauts niveaux de transfert et de taxe, et une faible progressivité de l'impôt* ».

Bien évidemment un accroissement de la progressivité du prélèvement socio-fiscal est tout à fait envisageable et relève d'un choix démocratique. Toutefois, c'est l'impôt sur le revenu qui est le support historique de la progressivité (couplé à la prime d'activité, s'agissant des plus bas revenus).

B. Si l'accroissement de TVA était retenu, il faudrait le prioriser pour le redressement des comptes sociaux

L'affectation d'une fraction de TVA à la sécurité sociale est largement portée dans le débat public ces derniers mois. C'est à ce titre que la question de la TVA est abordée, sachant qu'une hausse de la TVA pourrait être envisagée au profit du budget de l'État.

Comme pour les autres recettes examinées dans le présent rapport, un éventuel apport de TVA doit être réfléchi en fonction de la finalité poursuivie : souhaite-t-on réduire le déficit – ce qui pousse vers des schémas d'augmentation « sèche » des taux ou vise-t-on à utiliser la recette dans le cadre d'opérations de substitution, aux cotisations sociales, patronales ou salariales, ce qui induit des transferts entre assujettis, mais réduit nécessairement l'impact financier immédiat ? Les organisations syndicales qui se sont exprimées au sein du HCFiPS ont fait part de leur opposition à l'ensemble de ces orientations.

Sous cette réserve, le HCFiPS souhaite souligner d'entrée, compte tenu du contexte financier actuel, l'importance de prioriser l'objectif de contribution de la TVA à l'amélioration des comptes publics par rapport à d'autres utilisations possibles.

1. Affecter de la TVA à la sécurité sociale ? Un processus déjà largement engagé

Lorsque dans le débat public est évoquée l'affectation de la TVA à la sécurité sociale, il est souvent oublié que la TVA finance déjà de manière non négligeable celle-ci et, plus

[548] Portant sur 22 pays différents de l'OCDE, pour un ensemble de 67 observations, étalées dans le temps de 1999 à 2013.

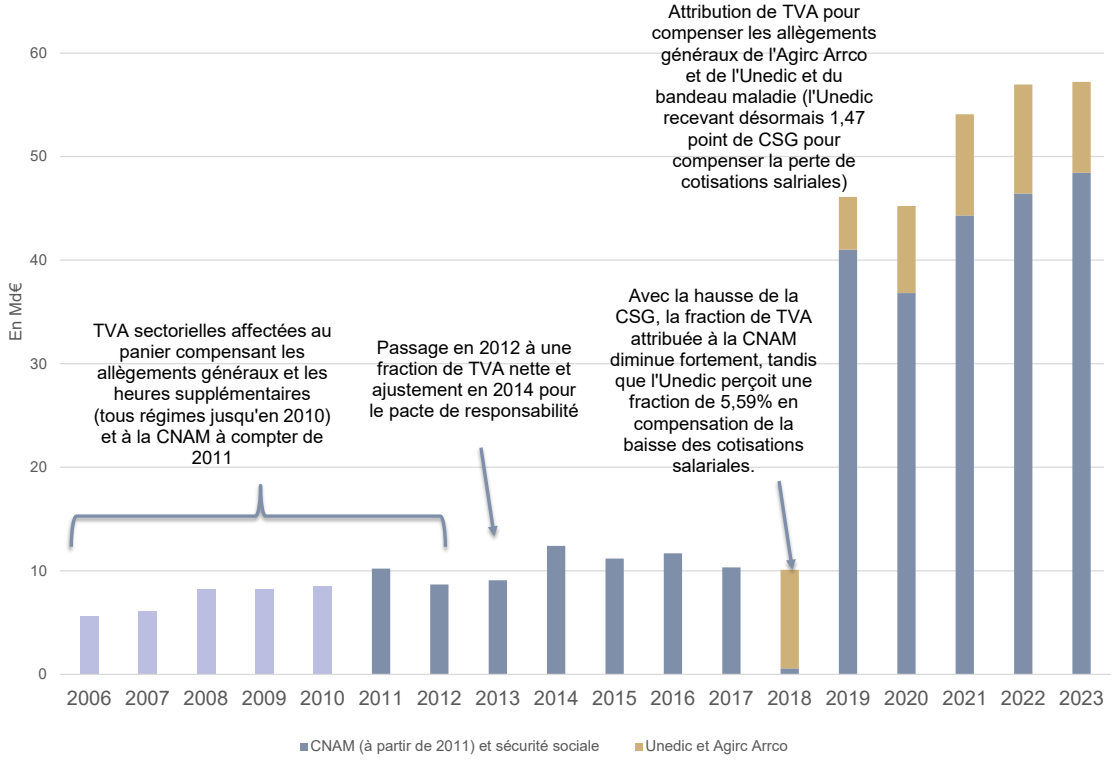
[549] https://sciencespo.hal.science/hal-03613178v1/document.

largement, la protection sociale. La TVA est affectée à la Cnam à hauteur de 48 Md€ en 2024 (21 % des recettes de l'assurance maladie). Elle est affectée à l'Unédic et à l'Agirc Arrco à hauteur de 8,3 Md€ cette même année (après récupération de 2,6 Md€ par le budget de l'État sur la TVA attribuée à la compensation de l'Unedic).

Cette affectation de TVA s'est effectuée « à bas bruit », en compensation des mesures d'allègement de cotisations sociales. Elle a été mise en place progressivement, avec une inflexion très importante en 2019 : l'affectation de TVA à la protection sociale a été alors multipliée par quatre, sous l'effet d'une part, de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réduction de cotisations patronales d'assurance maladie, et, d'autre part, de l'extension des allègements généraux aux cotisations d'assurance retraite complémentaire et d'assurance chômage et de leur compensation. Parallèlement, la TVA a été affectée pour partie aux collectivités locales[550]. Aux termes de ce processus, le budget de l'État ne reçoit plus que la moitié de la TVA. 23 % du rendement de la taxe est affecté à l'assurance maladie et 4 % à l'Unedic et à l'Agirc Arrco.

[550] Elle se trouve, d'abord, affectée depuis 2018 aux régions pour compenser des dotations de l'État (~ 4 Md€ en2021). Ensuite, à partir de 2021, elle a été intégrée aux recettes de fiscalité locale des régions (~ 10 Md€) pour compenser, notamment, la perte des recettes de cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE), et des départements et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre (~ 23 Md€) dans le cadre de la réforme de la taxe d'habitation. https://www.ccomptes.fr/fr/documents/63322.
Elle finance également l'UE. Une portion des recettes de TVA de chaque État membre fait en effet partie des « ressources propres » de l'UE.

Graphique 10 | L'affectation de la TVA à la protection sociale



Note : La sécurité sociale perçoit une partie de la TVA depuis 2006. Initialement affectée à la compensation des allègements généraux pour l'ensemble des régimes concernés, puis à compter de 2008 également à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires, la TVA est affectée à la seule CNAM à compter de 2011 au moment de l'abandon de de l'attribution pour solde de tout compte du panier de recettes fiscales compensant les allègements généraux.
Jusqu'en 2012, la TVA affectée est constituée de de TVA « sectorielles » (portant sur les tabacs, les alcools puis les professionnels de santé -médecins généralistes, paramédicaux, EHPAD, ambulances…).
Avec le projet de TVA sociale portée par loi de finances rectificative de mars 2012 consistant en une baisse de cotisations patronales et une hausse de TVA, il est prévu d'affecter une part fixe de la globalité de la TVA nette. Avec le changement de majorité en 2012, la hausse de TVA et la baisse de cotisations sont abandonnées mais l'affectation d'une fraction de TVA nette demeure, venant à la place des TVA sectorielles affectées jusque-là. Cette TVA nette est fléchée sur la Cnam[551]. En 2018, la TVA affectée à la CNAM baisse substantiellement, la CSG attribuée à la Cnam augmentant fortement à la suite de la hausse de cette contribution en contrepartie de baisse de cotisations salariales maladie. La TVA affectée à la Cnam est alors réaffectée à l'Acoss, pour compenser la baisse des cotisations salariales à l'Unedic.
En 2019, l'Unedic se voit attribuer une part de CSG. La Cnam perd une partie de CSG et également une partie des cotisations patronales avec la transformation du CICE en « bandeau » maladie. L'extension des allègements généraux à l'Unedic et à l'Agirc Arrco leur fait perdre également des cotisations. L'ensemble est compensé par une affectation de TVA, à 5,18 % pour l'Unedic et l'Agirc Arrco, la TVA transitant toujours par l'Acoss, et d'un peu plus de 23 % pour la Cnam. Le montant affecté à la CNAM varie un peu chaque année, lorsque des opérations de transferts entre l'État et la sécurité sociale sont opérés[552]. La clé a été rehaussée également en 2021 pour compenser les montants financés au titre du plan national de relance et de résilience et les dons de vaccins, la compensation s'opérant ensuite par dotations[553].
Source : CCSS et LFSS – Présentation HCFiPS.

Il n'est pas question d'apporter, dans le cadre du présent rapport, une réflexion originale sur le sujet : le HCFiPS n'a pu mobiliser d'expertise nouvelle dans les délais impartis par le commanditaire. Pour éclairer certains termes du débat, les paragraphes qui suivent tentent cependant une synthèse des principaux points de vue en présence.

2. Accroître les taux de TVA au profit de la sécurité sociale pour financer le déficit ?

Plusieurs arguments sont avancés par les partisans d'un recours accru à la TVA pour le financement de la sécurité sociale qui estiment qu'une augmentation de ses taux présenterait des propriétés plus intéressantes qu'une augmentation des prélèvements sociaux.

En termes économiques, une hausse de la TVA n'a pas d'impact direct sur le coût du travail à la différence des cotisations ou de la CSG, même si son augmentation peut avoir des effets de second tour (les salariés pouvant demander un ajustement des salaires en vue de garantir leur pouvoir d'achat). Si elle a un impact sur les produits importés[554], comme sur les produits élaborés en France, elle n'a pas d'impact direct sur la capacité à exporter, puisque les produits exportés ne sont pas soumis à la taxe.

En termes financiers, la TVA est un impôt à fort rendement (plus de 200 Md€) ; elle est le deuxième plus important prélèvement du système socio-fiscal français, après les cotisations, mais avant la CSG ou l'impôt sur le revenu. Une hausse de 1 point rapporte environ 8,2 Md€ pour le taux de droit commun (20 %), 1,6 Md€ pour le taux réduit de 10 %, 2,3 Md€ pour le taux réduit de 5,5 % et 0,6 Md€ pour le taux super-réduit de 2,1 %, soit près de 13 Md€ si tous les taux sont majorés[555].

Par ailleurs, la TVA est moins mobilisée en France que dans d'autres États européens [556] : « *La France se situe (…) au 24ème rang de l'UE à 27 en termes de poids de la TVA dans les prélèvements obligatoires et au 19ème rang en termes de part dans le PIB. Cette situation tient notamment à l'adoption, en France, d'un taux normal de TVA parmi les plus faibles de l'UE (20 %, soit le 4ème taux normal le plus faible), ainsi qu'à des taux réduits avec une assiette plus large aboutissant à un taux effectif de TVA de l'ordre de 9,7 % en 2019* ».

---

[551] Une petite fraction servira à compenser certaines exonérations ciblées (déduction forfaitaire des particuliers employeurs et déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires).

[552] Lorsque cela concerne d'autres branches que la maladie, la répercussion se fait par la modification des clés d'affectation de taxe sur les salaires.

[553] Voir en annexe les clés de répartition de la TVA.

[554] On ne finance plus par le travail mais par la consommation sans considérer la provenance du bien ou service produit.

[555] https://www.fipeco.fr/fiche/La-taxe-sur-la-valeur-ajout%C3%A9e#:~:text=Une%20hausse%20de%201%20point,tous%20les%20taux%20sont%20major%C3%A9s.

[556] Si le cadre juridique de la TVA est harmonisé au niveau européen, chaque État membre dispose de marges de manœuvre pour déterminer des taux réduits, le calcul des droits à déduction, la collecte de l'impôt ou encore les obligations déclaratives.

En outre, les taux réduits de TVA offrent des marges non négligeables : le Conseil des Prélèvements obligatoires a estimé en 2023 que les mesures dérogeant au taux normal de TVA représentaient un manque à gagner d'au moins 47 Md€, soit l'équivalent de 24 % du rendement de la taxe en 2021. Les dix premières représentaient plus de 82 % du montant total des mesures dérogatoires de TVA.

En termes de logique de financement, la TVA est déjà pour partie affectée à la protection sociale : poursuivre ce mouvement permet d'amplifier l'affectation d'une ressource fiscale, acquittée par l'ensemble de la population, aux branches de la sécurité sociale qui servent des prestations « universelles »[557].

À l'opposé de ces arguments favorables, plusieurs limites sont généralement soulevées, que l'on peut schématiser comme suit :

En termes économiques, une augmentation de la TVA peut entraîner une boucle inflationniste : la hausse du taux de la taxe augmente les prix à la consommation ; la hausse des prix à la consommation se traduit par une augmentation des salaires, sous l'effet des mécanismes d'indexation et, le cas échéant, des négociations salariales, notamment si les entreprises veulent éviter un tassement des rémunérations à proximité du Smic. Les coûts de production s'en trouvent augmentés, ce qui se traduit dans les prix de vente et finalement dans les prix à la consommation. Pour limiter ce risque, certains économistes suggèrent que l'augmentation des taux de TVA soit associée à des mécanismes de désindexation portant notamment sur les prestations sociales ou sur le Smic[558]. Ce choix de désindexation pose bien évidemment des questions de principe politiquement et socialement complexes, notamment si elles portent sur le salaire minimum et sur les plus bas revenus.

L'effet sur la croissance n'est pas totalement négligeable. Selon les évaluations de l'OFCE et de la Direction générale du Trésor, l'incidence attendue sur la croissance d'une hausse d'un point de PIB de la TVA est négative à long terme (-0,2 point pour l'OFCE, -0,7 point pour la DG Trésor), mais identique à l'impact d'une hausse de CSG équivalente ; ceci s'explique dans les deux cas par l'augmentation des prélèvements obligatoires induite par une augmentation sèche du prélèvement. En revanche, une hausse de TVA est nettement moins défavorable sur la croissance qu'une hausse de cotisations patronales. L'effet sur le solde des administrations publiques est positif (même s'il est moins favorable pour la DG Trésor) et identique à court et long terme à une hausse de la CSG.

[557] Voir, en ce sens, https://www.fipeco.fr/ : « *Les remboursements d'assurance maladie, les prestations familiales et celles de la branche autonomie relèvent de la solidarité et devraient être financés par des impôts : la CSG, la TVA et les taxes sur les produits nocifs à la santé* ».

[558] Voir dernièrement sur ce sujet Etienne Warsmer, https://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/deficit-un-traitement-de-choc-mais-preventif-pour-les-finances-publiques-2160976, avril 2025 ou Gilbert Cette, https://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/simplifier-la-carte-des-prelevements-sociaux-en-favorisant-la-competitivite-2161166, avril 2025.

Tableau 8 | Impact d'une hausse du taux de TVA

	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	– 0,1	– 0,4	– 1,2	– 0,2	– 0,1	– 0,2	– 1,1	– 0,2	1,0	0,8	0,4	0,7
DG Trésor	– 0,3	– 0,7	– 0,8	– 0,7	– 0,2	– 0,8	– 0,7	– 0,4	0,8	0,4	0,4	0,5

En termes financiers, les marges de manœuvre existant en matière de TVA en comparaison internationale sont le reflet de choix fiscaux différenciés : globalement, la part de la TVA dans les prélèvements obligatoires est moins importante dans les États membres de l'UE où l'imposition des revenus, qui contribue en général positivement à la progressivité d'un système fiscal, est plus forte, à l'instar de la Suède et du Danemark[559]. Tous impôts confondus, la France est le pays d'Europe où le taux de prélèvements obligatoires[560] est le plus élevé (avec un taux égal à 45,6 % du PIB en 2023, pour une moyenne de 40,6 % dans la zone euro – 40,3 % pour l'Allemagne).

En termes sociaux, le recours à la TVA est généralement considéré comme anti redistributif, puisque le poids de la consommation dans le revenu est plus important chez les personnes les plus défavorisées. Une simulation récente de l'impact d'une hausse de la TVA sur le niveau de vie et les inégalités[561] montre que trois ans après une hausse de trois points du taux normal de TVA, le niveau de vie[562] serait inférieur, en moyenne, de 0,6 % en termes réels à ce qu'il aurait été en l'absence de hausse (les effets anti-redistributifs de court terme étant en partie contrebalancés par des effets différés, liés notamment aux mécanismes d'indexation[563]), mais que les 10 % des personnes les plus modestes se distinguent du reste de la population par une perte relative de niveau de vie corrigé près de trois fois plus importante[564].

---

[559] Bianquis G., Salin I., 2022, *La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) comme outil de politique économique*.
[560] Au sens d'Eurostat.
[561] *Via* le modèle de microsimulation INES Mathias André et Anne-Lise Biotteau, Effets de moyen terme d'une hausse de TVA sur le niveau de vie et les inégalités : une approche par microsimulation.
[562] Corrigé de la TVA et des dépenses de loyer.
[563] Les effets différés de moyen terme compensent environ 55 % du choc initial subi par les ménages.
[564] Plusieurs mécanismes expliquent l'effet total négatif pour les 10 % les plus modestes. D'abord, la hausse des dépenses de loyer joue pleinement : par construction des déciles de niveau de vie corrigé, les plus modestes sont les personnes au revenu disponible faible, s'acquittant de montants de TVA importants et ayant des dépenses de loyer élevées en proportion. En outre, leur revenu primaire ne s'ajuste pas parfaitement car il est en partie composé d'allocations chômage (18 % du revenu primaire contre 3 % en moyenne pour l'ensemble de la population) et des pensions de retraite complémentaires des salariés du privé. Ces deux composantes ne sont pas intégralement indexées sur la hausse des prix. De même, tous les salariés appartenant à cette catégorie de la population ne sont pas nécessairement rémunérés au salaire minimum. De plus, même si les prestations correspondent à 100 % du revenu disponible corrigé, les règles de calcul du RSA et la PA intègrent les aides au logement et les prestations familiales. Ceci limite en partie les effets de l'indexation en raison de taux marginaux d'imposition élevés dans cette partie de la distribution des revenus.

Certains auteurs et notamment Gilbert Cette estiment toutefois que « *[l'] effet anti-redistributif est faible* », que cette « *antiredistributivité* » n'est que transitoire « *si l'on considère l'épargne comme de la consommation différée* », que « *le maniement différencié des divers taux de TVA peut atténuer sinon faire disparaître cette antiredistributivité transitoire* »[565].

Sous l'angle de la logique de financement, le recours à la TVA n'a pas les avantages de la CSG, ressource propre de la sécurité sociale, et due par les seuls bénéficiaires de la sécurité sociale française.

3. Accroître l'affectation de TVA à la sécurité sociale pour réduire les cotisations sociales ? Une hypothèse remise à l'ordre du jour, mais qui ne priorise pas la résorption du déficit

De la TVA est affectée à la sécurité sociale, comme cela vient d'être souligné. Il y a donc déjà une « TVA sociale ». Pour autant, cette « TVA sociale » ne répond pas pleinement aux critères généralement associés à la création de « la TVA sociale »[566] dont le principe est de coupler une hausse de la taxe (affectée à la sécurité sociale) à une baisse des prélèvements sociaux. Dans le schéma « classique » de TVA sociale, la baisse des prélèvements porte sur les cotisations patronales (et éventuellement sur celles des travailleurs indépendants, même si ce point n'est généralement pas développé) ; dans un schéma moins habituel, la baisse

---

[565] Gilbert Cette, https://www.telos-eu.com/fr/economie/le-bon-moment-pour-une-devaluation-fiscale.html.

[566] Ce point peut au demeurant être discuté : certes, la TVA affectée à la sécurité sociale n'a pas été associée directement à des hausses de taux de TVA, mais les apports de TVA ont, de fait, accompagné le mouvement de réduction des cotisations sociales et, de manière indirecte, des hausses de TVA les ont permis : « *Les allègements successifs (allègements dits Balladur en 1993, Juppé en 1995, Aubry en 1998-2000, Fillon en 2003) ont été complétés par le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en 2013 et par le pacte de responsabilité et de solidarité en 2015. Par deux fois, la baisse des cotisations patronales a été financée par un rehaussement du taux de TVA : en 1995, le taux normal est passé de 18,6 % à 20,6 % tandis qu'en 2014, le taux normal, qui avait entre-temps été ramené à 19,6 %, a été augmenté à 20 % et le taux réduit, alors à 7 %, est passé à 10 %* ». Bianquis G., Salin I., 2022, *op. cit.*
Développée, notamment par le CNPF dans les années 1980, elle a donné lieu à de nombreux rapports, par exemple, en 1998, le rapport Malinvaud *Les cotisations sociales à la charge des employeurs : analyse économique*, en 2007 le rapport du secrétariat d'état chargé de la prospective et de l'évaluation des politiques consacré à *La TVA sociale* ou le rapport du Sénat sur *la TVA sociale comme mode alternatif de financement de la sécurité sociale destiné à renforcer la compétitivité des entreprises françaises et l'emploi*. Elle a donné lieu à des propositions de loi, comme en 2005 une proposition de loi prévoyant l'instauration d'une TVA sociale afin de financer la sécurité sociale et la politique familiale et alléger les cotisations patronales. Son instauration a été votée dans la loi de finances rectificative pour 2012 du 14 mars 2012, comme l'un des éléments de refonte du financement de la protection sociale. La loi prévoyait la suppression des cotisations sociales patronales destinées à la branche famille pour les salaires allant jusqu'à 2,1 Smic et leur dégressivité jusqu'à 2,6 Smic, une augmentation du taux normal de TVA de 1,6 point, en compensation de cette baisse de cotisation (et une majoration du taux de la CSG sur les revenus du capital, toujours en compensation). Cette loi n'a pas été appliquée.

des prélèvements porte sur les cotisations salariales : c'est notamment l'option récemment promue par Antoine Foucher, dans son ouvrage *Sortir du travail qui ne paie plus*.

Outre les arguments favorables au recours à la TVA évoqués ci-dessus, les partisans de la substitution de la TVA aux cotisations patronales insistent sur le fait que la mesure permet, plus qu'une simple hausse de la taxe, d'améliorer la capacité exportatrice des entreprises[567] : à la suite de la baisse des cotisations patronales, – et contrairement à ce qui se passe dans le cadre d'une simple hausse du prélèvement– , les entreprises exportatrices bénéficient d'une baisse des coûts de production qu'elles peuvent répercuter dans leurs prix - qui peuvent donc baisser sur les marchés étrangers[568]. Le prix des produits fabriqués et consommés en France est, quant à lui, supposé varier faiblement, la baisse des cotisations étant compensée par la hausse de la TVA. « *La TVA sociale est ainsi économiquement équivalente à une dévaluation et peut permettre de rééquilibrer les échanges commerciaux tout en accroissant l'emploi et la production* »[569]. Cela suppose néanmoins que la hausse des prix ne se répercute pas intégralement dans les salaires, que les États étrangers ne réagissent pas à cette dévaluation, que les exportations soient aujourd'hui limitées du fait d'un problème de compétitivité prix. Ces derniers points font débat (voir encadré ci-dessous).

Encadré 8 | L'impact d'une baisse des coûts de production sur les exportations[570]

Si les exportations sont peu élastiques au prix, le gain est sans effet sur leur volume, avec peu d'effets d'entraînement. Or, des analyses économiques montrent que « *l'élasticité-prix des exportations est d'autant plus faible que les pays partenaires commerciaux ont des PIB par habitant proches ou que leurs flux commerciaux concernent des secteurs industriels comparables* ». C'est le cas de la France qui « *commerce essentiellement avec des pays de niveau de développement similaire : en 2021, ses exportations sont destinées à l'Union européenne à hauteur de 54 % et aux États-Unis à hauteur de 7 %* ».

La réaction des partenaires commerciaux peut fortement influer sur les effets de la TVA sociale : « *le différentiel favorable de compétitivité peut être amoindri si les exportateurs étrangers réduisent leurs marges pour maintenir des prix TTC de vente stables* ». Dans le contexte actuel, une réaction des pays en dehors de la zone Euro et notamment des États-Unis, pourrait être d'augmenter les droits de douane.

En outre, l'une des difficultés des exportations est à rechercher dans la compétitivité hors prix : la TVA sociale n'apporte rien sur ce point. « *Augmenter la TVA afin de baisser les prélèvements pesant*

[567] Dans le même sens, la mise en place en place d'une taxe sur les « petits colis » importés pourrait être envisagée. 800 millions de colis d'une valeur inférieure à 150 € sont expédiés chaque année de la Chine vers la France. Or, jusqu'à présent, seuls les colis dont le prix dépasse ce montant font l'objet d'une taxe douanière.

[568] Inversement, la hausse de la TVA accroît le prix des importations dès lors que les coûts de production étrangers restent inchangés et que les entreprises importatrices n'ajustent pas leurs marges.

[569] https://www.fipeco.fr/.

[570] Bianquis G., Salin I., 2022, *La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) comme outil de politique économique*. Ce rapport n'engage par le CPO.

sur le travail n'apparaît pas opportun dans le contexte actuel français, la France souffrant davantage de difficultés de compétitivité hors coût » [571].

Sur ce dernier point, le Conseil National de la Productivité est plus nuancé : « *La relative amélioration de la compétitivité de la France dans le secteur manufacturier pourrait s'expliquer en partie par la baisse des coûts salariaux, essentiellement par rapport à l'Allemagne. Pourtant, la compétitivité de la France, pénalisée par la baisse de la productivité, reste fragile à bien des égards. Premièrement, malgré les réformes, les coûts salariaux en France demeurent plus élevés que la moyenne européenne (par rapport à l'Italie et l'Espagne en particulier, la comparaison avec l'Allemagne étant devenue plus favorable). Deuxièmement, la hausse plus marquée des coûts salariaux dans les services aux entreprises et dans le transport de marchandises suggère que les récentes améliorations observées dans le secteur manufacturier pourraient s'inverser à terme. Cela pose donc la question des choix stratégiques en matière de politique économique dans le futur : soit la France fait le choix d'investir substantiellement dans des technologies innovantes afin de dégager de nouvelles marges de gains de productivité (avec un risque de ralentissement de la croissance de l'emploi), soit, à tendances technologiques constantes par rapport à la situation actuelle, elle devra faire le choix de continuer à contenir les coûts salariaux dans les secteurs à plus faible valeur ajoutée qui sont très sensibles à la compétitivité prix* »[572].

Dans l'hypothèse d'une substitution de TVA aux cotisations salariales, l'enjeu est de favoriser directement les revenus du travail, tout en limitant le coin social, et que « *100 % des gains bénéficient aux travailleurs, quels que soient leurs revenus* »[573]. La baisse des cotisations salariales augmente le revenu salarial net et son financement pèse sur l'ensemble des consommateurs.

Que la substitution porte sur les cotisations salariales ou patronales, les impacts sur le PIB sont plus favorables que ceux attachés à une hausse sèche de la TVA, en l'absence de hausse de prélèvement obligatoire. Selon le modèle de l'OFCE, l'effet de long terme est légèrement négatif, car sans impact sur la croissance potentielle (–0,1 point de PIB). Dans les modèles de la DGTrésor, la mesure a en revanche un impact de long terme plus favorable, le modèle

[571] Bianquis G., Salin I., 2022, *op. cit.*, « *le différentiel défavorable de compétitivité-prix qui a longtemps existé entre la France et ses partenaires commerciaux, notamment l'Allemagne, s'est résorbé du fait des politiques de baisse du coût du travail déjà menées (cf. supra). Après une décennie (2000–2010) de dégradation de la compétitivité-prix de la France par rapport à l'Allemagne, du fait de la politique de modération salariale menée outre-Rhin, le mouvement s'est inversé. Les calculs de Berthou et Gaulier (2021) montrent que la baisse cumulée du coût unitaire du travail (CUT) relatif entre la France et l'Allemagne a été de 12 % entre 2008 et 2020, si bien que la situation relative entre les deux pays est revenue à son niveau de 2000* ».

[572] Synthèse du 5e rapport du CNP, *Un monde en mutation – Productivité, compétitivité et transition numérique*.

[573] Le livre d'Antoine Foucher *Sortir du travail qui ne paie plus* propose ainsi « *pour que la grande majorité des travailleurs voient leur pouvoir d'achat augmenter à nouveau de 2 % par an, au moins pendant cinq ans, il faut un* big bang *populaire en faveur du travail de 100 milliards d'euros* ». Le livre suggère une baisse des cotisations salariales de 100 Md€ compensée par : une hausse de TVA de 50 Md€, une hausse de la fiscalité sur les revenus de patrimoine de 10 Md€, Une hausse de la taxation sur les successions de 15 Md€ ; Une hausse de la contribution sur les retraites de 15 Md€, Un effet retour de la baisse des cotisations sur l'impôt sur le revenu de 10 Md€.

considérant qu'une baisse du coin social améliore le chômage de long terme (+ 1 point à long terme).

Tableau 9 | Impact d'une hausse de TVA et d'une baisse des cotisations

		PIB en %			
		1 an	2 ans	5 ans	Long terme
Hausse de TVA	OFCE	– 0,1	– 0,4	– 1,2	– 0,2
	DG Trésor	– 0,3	– 0,7	– 0,8	– 0,7
Hausse de TVA et baisse de cotisations employeurs	OFCE	– 0,1	– 0,2	– 0,2	– 0,1
	DG Trésor	– 0,1	– 0,1	0,2	1,0
Hausse de TVA et baisse de salariales	OFCE	0,0	– 0,1	– 0,4	– 0,1
	DG Trésor	0,1	0,1	0,0	1,0
		Emploi en %			
		1 an	2 ans	5 ans	Long terme
Hausse de TVA	OFCE	– 0,1	– 0,2	– 1,1	– 0,2
	DG Trésor	– 0,2	– 0,8	– 0,7	– 0,4
Hausse de TVA et baisse de cotisations employeurs	OFCE	0,0	– 0,1	– 0,2	0,0
	DG Trésor	0,3	0,6	1,3	1,9
Hausse de TVA et baisse de cotisations salariales	OFCE	0,0	– 0,1	– 0,3	-0,1
	DG Trésor	0,0	0,0	1,0	1,9
		Solde public primaire en pts de PIB			
		1 an	2 ans	5 ans	Long terme
Hausse de TVA	OFCE	1,0	0,8	0,4	0,7
	DG Trésor	0,8	0,4	0,4	0,5
Hausse de TVA et baisse de cotisations employeurs	OFCE	0,3	0,1	0,0	0,0
	DG Trésor	0,1	– 0,1	0,1	0,5
Hausse de TVA et baisse de cotisations salariales	OFCE	0,1	0,1	0,0	0,1
	DG Trésor	0,1	– 0,1	0,0	0,5

Surtout, une substitution pleine et entière n'apporte pas de rendement à court terme, contrairement à une hausse sèche de TVA, ce qui dans le contexte financier actuel ne répond pas à l'objectif du nécessaire rééquilibrage des finances sociales.

C'est pourquoi, si une substitution est souhaitée, des schémas intermédiaires pourraient être imaginés.

À titre d'exemple, une mesure d'accroissement de TVA de 0,6 point de PIB accompagnée d'une mesure de réduction des cotisations patronales de 0,4 point de PIB, conduirait à court terme à un redressement de 0,2 à 0,3 point de PIB des finances publiques, l'effet à long terme subsistant, après une atténuation entre 2 et 5 ans. L'effet sur la croissance resterait défavorable au moins jusqu'à 5 ans.

Tableau 10 I Impact d'une hausse de 0,6 point de PIB de TVA et d'une baisse des cotisations employeurs ou salariés de 0,4 point

Hausse de TVA et baisse de cotisations employeurs	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	– 0,1	– 0,2	– 0,3	– 0,1	0,0	– 0,1	– 0,3	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2
DG Trésor	– 0,1	– 0,2	– 0,1	0,3	0,1	0,1	0,4	0,7	0,2	0,0	0,1	0,3
Hausse de TVA et baisse de cotisations salariales	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	0,0	– 0,1	– 0,2	0,0	0,0	0,0	– 0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2
DG Trésor	– 0,1	– 0,2	– 0,2	0,2	0,0	– 0,1	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3

Sans le calibrer, Gilbert Cette propose le scénario suivant : « *La baisse des contributions sociales patronales peut absorber une partie des exonérations de charges sociales et contribuer ainsi à l'amélioration des finances publiques. Le besoin d'une telle amélioration est impératif et les exonérations de contributions sociales ont augmenté de façon considérable sur les dernières années, pour représenter environ 80 milliards d'euros (soit 2,5 % du PIB) en 2024. Cette contribution à l'amélioration des finances publiques atténuerait certes le choc d'offre porté par le transfert, mais la consolidation des finances publiques ne peut se concevoir sans risque d'effet défavorable sur l'équilibre macroéconomique à court et moyen terme, les effets favorables de l'amélioration des finances publiques se situant plutôt sur le long terme. Pour autant, cette possible atténuation du choc d'offre ne fait pas disparaitre ce dernier. Par ailleurs, la réduction des exonérations sociales patronales peut, sans augmentation du coût du travail des moins qualifiés, permettre de moins inciter à une spécialisation productive sur des activités recourant le plus fortement au travail peu qualifié, comme cela est proposé dans le récent rapport d'Antoine Bozio et Étienne Wasmer (2024)* ».

Au total, si un recours à la TVA semble être envisageable, il doit notamment prendre en compte les impacts redistributifs sur les différents agents. En toute hypothèse, le HCFiPS considère qu'il ne peut pas être mis en œuvre sans prioriser la contribution au rétablissement des comptes sociaux. De ce point de vue, si un recours à une TVA sociale était retenu, il pourrait être envisagé de phaser le dispositif en deux temps, en ne procédant à une éventuelle baisse des cotisations que sous réserve d'avoir franchi un palier significatif de réduction des déficits sociaux. Ces éléments plaident par conséquent pour ne pas faire de la TVA le seul point d'ancrage d'un éventuel volet recettes et suggèrent de réfléchir à des mesures portant sur d'autres assiettes.

C. La mise à contribution du patrimoine serait légitime

Dans une optique d'équité du prélèvement et de limitation des distorsions de taxation qui pourraient peser sur le travail, les possibilités d'accroître la taxation sur le capital doivent être également étudiées.

1. Quelle est la fiscalité actuelle sur les droits de mutation à titre gratuit ?

La taxation sur les droits de mutation à titre gratuit, incluant les droits sur les donations et sur les successions, est définie dans le code général des impôts[574]. Elle est exigible quand le donateur ou le défunt était résident fiscal ou lorsque les biens sont situés en France.

Tableau 11 I Lieu d'imposition aux droits de mutation selon les résidences fiscales respectives du défunt et du bénéficiaire

	Défunt résidant fiscalement en France	Défunt résidant fiscalement à l'étranger
Bénéficiaires résidant fiscalement en France	En France sur l'ensemble des biens hérités	En France sur l'ensemble des biens hérités, si le bénéficiaire a résidé fiscalement en France pendant six ans au cours des dix dernières années précédant le décès
Bénéficiaires résidant fiscalement à l'étranger	En France sur l'ensemble des biens hérités	En France sur les biens situés en France

Source : Cour des comptes « Les droits de succession » juin 2024.

Concernant les droits de succession, l'assiette correspond à la valeur totale des biens de la succession (actif brut) dont on retranche les dettes du défunt pour obtenir l'actif net. Les donations effectuées dans les quinze années précédant le décès sont réintégrées dans l'assiette taxable. L'actif net est réparti entre chaque héritier et des abattements sur l'assiette s'appliquent pour chacun, dépendant du lien de parenté avec la personne défunte. Ce barème s'applique aussi aux donations, ce qui signifie notamment qu'une partie de la transmission du patrimoine peut être exonérée pour chaque enfant lors du vivant par tranche de 100 000 € tous les quinze ans.

Tableau 12 I Abattement en fonction du lien de parenté

Lien de parenté Conjoint(e) ou partenaire de PACS	Abattement Exonération
Personne en situation de handicap ou d'invalidité	159 325 €
Enfant	100 000 €
Frère ou sœur	15 932 €
Neveu ou nièce	7 967 €
Autres cas	1 594 €

Source : articles 779 et 788 du code général des impôts.

[574] Articles 750 ter à 808.

Des règles spécifiques s'appliquent aux droits de succession ou donation sur le patrimoine professionnel. La loi n°2003-721 du 1er août 2003 pour l'initiative économique, dite loi Dutreil, a en particulier facilité la transmission du patrimoine professionnel, avec une fiscalité de la transmission allégée, y compris entre vifs. L'article 787 B du Code général des impôts énonce dans son premier alinéa que « *sont exonérées de droits de mutation à titre gratuit, à concurrence de 75 % de leur valeur, les parts ou les actions d'une société dont l'activité principale est industrielle, commerciale, (…) artisanale, agricole ou libérale transmises par décès, entre vifs ou, en pleine propriété, à un fonds de pérennité (…)* ».

Encadré 9 I La transmission de patrimoine professionnel dans le cadre du Pacte Dutreil

Selon le Bofip, le pacte Dutreil s'applique si 4 conditions cumulatives sont respectées :

- le donateur a détenu l'entreprise pendant au moins 2 ans. Aucun délai n'est exigé s'il a créé l'entreprise transmise ou s'il l'a lui-même acquise à titre gratuit ;
- chaque bénéficiaire de la donation s'engage à conserver l'entreprise et les biens qui y sont affectés pendant 4 ans ;
- l'un des bénéficiaires doit s'engager à poursuivre l'activité de l'entreprise pendant 3 ans à compter de la transmission ;
- l'activité principale de l'entreprise est commerciale, artisanale, industrielle, agricole ou libérale, à l'exclusion de toute activité de gestion de son propre patrimoine mobilier ou immobilier (ex : SCI).

Par ailleurs, si le donateur est âgé de moins de 70 ans au moment de la transmission, une réduction de 50 % s'applique sur le montant du droit de donation. Pour bénéficier de ce dispositif, la transmission doit respecter les mêmes conditions que celles énoncées pour le pacte Dutreil (nature de l'activité, durée de détention, poursuite de l'activité, etc.). Le dispositif de la transmission anticipée est cumulable avec les avantages du pacte Dutreil et les éventuels abattements liés au lien de parenté.

La transmission peut s'effectuer notamment au travers d'une holding familiale dès lors qu'elle participe activement à la conduite de la politique du groupe et au contrôle de leurs filiales exerçant une activité commerciale, industrielle, artisanale, agricole ou libérale et, le cas échéant et à titre purement interne, à la fourniture à ces filiales de services spécifiques, administratifs, juridiques, comptables, financiers et immobiliers.

Les transmissions de patrimoine professionnel peuvent inclure des éléments se situant à la marge des activités professionnelles, qu'il s'agisse de la trésorerie présente à la succession, ou la nature de certains biens immobiliers pouvant relever majoritairement d'activité résidentielle plutôt que professionnelle.

Le barème des droits de succession est progressif pour les héritiers en ligne directe (parents, enfants et petits-enfants).

Tableau 13 I Barème des droits de succession

Part taxable après abattement	Taux d'imposition marginal
Jusqu'à 8 072 €	5 %
De 8 073 € à 12 109 €	10 %
De 12 110 € à 15 932	15 %
De 15 933 € à 552 324 €	20 %
De 552 325 € à 902 838 €	30 %
De 902 839 € à 1 805 677 €	40 %
Plus de 1 805 677 €	45 %

Source : service-public.fr, article 777 CGI

Les taux sont plus élevés et la progressivité moindre dans un cas de transmission entre frère ou sœur (35 % en deçà de 24 430 € et 45 % au-delà), pour les autres parents jusqu'au 4e degré, il s'agit d'un taux unique de 55 % et le taux est de 60 % dans les autres cas.

2. Plusieurs niches ont été identifiées et évaluées par le Conseil d'analyse économique

Sur l'assurance vie

Le Conseil d'analyse économique[575] relève qu'« *il faut noter que l'assurance-vie dispose d'une taxation totalement séparée. En effet les assurances-vie sont soit totalement exonérées soit taxées avec un barème ad hoc et une plus grande exonération (qui se cumule à l'exonération sur les autres actifs). Le taux de taxation de ce barème ad hoc est plus faible à chaque niveau de la distribution que celui de la succession. Le barème de l'assurance-vie ne dépend pas de la ligne successorale* ». Le coût annuel pour les finances publiques est estimé aux alentours de 5 Md€.

Sur les donations en nue-propriété

« *La donation avec réserve d'usufruit est simple : il consiste à donner uniquement la "nue-propriété" d'un bien (mobilier ou immobilier), le donateur conservant l'usufruit du bien, c'est-à-dire le droit de l'utiliser et d'en tirer des revenus. L'avantage fiscal vient du fait que le montant des droits de mutation va être établi à partir de la valeur de la nue-propriété, qui est considérée comme plus faible que la valeur de la propriété entière, avec un barème qui dépend de l'âge de l'usufruitier* ». En reprenant les travaux du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), la note estime que 45 % des donations serait sous-évaluées de 40 % à ce titre. Le coût estimé par le CAE serait de l'ordre de 2 Md€.

[575] Dherbecourt C., Fack G., Landais C., Stantcheva S., 2021, Repenser l'héritage, *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 69, décembre, Conseil d'analyse économique.
Biernat C., Dherbecourt C., Fack G., Fize E., Grimprel N., Landais C., Stantcheva S., 2021, Repenser l'héritage : analyses supplémentaires, *Focus*, n° 077-2021, décembre, , Conseil d'analyse économique.

Le pacte Dutreil

Il accorde des exonérations partielles en cas de transmission d'entreprise ou de parts sociales en contrepartie d'un engagement collectif de conservation, avec une estimation du coût comprise entre 2 et 3 Md€.

Il convient de rappeler en outre que les plus-values latentes en cas de succession ou donation ne font pas l'objet de taxation.

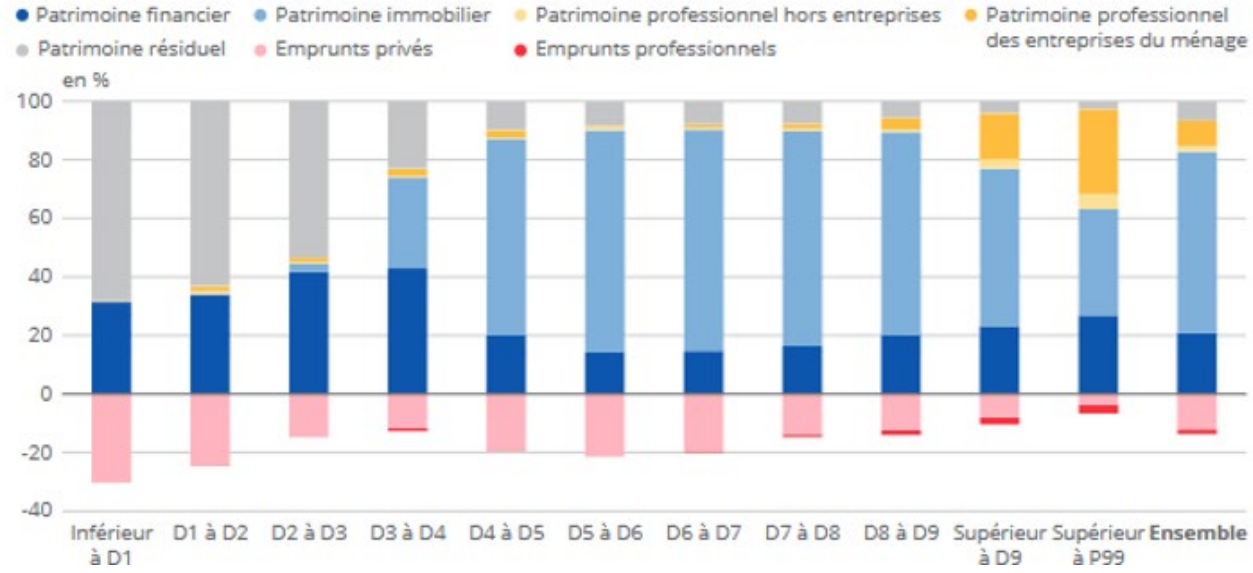
Le montant total des droits de mutation à titre gratuit s'élevait à 21 Md€ en 2024 dont 16 Md€[576] pour les droits de succession et 5 Md€ pour les droits de mutation entre vifs.

3. Quelles mesures possibles ?

a. *Accroître les droits de succession ?*

Il pourrait être envisagé d'accroître les droits de succession dans un contexte où le patrimoine a tendance à se concentrer. La publication de l'Insee » Les revenus et le patrimoine des ménages Édition 2024 » indique que « *la répartition du patrimoine est plus inégalitaire que celle du niveau de vie. En vingt ans, les inégalités de patrimoine se sont accrues. La hausse des prix de l'immobilier, en particulier au début des années 2000, a en effet creusé l'écart entre les ménages détenteurs de patrimoine immobilier et les autres* ».

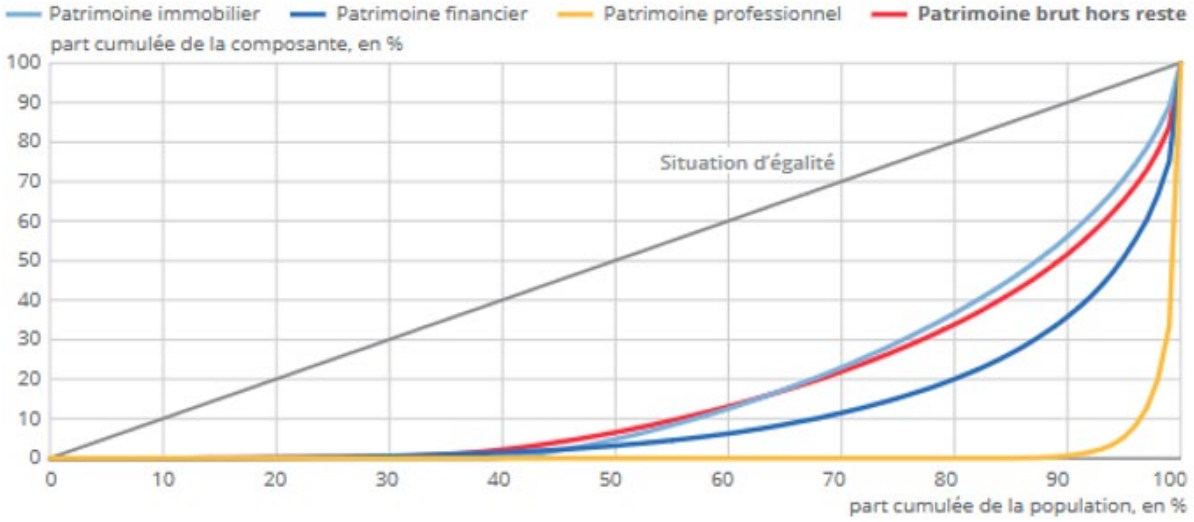
Graphique 11 I Composition du patrimoine brut par dixième, début 2021



Note : les déciles sont calculés à partir du patrimoine brut.
Lecture : début 2021, le patrimoine détenu par les 10 % des ménages dotés en patrimoine brut (supérieur au 9e décile – D9) est composé à 23 % d'actifs financiers.
Champ : France hors Mayotte, ménages vivant en logement ordinaire.
Source : Insee, enquête Histoire de vie et patrimoine 2020-2021.

[576] https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/8574705/t_3217.xlsx en progression de 35 % depuis 2019. La hausse s'explique par celle des décès mais également par la hausse de la valeur des actifs transmis.

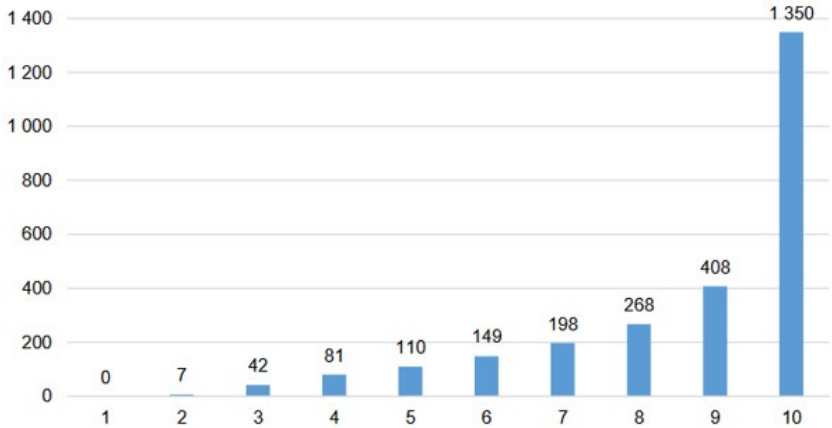
Graphique 12 I Concentration des différentes composantes de patrimoine et du patrimoine brut hors reste, début 2021



Note : les ménages sont classés par ordre croissant de patrimoine (brut hors reste ou d'une composante donnée selon les courbes), puis on détermine la part cumulée de patrimoine pour la part de population associée.
Lecture : début 2021, 90 % de la population détient 1 % du patrimoine professionnel total, 36 % du patrimoine financier total et 56 % du patrimoine immobilier total.
Champ : France hors Mayotte, ménages vivant en logement ordinaire.
Source : Insee, enquête Histoire de vie et patrimoine 2020-2021.

Cela conduit à une distribution du patrimoine successoral estimée par la DG Trésor présentant également une très forte concentration[577].

Graphique 13 I Patrimoine moyen par décile des individus décédés en 2018 (k€)



Note : le patrimoine des personnes décédées en 2018, situées dans le dernier décile de patrimoine s'élève à 1,35 M€. Le patrimoine des perso,,es décédées en 2018 situées dans le premier décile est nul.
Source : Insee, enquête patrimoine 2014-2015, calcul des auteurs.

[577] Veillon P.-A., 2021, *Modèles de microsimulation des impôts liés au patrimoine des ménages*, Documents de travail DGTrésor, décembre.

Sur cette base, le rapport Vachey a proposé la création d'« *un prélèvement social, à taux très faible, assis sur les transmissions de capital à titre gratuit (successions et donations) [qui] pourrait s'appliquer selon les mêmes modalités et sur la même assiette que les DMTG existants, ce qui permet[trait] de garantir une cohérence avec le système fiscal actuel, de préserver les faibles successions ou donations et de rendre la mesure facilement réalisable sur le plan opérationnel. Ce prélèvement pourrait être de 0,8 % ou de 1,0 %* […] ». Il proposait également « *de rendre plus progressif le barème des DMTG, [en créant] une nouvelle tranche de 25 % pour des transmissions dont la part taxable se situe entre 284 128 € et 552 324 € (à mi-chemin des actuelles tranches à 20 % et 30 %)* ».

Le rendement d'un prélèvement supplémentaire de 1 % sur les flux patrimoniaux successoraux pourrait représenter un montant de l'ordre de 1 Md€.

Certains membres du HCFiPS soulignent la nécessité de conserver sur cette question une logique familiale, en conservant une taxation différenciée selon le lien familial, et en privilégiant les liens parents/enfants.

b. Mieux définir le patrimoine professionnel dans le cadre du Pacte Dutreil ?

Parmi les recommandations du CAE afin d'« *opérer une refonte de l'assiette des droits de succession, pour éliminer ou réformer les principales "niches" (assurance-vie, régime des démembrements de propriété et exemptions Dutreil à 75 %)* », pourrait être mise en œuvre une mesure permettant de mieux définir le patrimoine professionnel au sein du pacte Dutreil afin de limiter les possibilités d'abus éventuels, notamment pour ce qui relève du patrimoine immobilier partiellement professionnel et des trésoreries excédentaires pouvant relever d'un caractère non professionnel, avec la difficulté de pouvoir définir clairement l'excès[578]. Nous ne disposons pas de chiffrage de cette mesure.

c. Revoir la règle de l'effacement total des plus-values au moment du décès ?

Un autre scénario pourrait être de revoir la règle de l'effacement total des plus-values au moment du décès. Les plus-values latentes sur les actifs entrant dans la succession ne font pas l'objet d'imposition au titre des revenus, étant effacées. Elles entrent dans l'actif imposé au titre des droits de mutation à titre gratuit, avec les abattements et barèmes applicables à ces droits, qui peuvent être plus favorables que ceux relatifs aux plus-values.

La France ne constitue pas un cas isolé parmi les autres pays. L'OCDE dans son rapport sur l'impôt sur les successions dans les pays de l'OCDE montre que l'exonération des plus-values latentes au moment du décès est pratiquée dans plusieurs autres pays (Espagne, Portugal,

[578] Il est à noter que la limitation des dispositifs dérogatoires serait de nature à apporter un surcroît important de recettes fiscales. La proposition du CAE de réduire les exemptions Dutreil de 75 à 50 % (le taux qui prévalait au début des années 2000), et d'éliminer du dispositif de réduction additionnelle des droits de 50 % en cas de donation avant 70 ans rapporterait au moins 1,5 milliard d'euros.
Cette mesure rejoint l'étude de l'Institut des politiques publiques concernant le caractère dégressif de l'imposition pour les très hauts revenus du fait de la non prise en compte des revenus non distribués – ces revenus étant très largement bénéficiaires du pacte Dutreil. Quels impôts les milliardaires paient-ils ?, IPP, juin 2023, L. Bach, A. Bozio, A. Guillouzouic, C. Malgouyres.

Royaume-Uni par exemple), tandis que parmi les pays imposant les successions la charge fiscale au titre des plus-values latentes est transférée aux héritiers.

Tableau 14 I Traitement des plus-values latentes au moment du décès

	Pays appliquant le traitement à la plupart des actifs	
	Pays imposant les successions et donations	Pays n'imposant pas les successions et donations
Les plus-values latentes sont taxées à la date du décès	Danemark, Hongrie	Canada
La charge fiscale au titre des plus-values latentes est transférée aux héritiers avec report d'imposition	Allemagne, Danemark, Finlande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Suisse	Australie, Autriche, Estonie, Israël, Mexique, Norvège, Suède
Les plus-values latentes sont exonérées d'impôt au moment du décès et transmises après application d'une majoration par rapport à la valeur d'acquisition	Chili[1], Corée, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Lituanie, Portugal, Slovaquie, Royaume-Uni	Lettonie[2]

[1] Considéré comme un événement non imposable, non comme une exonération.
[2] Impose les donations dans le cadre de l'IRPP et ne prélève pas d'impôt distinct sur les donations et succession.
Note : certains pays apparaissent plusieurs fois dans le tableau parce que le traitement fiscal qu'ils appliquent diffère selon les actifs. Il manque des données concernant la Pologne et la République slovaque. Le tableau ne tient pas compte des exonérations ordinaires prévues pour certaines catégories d'actifs, pour les plus-values faibles ou au titre de la durée de détention. Il n'est pas prévu d'impôt sur les plus-values en Belgique, en Grèce et aux Pays-Bas (pays prélevant un impôt sur les successions), ni en République tchèque et en Nouvelle-Zélande (pays ne prélevant pas d'impôt sur les successions). La Suisse ne prélève pas d'impôt sur les plus-values sur les actifs meubles appartenant au patrimoine privé, sauf lorsque les individus sont considérés comme des commerçants.
Source : Questionnaire de l'OCDE sur les impôts sur les successions et les donations (2020).

Encadré 10 I Trois manières de traiter les plus-values latentes selon les pays

Le rapport de l'OCDE définit trois manières de traiter les plus-values latentes selon les pays :

- la transmission entraîne la réalisation des plus-values et leur imposition ;
- l'obligation fiscale liée à la plus-value est mise à la charge du bénéficiaire lorsque la cession par celui-ci est effectuée ;
- la valeur des actifs est majorée, la plus-value est exonérée d'impôts sur le revenu.

	La transmission entraîne la réalisation des plus-values	Plus-values en report d'imposition	Régime de la majoration
Définition	Lors de la transmission, une plus-value est réalisée et les actifs non exonérés sont imposés	L'obligation fiscale est mise à la charge du bénéficiaire ; la valeur gagnée par l'actif depuis son acquisition par le donateur est imposée au moment de la cession de l'actif par le bénéficiaire	La valeur des actifs est majorée et portée au niveau de leur valeur de marché, si bien que la valeur gagnée par l'actif depuis son acquisition par le donateur est exonérée
Avantages	• Garantit que les plus-values sont imposées • Élimine l'intérêt qu'il peut y avoir à conserver les actifs jusqu'au décès ou à différer la réalisation des plus-values	• Garantit que les plus-values sont imposées • Le contribuable dispose des fonds nécessaires au moment où l'impôt est dû	• Empêche les problèmes de liquidité
Inconvénients	• Entraîne des problèmes de liquidité • La charge fiscale peut être élevée (impôt sur les plus-values + impôt sur les transmissions de patrimoine)	• Les héritiers peuvent différer indéfiniment la réalisation des plus-values • Contraintes comptables	• Possibilités d'optimisation • Effets de verrouillage • Effets négatifs sur la distribution des revenus

Le rapport de l'OCDE estime que « *la solution la plus équitable et la plus efficace pourrait être de remplacer [le dispositif actuellement en vigueur] par l'imposition des plus-values latentes au moment du décès, en particulier quand des facilités de paiement, par exemple un report du paiement, peuvent être accordées en cas de nécessité avérée.* (…) *Taxer les plus-values à la date du décès du donateur garantit l'imposition des gains accumulés de son vivant, ce qui empêche les contribuables de reporter indéfiniment l'imposition des plus-values voire de conserver les actifs jusqu'à leur mort. Toutefois, les bénéficiaires peuvent se trouver confrontés à des problèmes de liquidité susceptibles de les contraindre à vendre les actifs pour acquitter l'impôt sur les plus-values. De plus, taxer à la fois les plus-values et les successions au décès risque d'aboutir à une charge fiscale élevée. En somme, la solution à certaines des difficultés posées par les modalités actuelles de taxation des plus-values latentes pourrait consister à taxer les plus-values et les successions au moment du décès à un taux raisonnable tout en offrant des possibilités de report de paiement quand le paiement de l'impôt risque d'entraîner des difficultés financières* ».

La réalisation des plus-values au moment du décès pourrait être également de nature à rendre plus équitable la taxation des très hauts revenus, pour qui une grande partie des bénéfices non redistribués échappe à l'impôt *via* l'effacement des plus-values. Pour la sécurité sociale, cette mesure représenterait un gain, les plus-values constituant un revenu soumis à CSG, tandis que les droits de mutation ne relèvent pas actuellement de son champ.

d. Mettre en place une taxe temporaire sur l'assurance vie ?

L'assurance vie représente 2 000 Md€ d'encours[579]. Taxer à titre exceptionnel (pour une durée de 5 ans) ce stock à hauteur de 0,2 %, alors que le taux d'épargne est particulièrement élevé en France, rapporterait 4 Md€.

4. Affecter de la fiscalité sur les droits de mutation à la sécurité sociale ?

Comme on vient de le souligner, des marges de manœuvre existent en matière de prélèvement sur les successions, et sont de nature à limiter l'accroissement de disparités sociales, aujourd'hui largement critiquées par ceux qui considèrent que la France devient un pays d'héritiers.

L'affection de cette nouvelle fiscalité pourrait au moins pour partie être destinée à la sécurité sociale et notamment à la branche autonomie. Ainsi que le soulignait le rapport Vachey :

- « *un prélèvement sur cette assiette permettrait de poursuivre l'universalisation du financement de la sécurité sociale, alors que les successions ne font l'objet actuellement d'aucun prélèvement affecté à la sécurité sociale (pas de CSG-CRDS) ;*
- *il pourrait conduire à affecter à la nouvelle branche un financement dynamique, qui tient compte du vieillissement de la population et qui paraît cohérent avec l'objet même des dépenses à financer. En cela, il s'agirait de réaliser une forme de redistribution intra-générationnelle pour le financement de la dépendance, d'autant plus pertinent que l'âge moyen à l'héritage a beaucoup progressé, de 40 ans en 1960 à 50 ans aujourd'hui donc à un moment où les charges liées à l'éducation des enfants ou la constitution d'un patrimoine immobilier diminuent ;*
- *ce prélèvement n'alourdirait pas la fiscalité des successions les plus faibles dans la mesure où le prélèvement ne remettrait pas en cause les abattements et exonérations applicables en matière fiscale qui préservent les successions d'un moindre montant ;*
- *enfin, le contexte invite à identifier des sources de financement ne pesant pas sur le coût du travail ou les facteurs de production afin d'éviter notamment de freiner la reprise d'activité des entreprises* »[580].

Le rapport sur la concertation « Grand âge et autonomie » indiquait précédemment « *un fort intérêt pour une augmentation des droits sur les donations et sur les successions d'un montant important* ». Il précisait que « *si une telle réforme devait intervenir, son produit devrait être affecté par priorité au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées* ».

Il est à noter qu'un projet de contribution supplémentaire portant sur les successions a été déjà débattu lors des discussions relatives au projet de loi dette sociale et autonomie en

[579] Elle est soumise à la CSG, selon la nature du contrat, soit au fil de l'eau (contrats en euros), soit lors du retrait partiel ou total des fonds (contrats en unité de compte).
[580] https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/276269.pdf.

2020, puis en PLFSS 2021 avec une taxation de 1 % sur tous les actifs successoraux, soit dès le 1er euro, soit à partir de 150 000 €, dans une logique de financement universel.

Le HCFiPS souhaite souligner l'intérêt d'une mobilisation de la fiscalité sur les successions au profit de la perte d'autonomie, que cette fiscalité repose sur une assiette large (via notamment une augmentation des taux) ou sur la réduction de niches (recentrage du pacte Dutreil sur le patrimoine strictement professionnel, taxation des plus-values latentes au titre de la CSG)[581].

D. Les taxes comportementales devraient être accrues ou renouvelées

La question des taxes comportementales a fait l'objet de larges développements notamment dans le dernier rapport du HCFiPS. Il avait notamment été souligné que la dynamique de ces taxes n'est normalement pas compatible avec un objectif d'équilibrage durable des soldes, le rendement de ces taxes étant décroissant si les modifications de comportements attendues sont au rendez-vous. L'objectif est en effet d'adresser un signal prix aux consommateurs pour que, s'agissant de produits néfastes pour la santé, ils réduisent leur consommation (l'enjeu majeur est comportemental et non financier). Néanmoins, dans le cadre d'un plan de redressement, un rendement de court terme peut être attendu.

Encadré 11 I Un signal prix globalement efficace pour modifier les comportements.

Un document de travail de France Stratégie relève que les études «*font le plus souvent preuve de beaucoup d'innovation dans les modèles théoriques développés et les stratégies d'identification utilisées. L'effet de la taxation sur l'amélioration de la santé des consommateurs n'est pas direct. Il transite par sa capacité à induire une hausse effective des prix, puis, à provoquer une baisse significative de la consommation, malgré l'existence de produits de substitution et de sources d'approvisionnements parallèles. En tout état de cause, ces études révèlent que la taxation du tabac et de l'alcool constituent des moyens efficaces pour faire baisser la consommation de ces deux produits dans la population. Pour les boissons sucrées et les produits gras, les études sont moins nombreuses et l'effet semble plus limité* ».

Le présent rapport se concentrera sur trois sujets : les prélèvements sur les alcools, sujet déjà évoqué dans le rapport précédent du HCFiPS, la contribution sur les prémix et la taxation de l'usage des écrans pour limiter les effets d'addiction, proposition nouvelle. Il n'abordera notamment pas la taxation sur le tabac qui a fait l'objet d'augmentations très régulières et dont le rendement des droits de consommation s'élève à 13 Md€ en 2024. Il n'abordera par non plus la mesure évoquée par le HCFiPS dans de précédents rapports, relative à la taxation des boissons sucrées, qui a été votée en LFSS 2025[582] . La fiscalité sur

[581] Voir, dans le même sens, Rapport Pires-Beaune Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissements, encadrer leur reste à charge, 2023 : « *Trois autres leviers permettraient de faire reposer le financement de la dépendance sur une logique de solidarité plus universelle tenant compte de l'ensemble des facultés contributrices : ▪ l'extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA ; ▪ la création d'une tranche de CSG à taux majoré ; ▪ la poursuite de l'universalisation du financement, par l'instauration d'un prélèvement sur les transmissions du patrimoine ou par la modification de l'assiette des droits de mutation à titre gratuit* ».

[582] Simplification du barème en trois tranches et augmentation générale de la fiscalité.

les jeux vient d'être augmentée dans le cadre de ce même texte[583], mais des marges d'évolution demeurent sans doute possibles. Un travail sur des taxes environnementales (sous la forme d'un recours contre tiers) a été évoqué mais n'a pu être instruit.

Le Haut Conseil souligne par ailleurs que ces taxes ne dispensent pas d'une politique plus générale de prévention sur ces sujets.

1. Augmenter le prélèvement sur les alcools ?

Contrairement aux droits de consommation sur le tabac, les taxes portant sur l'alcool et notamment celles sur le vin et les bières inférieures à 8,6° n'ont pas été augmentées sur la période récente. En proportion, le poids de la fiscalité sur les alcools dans le prix a même diminué (voir graphique ci-dessous). Il est à noter que la France occupe un rang élevé dans les pays de l'OCDE dans le classement de la consommation annuelle moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus (10e rang).

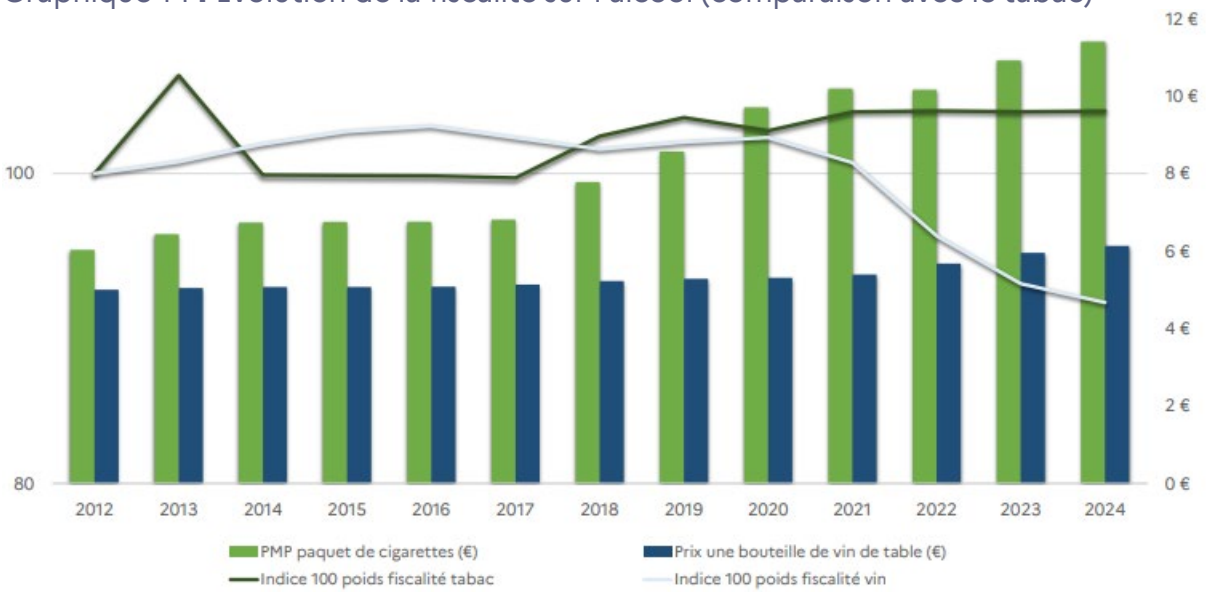
[583] Pour lutter contre les phénomènes d'addiction aux jeux d'argent et de hasard, l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale renforce la fiscalité sur les gains :

- le taux de la contribution sociale passe de 6,2 % à 7,2 % pour les jeux de loterie,
- le taux de prélèvement sur les gains des paris sportifs passe de 6,6 % à 7,6 % et de 10,6 %, et se monte à 15 % pour les paris sportifs en ligne,
- le taux de prélèvement sur les gains des jeux de cercle en ligne (poker en ligne, par exemple) passe de 0,2 % à 10%.

L'article 32 augmente le prélèvement sur les jeux de hasard et d'argent (jeux de loterie, jeux de grattage, paris sportifs et paris hippiques) sur les mises engagées par les joueurs. Le taux passe de 11,2 % à 11,9 %. De même, les opérateurs de jeux de hasard et d'argent doivent payer une contribution annuelle de 15 % sur leurs frais de publicité et de promotion

Selon le Sénat (qui a introduit ces dispositions), « à *comportements inchangés, le montant de l'accise serait accru d'environ 0,7 milliard d'euros en 2025. Toutefois cet article additionnel n'a pas pour objet d'augmenter les recettes, mais bien d'infléchir les comportements. Après prise en compte de la moindre consommation de cigarettes, le rendement serait d'environ 0,2 milliard d'euros* », Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 : Examen des articles - Sénat.

Graphique 14 **I** Évolution de la fiscalité sur l'alcool (comparaison avec le tabac)



Source : DSS.

Ce constat est repris dans le rapport d'information du Sénat de 2024 « La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ? » qui déplore « l'absence de réelle politique de lutte contre la consommation nocive d'alcool ». La taxation en France est en effet à un niveau si faible pour les vins et les bières qu'elle ne peut être considérée en aucun cas comme une taxation pouvant influencer les comportements. Le rapport d'information du Sénat propose par ailleurs de mener une réflexion sur la mise en place d'un prix minimum.

Or, le signal prix que peut générer la taxation a une incidence certaine sur les comportements. Les élasticités relatives à la taxation de l'alcool vont de – 0,5 à – 0,8, c'est-à-dire qu'une hausse de 10 % du prix conduit à une baisse de la consommation comprise entre 5 % et 8 %. Les études montrent néanmoins que la taxation a peu d'impact pour les personnes alcooliques, les gros buveurs étant moins sensibles au prix de l'alcool que les autres. En revanche, les effets positifs sur la baisse des comportements de consommation excessive épisodique (« *binge drinking* ») sont démontrés par plusieurs études, notamment s'agissant des jeunes[584].

Ces éléments avaient conduit le HCFiPS à faire plusieurs propositions, réitérées ici :

- augmenter la fiscalité comportementale sur les alcools, *a minima* pour rétablir le poids antérieur dans le prix moyen en suivant l'inflation, et de manière plus volontariste pour modifier les comportements ;
- harmoniser la fiscalité sur les alcools en relevant celles sur les vins et les bières ;
- poursuivre, en associant les producteurs, la réflexion sur l'instauration éventuelle d'un prix minimum par unité d'alcool, afin notamment d'éviter que les augmentations de marge soient captées par les distributeurs.

[584] Cusset P-Y., 2013, *L'effet des taxes comportementales, une revue (non exhaustive) de la littérature*, Document de travail, France Stratégie

2. Augmenter la taxe sur les Prémix ?

Les Prémix, adoptés notamment par les jeunes, peuvent amorcer à plus ou moins long terme des comportements de consommation orientés vers des alcools plus forts.

La taxe « Prémix » vise à réduire ces comportements : elle concerne les boissons qui ont un titre alcoométrique volumique compris entre 1,2 % et 12 % par volume et qui, soit sont constituées soit par un mélange de boissons alcooliques et de boissons non alcooliques, soit contiennent plus de 35 g/L de sucre ou une édulcoration équivalente exprimée en sucre inverti. En pratique, il s'agit généralement de boissons pré-mélangées à base d'alcool (gin, rhum, vodka, vin, whisky, bière notamment), additionné d'un tonic, de soda (cola) ou d'un jus de fruit. La taxe « prémix » a été élargie à compter du 1er janvier 2020 aux boissons aromatisées à base de vin, à un taux sensiblement inférieur au taux standard.

Tableau 15 | Tarifs en 2025 de la taxe sur les « prémix »

Catégorie fiscale	Tarifs
Produits relevant des catégories fiscales des vins ou des autres boissons fermentée (bières faiblement alcoolisées, vins de raisins frais, vermouth, etc.)	**3 €**/dl d'alcool pur
Autres produits	**11 €**/dl d'alcool pur

Le rendement actuel de la taxe s'élève à 14 M€[585].

Lors de son extension aux boissons aromatisées à base de vin, la question du tarif applicable a été discutée : en particulier, la commission des affaires sociales du Sénat s'est interrogée « *sur l'opportunité de différencier le montant de la taxe, selon que le mélange contient du vin ou pas. Le lissage de l'impact de cette taxe pour le secteur des vins aromatisés n'est justifié par aucun motif de santé publique. Il n'y a pas lieu, sur le long terme, de traiter différemment les prémix à base de vin et les autres prémix, les premiers faisant au moins autant de dégâts auprès des jeunes dans leur comportement vis-à-vis de l'alcool. D'un point de vue économique, la taxe n'aura du reste qu'un impact très limité sur les producteurs français puisque les prémix à base de vin sont très majoritairement composés de vins étrangers* ». Dans ces conditions, elle a adopté un amendement tendant à relever progressivement, sur une durée de cinq ans, le montant de la taxe sur les vins aromatisés pour l'aligner, à terme, sur celui applicable à toutes les boissons « prémix ». La question mériterait d'être reposée.

3. Instaurer une taxe sur les écrans pour limiter les effets d'addiction ?

La question de l'addiction aux écrans, notamment des jeunes, devient un sujet de santé publique.

Ainsi que le note Santé publique France, la multiplication des écrans est un phénomène récent. « *La science ne dispose donc pas du recul nécessaire pour connaître précisément les effets à long terme d'une exposition précoce et intensive aux écrans. On sait toutefois que trop ou mal utilisés, les écrans peuvent être dangereux pour la santé.* (…) *L'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire) met ainsi en garde contre une exposition excessive aux écrans*

[585] Annexe 3 PLFSS 2025.

dès le plus jeune âge, qui pourrait être associée à des troubles de la mémoire, du sommeil, ou de l'attention. Isolement social, dépression, manque d'activité physique ou encore obésité sont des effets secondaires potentiels qu'il vaut mieux prévenir ».

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les pratiques addictives (Mildeca) souligne que « *sur un sujet pour lequel on manque encore de recul, le bon sens et le principe de précaution restent de mises. À tout âge, des risques peuvent être associés aux usages numériques excessifs. Pour les enfants et les adolescents, le temps passé devant un écran peut empiéter sur des apprentissages essentiels à leur développement physique, psychique et social. Un usage excessif peut avoir des conséquences sur le développement du cerveau des enfants, leur apprentissage des compétences fondamentales et leur capacité d'attention.* (…). *Concernant les adultes, la porosité entre l'usage personnel et professionnel des écrans, accentuée par le développement du télétravail, peut provoquer des impacts négatifs sur le bien-être et la santé mentale. Par ailleurs, quel que soit l'âge, la pratique des jeux vidéo peut devenir problématique lorsqu'elle est associée à une perte de contrôle et affecte les autres domaines de la vie du joueur*[586]*. La limitation du temps d'écrans, la promotion d'un bon usage des écrans et de la parentalité numérique sont devenues des objectifs partagés par plusieurs politiques publiques – éducation et réussite scolaire, santé et soutien aux familles* »[587].

Encadré 12 ▮ Chiffres clés présentés par la Mildeca

- 90 % des 12-17 ans déclarent posséder un téléphone mobile. L'écart est cependant sensible entre les 12-14 ans (81 % d'équipement) et les 15-17 ans (99 %) (source : Baromètre du numérique, 2019, Arcep).

- Selon une enquête Ipsos (Junior's connect 2017), les 13-19 ans passaient en moyenne 15 h 11 par semaine sur *Internet* en 2017, soit 1 h 41 de plus qu'en 2015. Les plus jeunes sont également concernés puisque les 7-12 ans passent en moyenne 6h10 sur le Web par semaine (soit 45 minutes supplémentaires par rapport à 2015) et les 1-6 ans 4h37 (soit 55 minutes supplémentaires par rapport à 2015).

- Selon l'enquête Ipsos (Junior Connect' 2018), sur leur smartphone, les 7-12 ans plébiscitent les applications de jeux ; les 13-19 ans diversifient fortement les usages : réseaux sociaux et messageries,

[586] Depuis juillet 2018, le gaming disorder, intégré dans le DSM-5 en 2013 est reconnu par l'OMS qui l'a intégré dans la classification mondiale des maladies (CIM) : le trouble du jeu vidéo, se caractérise par un comportement de jeu persistant ou récurrent qui peut être en ligne ou hors ligne, qui, pour une période d'au moins douze mois, se manifeste par une altération du contrôle du jeu, l'augmentation de la priorité accordée au jeu ainsi que la poursuite ou l'escalade du jeu malgré l'apparition de conséquences négatives. L'assemblée mondiale de la Santé qui a eu lieu en mai 2019 a entériné la reconnaissance d'un trouble du jeu vidéo dans la classification mondiale des maladies, le CIM-11, qui entre en vigueur en janvier 2022.

[587] https://www.drogues.gouv.fr/les-ecrans-et-les-jeux-video.

musique, vidéos… Parmi les plateformes, Youtube se maintient au premier rang, désormais suivi de Snapchat qui poursuit sa progression, y compris auprès des 7-12 ans.

- 8 français sur 10 sont conscients de ne pas maîtriser leurs usages d'écrans sans pour autant être en mesure de les changer (Source : Baromètre MILDECA/Harris Interactive 2021).

- 24 % des Français déclarent consommer davantage de confiseries, sodas et snacks pendant leurs activités numériques (Source : Baromètre MILDECA/Harris Interactive 2021).

- À 15 ans, 5 % des garçons et 15 % des filles ont un usage problématique des réseaux sociaux (Source : Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et EnCLASS France, OFDT, 2018).

Plusieurs pistes ont pu être évoquées pour limiter les usages (interdiction d'accès à certains âges, limitation à une heure par jour de l'accès aux réseaux sociaux pour les mineurs…) Si l'on retient celles ayant trait à la fiscalité, on peut citer :

- une taxe de 2 % des revenus des plateformes générés en France à allouer à un fonds dédié au financement de la recherche et de la prise en charge de la santé mentale : c'est la proposition récemment formulée par Gabriel Attal et Marcel Ruffo ; il s'agit de mettre les plateformes en responsabilité sur ce sujet ;
- une taxation de la publicité numérique : c'est la proposition de Daron Acemoglu, et Simon Johnson[588] : « *La dépendance excessive des entreprises de médias sociaux à l'égard des revenus publicitaires numériques a renforcé un modèle commercial qui incite à capter et à retenir l'attention des gens à tout prix. Avec l'arrivée de puissants outils d'intelligence artificielle (IA), les entreprises de technologie et de médias ont une incitation évidente à augmenter considérablement les efforts qu'elles consacrent à la manipulation des consommateurs. L'objectif de la taxe sur la publicité numérique que nous proposons est de pousser toutes les formes de médias et de communication à s'éloigner d'un modèle commercial basé sur la publicité et à se tourner vers les abonnements, où les revenus dépendent plutôt de la qualité durable du contenu et de l'expérience utilisateur* ».

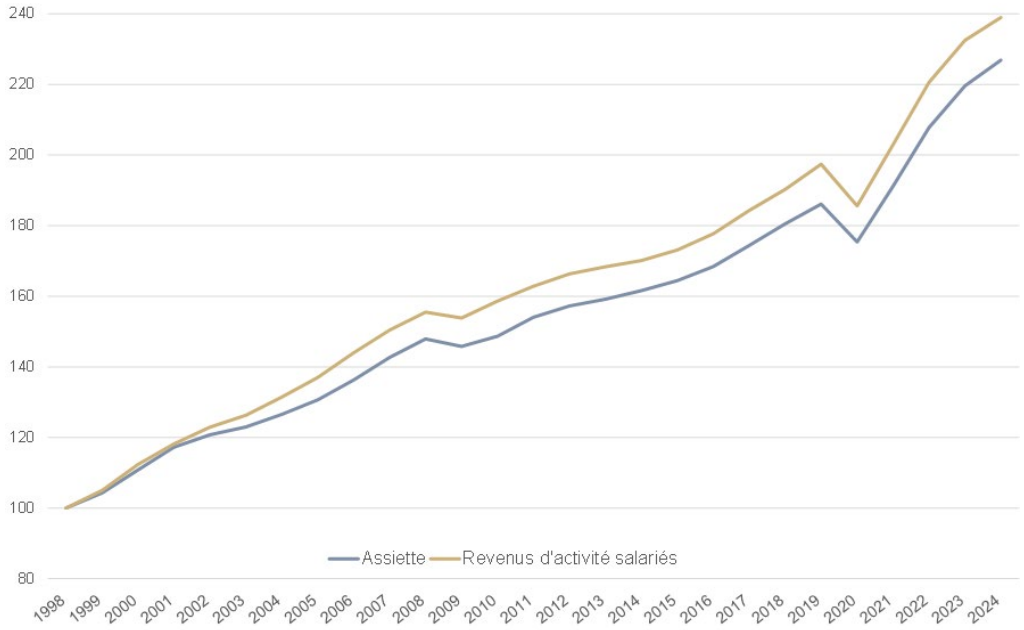
Là encore, le HCFiPS ne saurait se prononcer, dans les délais, sur la bonne mesure. Mais ces propositions montrent que des voies sont possibles et hautement souhaitables.

III. Des exonérations de cotisation de sécurité sociale peuvent être rationalisées.

Au-delà des mesures structurelles qui viennent d'être évoquées, il est sans doute nécessaire renforcer la pleine dynamique des assiettes existantes, en supprimant ou atténuant certaines exonérations sociales. Comme évoqué dans plusieurs rapports du HCFiPS, on note en effet une dissociation de l'évolution de la masse salariale d'une part et de l'assiette soumise à cotisation, d'autre part, sous l'effet de l'accroissement des exemptions d'assiette.

[588] Acemoglu D., Johnson S., 2024, *L'urgence de taxer la publicité digitale,* https://www.networklawreview.org/acemoglu-johnson/. Pour mémoire, les deux auteurs sont prix Nobel d'économie.

Graphique 15 ▌Évolutions des salaires et de l'assiette des cotisations dans le secteur privé



Source : Insee, Urssaf.

Cette question a fait l'objet de nombreux travaux et notamment de la Cour des Comptes qui titrait, très récemment, sur ce sujet : « *Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun* »[589]. La Cour estimait la perte de recettes générée par les régimes sociaux dérogatoires à 18 Md€ en 2022[590], après prise en compte des taxes compensatoires pour 8,9 Md€. Elle soulignait que cette perte excédait de 8,1 Md€[591] celle estimée en 2018 et rapprochait cette augmentation du déficit : « *Une telle augmentation est du même ordre que celle du déficit de la sécurité sociale hors covid (+ 6,6 Md€)* ».

L'objectif du présent rapport n'est pas d'examiner, de manière exhaustive, l'ensemble des exemptions ou exonérations, mais plutôt d'évoquer quelques-unes d'entre elles, en fonction des demandes des membres du Haut conseil. On ne traite notamment pas ici des exonérations particulier employeurs, dont le recentrage pourrait être envisagé (*via* la suppression de certaines activités entrant dans le périmètre des avantages socio-fiscaux[592]).

[589] Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024, les niches sociales des compléments de salaire, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Niches-sociales-complements-de-salaire.pdf.

[590] Rapport précité. L'annexe°4 du PLFSS pour 2024 estime la perte de recettes de la sécurité sociale, en 2022, à 14,5 Md€ pour les exemptions d'assiette181 et à 2,2 Md€ pour les exonérations liées aux heures supplémentaires. On doit ajouter à ces montants l'estimation des pertes liées à l'exemption de la prime de partage de la valeur (1,1 Md€) et aux remboursements des frais de transport domicile-travail (0,3 Md€), qui ne figurent pas dans l'annexe.

[591] L'augmentation de la perte de recettes pour la sécurité sociale de 8,1 Md€, de 2018 à 2022, se décompose entre la part relevant de la progression des salaires de base, qui peut être estimée à 1,7 Md€, et celle découlant de l'extension des régimes dérogatoires des compléments de salaire, évaluée à 6,4 Md€.

[592] Par exemple : gardiennage de la résidence secondaire, collecte et livraison du linge repassé à domicile.

A. Contributions versées par les employeurs à leurs salariés au titre des garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire dans un cadre collectif

1. Une exemption qui coûte plus de 5 Md€ à la sécurité sociale.

Les contributions versées par les employeurs à leurs salariés au titre des garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire bénéficient d'une exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, sous certaines conditions. En particulier :

- les prestations doivent être versées par l'un des organismes suivants : institution de prévoyance, mutuelle, entreprise d'assurance, institution de retraite supplémentaire… ;
- la couverture doit présenter un caractère collectif, c'est-à dire bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs[593] ;
- l'adhésion des salariés est obligatoire ;
- les contributions patronales ne doivent pas se substituer à d'autres éléments de rémunération.

S'agissant des contributions finançant les contrats « frais de santé », l'exonération est subordonnée au fait que ces contributions financent des contrats de santé « responsables ».

Encadré 13 | Les contrats responsables

Ces contrats sont soumis à un cahier des charges imposant un panier de soins minimal avec :
- l'encadrement de certaines prises en charge par des minima (prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les soins de ville et les frais d'hospitalisation[594], forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, intégralité des frais exposés par l'assuré pour les prises en charge renforcées prévues dans le cadre du 100 % santé[595] ;
- l'encadrement de certaines prises en charge par des maxima (pour les remboursements de dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[596]) ;

[593] Les contributions patronales finançant des garanties individuelles ou à adhésion facultative sont donc assujetties à cotisations. Constituent par exemple des catégories objectives : appartenance aux catégories cadres ou non cadres ; seuil de rémunération (1/2/3/4/8 PASS), sous réserve que seules deux catégories de salariés soient distinguées en fonction de ce critère ; place dans les classifications professionnelles ; niveau de responsabilité…
Sauf exceptions, les contributions de l'employeur doivent être fixées à un taux ou un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie et les garanties doivent être les mêmes pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

[594] Les médicaments destinés au traitement des troubles et affections sans caractère habituel de gravité et dont le SMR est modéré ou faible, l'homéopathie ou les soins thermaux ne sont pas concernés).

[595] Équipements d'optique médicale à usage individuel (classe A) dans la limite des prix de vente fixés par la LPP par période de deux ans (cas général), soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention dentistes/assurance maladie, aides auditives dans la limite des prix de vente fixés par la LPP, par période de quatre ans.

[596] Optam et Optam-Co.

- l'interdiction de certaines prises en charge (ne peuvent être remboursées la participation forfaitaire de 1 €, la franchise médicale prévue pour les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et certains transports sanitaires, la majoration, de participation de l'assuré pour non-désignation d'un médecin traitant ou le dépassement d'honoraires pour consultation directe d'un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant).
Les contrats doivent prévoir le tiers payant.

Le régime social et fiscal (IR) des contributions est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 16 | Régime social des contributions des employeurs au financement des régimes de prévoyance complémentaire

Prévoyance complémentaire (dont le remboursement des frais de santé)	Exclusion de l'assiette des cotisations (part patronale et salariale) pour la fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de : • 6 % du plafond de la sécurité sociale • et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale. Le total des contributions exonérées au titre de la retraite supplémentaire et de la prévoyance ne peut excéder 12 % du plafond de la sécurité sociale.
	Forfait social au taux de 8 % sur le financement des régimes de prévoyance complémentaire dans les entreprises d'au moins 11 salariés Pas de forfait social dans les entreprises de moins de 11 salariés
	Assujettissement à la taxe sur les salaires si l'entreprise en est redevable
	Assujettissement à la CSG et à la CRDS au taux de 9,7 %
	Déductibilité en matière d'IR dans la limite d'un montant égal à la somme de 5 % du montant annuel du PASS et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du PASS. Assujettissement de la part versée par l'employeur

Le montant des exemptions de cotisations sociales s'élève à 5,2 Md€ (4,8 Md€ au titre de la santé et de la prévoyance complémentaire, 0,3 Md€ au titre de la retraite supplémentaire, et 0,1 Md€ au titre des Perco).

2. Limiter les avantages portant sur les contrats santé ?

Destiné à inciter les entreprises à développer une protection complémentaire pour leurs salariés[597], le dispositif est fortement concentré sur la santé. La priorisation de la protection sociale complémentaire sur les contrats santé s'est notamment matérialisée dans l'accord

[597] La première exemption d'assiette des cotisations sociales (part employeur et salarié) est mise en place en 1979 par la loi n° 79-119 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale, pour les contributions des employeurs destinés au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance.
Le dispositif est progressivement étendu aux fonctionnaires aux termes de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 (application au plus tard en 2026).

national entre les partenaires sociaux du 11 janvier 2013[598] transposé dans la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, avec la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises du secteur privé : depuis le 1er janvier 2016, les salariés du privé doivent être couverts par une complémentaire santé pour compléter les garanties de base de la sécurité sociale.

Au regard notamment de son coût, le dispositif d'exonération fait régulièrement l'objet de questionnements, portés notamment par la Cour des Comptes ou par l'Igas, que l'on peut synthétiser comme suit :

- le « risque » santé étant commun à l'ensemble de la population, il n'est pas adapté de créer des aides « en fonction de critères sans lien avec l'objectif poursuivi. Si une modulation de l'aide en fonction de l'âge ou des revenus paraît pertinente, il en va différemment d'une distinction basée sur le statut professionnel de l'assuré »[599] ;
- les aides publiques aux contrats collectifs sont à l'origine d'effets d'aubaine[600] pour les salariés appartenant aux catégories sociales supérieures.

Ces effets d'aubaine sont documentés par la DREES[601], qui souligne, en 2024, que, compte tenu des avantages fiscaux et sociaux, les ménages des classes moyennes perçoivent moins d'aides pour acquérir une complémentaire que les 20 % des ménages les plus aisés ; les 10 % des ménages les plus aisés reçoivent davantage d'aides publiques que les ménages du deuxième dixième de niveau de vie, lesquels bénéficient pourtant fortement de la CMU-C et de l'ACS ; la situation favorable des personnes en emploi dans le secteur privé contraste avec celle des personnes retraitées, lesquelles – lorsqu'elles ne sont pas éligibles à la CSS – doivent s'acquitter des cotisations de complémentaire santé les plus élevées.

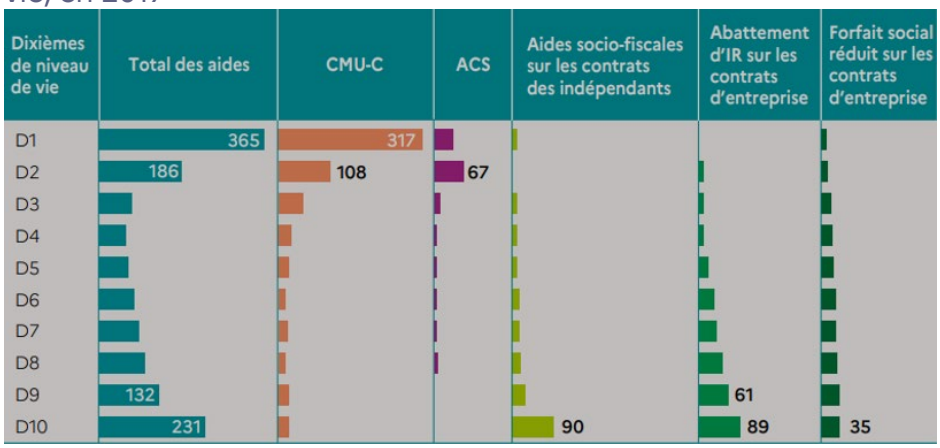
[598] Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.

[599] Igas : Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2015-143RDEF.pdf.

[600] Rapport sur La sécurité sociale 2011, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2011.pdf ; CPO, *Rapport de synthèse Entreprises et "niches" fiscales et sociales : Des dispositifs dérogatoires nombreux*, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_de_synthese_Entreprises_et_niches_fiscales_et_sociales_071010_2.pdf.

[601] Drees, La complémentaire santé, édition 2024 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/ sites/default/files/2024-07/CS24%20-%20Fiche%2016%20-%20Les%20effets%20redistributifs%20de%20l%E2%80%99assurance%20maladie%20publique%20et%20de%20l%E2%80%99assurance%20maladie%20compl%C3%A9mentaire%20priv%C3%A9e.pdf.

Graphique 16 **|** Aides annuelles à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie, en 2017



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; IR : impôt dur le revenu.
Lecture : les 10 % des ménages dont le niveau de vie est le plus élevé (D1O) reçoivent en moyenne 231 € par an d'aides publiques en 2017, dont 90 € d'aides sociofiscales sur les contrats des indépendants, 89 € sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la cotisation de complémentaire santé pour les salariés et 35 € sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.
Champ : ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de la France entière.
Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2017.

- « *L'obligation désormais légale pour toutes les entreprises de proposer une complémentaire repose la question de l'aide, initialement conçue pour inciter les entreprises, dans le cadre de leur dialogue social, à proposer un dispositif attractif à leurs salariés. À l'inverse, cette obligation, selon d'autres interlocuteurs, rendrait l'aide plus que jamais nécessaire* ».
- Les personnes non couvertes par l'ANI se retrouvent relativement isolées d'un point de vue assurantiel et sont donc regroupées dans des portefeuilles de risques moins favorables, qui conduisent les assurances santé à leur appliquer des cotisations plus élevées. C'est particulièrement vrai des personnes âgées, à l'origine de fortes dépenses de santé et qui sont, pour l'essentiel, couvertes par des contrats individuels[602],
- Le principe même d'une aide à la complémentaire santé est parfois interrogé. « *La sécurité sociale,* via *les ALD et l'hospitalisation notamment, prend en charge le risque lourd et long de santé ; certaines composantes du risque court qu'est la santé s'apparentent moins à un risque qu'à un événement certain (baisse de la vue, de l'audition, etc.), qui peut parfois inciter à la surconsommation*. » [603]

[602] Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf.
[603] Bruant-Bisson A., Daudé M., 2016, Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé, Igas, https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2015-143RDEF.pdf.

Dans ces conditions, sans proposer une suppression totale de l'aide, jugée généralement trop risquée soit en termes en termes de coût du travail ou de pouvoir d'achat des salariés, plusieurs pistes ont pu être proposées aux fins de flécher les aides sur les populations les plus vulnérables financièrement ou de recentrer l'aide à la complémentaire sur le véritable risque lourd que constitue la prévoyance, « *souvent très mal couvert, notamment pour les plus jeunes, alors qu'il constitue, plus que la santé, un risque majeur* »[604].

Encadré 14 | Les pistes examinées par le Hcaam en 2013[605]

Refondre le plafonnement de l'exemption d'assiette

« *Les contributions patronales exonérées de l'assiette des cotisations sociales sont aujourd'hui soumises à un plafond commun à toute la prévoyance, qui recouvre cependant des garanties reposant sur des logiques différentes :*

- *la prévoyance lourde et les prestations en espèces de type indemnités journalières visent à garantir un niveau de rémunération : il est donc légitime que les garanties, et donc le plafond des exonérations, soient au moins partiellement liés au montant de la rémunération ;*
- *en matière de complémentaire santé en revanche, le besoin de garanties n'est pas corrélé à la rémunération. L'augmentation de la couverture en fonction du revenu pourrait même avoir un effet négatif pour l'accès en soins, en contribuant à solvabiliser l'augmentation des tarifs de certaines prestations au-delà du remboursement de la sécurité sociale (effet d'entraînement sur les dépassements d'honoraires ou prix de produits dentaires ou optiques).*

Il est donc envisageable de séparer les deux plafonds, afin de mieux adapter celui de la complémentaire santé, de manière un peu similaire à l'opération réalisée en 2005 lors de la séparation des plafonds pour les aides aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance ».

Cette hypothèse est reprise par l'Igas en 2016 : « *Les plafonds en place ont été fixés historiquement de façon empirique, sans évaluation précise des montants, en cohérence avec les plafonds d'exonérations fiscales. Dans les faits, le plafond actuel santé/prévoyance, distinct de celui de la retraite, n'est pas opérant : les montants versés lui sont en général largement inférieurs et la prise en compte d'un plafond proportionnel au revenu ne semble pas adaptée à ce qu'est une complémentaire santé, dans la mesure où les salariés sont égaux face au risque maladie, indépendamment de leur niveau de revenu. Un plafond santé "à part", déterminé sur une base "forfaitaire", apprécié par rapport au PASS et inférieur à ce qui existe aujourd'hui semble une piste envisageable* »[606].

Forfaitiser des exclusions d'assiette relatives à la participation des employeurs à la complémentaire santé

« *Une autre voie pour améliorer le ciblage de l'exclusion d'assiette, évoquée lors des débats parlementaires de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, consisterait à la limiter à un montant fixe, correspondant à un niveau socle de garanties, auquel la puissance publique entendrait réserver ce régime social favorable. (…) Par ce biais, l'aide à la participation des employeurs à la complémentaire santé de leurs salariés, désormais généralisée, serait fortement harmonisée* ». Cette voie avait été rejetée par le Hcaam : « *À terme, il pourrait niveler certaines garanties vers le bas, notamment pour les entreprises qui sont déjà couvertes, et contribuer à développer un régime de surcomplémentaire santé, pour lequel l'employeur, faute d'incitation financière, limiterait probablement sa participation. Cette voie ne semble pas devoir être retenue* ».

---

[604] Bruant-Bisson A., Daudé M., 2016, *op. cit.*

[605] La généralisation de la couverture complémentaire en santé, Hcaam, 2013.

[606] Bruant-Bisson A., Daudé M., 2016, *op. cit.*

Appliquer un forfait social au taux standard de 20 % sur la participation des employeurs à la complémentaire santé

« *Une autre façon de retrouver des marges de financement serait de relever le taux du forfait social. Au lieu de 8 % actuellement, le forfait social s'appliquant aux cotisations versées par les entreprises pour la complémentaire santé de leurs salariés serait porté à 20 %, qui constitue désormais le taux standard pour les autres rémunérations exonérées de cotisations sociales. L'avantage, actuellement estimé à 1,4 Md€ serait abaissé de 0,8 Md€ environ.* ». Cette piste n'avait pas non plus été suivie par le Haut conseil, dans la mesure où elle augmenterait les prélèvements sociaux des entreprises.

Faire évoluer les aides fiscales aux salariés couverts par des contrats collectifs

« *Les salariés couverts par un contrat collectif bénéficient d'un double avantage par rapport à ceux qui ont souscrit un contrat individuel : une aide de l'employeur qui diminue les primes qu'ils doivent verser et une aide fiscale qui exonère ces primes (part payée par le salarié mais aussi par l'employeur) de leur impôt sur le revenu. Ce dernier avantage, d'autant plus important que les revenus sont élevés, est donc régressif. Au minimum, l'inclusion de la participation de l'employeur dans le montant déductible de l'impôt sur le revenu du salarié pourrait être remise en question. (…) Toutes choses égales par ailleurs et dans une hypothèse de participation moyenne de l'employeur à 56 %, limiter la déductibilité fiscale aux seules cotisations d'assurance complémentaire santé effectivement prises en charge par les salariés génèrerait une recette supplémentaire d'IR de l'ordre de 900 M€ ; celle-ci s'élèverait à 1,6 Md€ pour une suppression totale de l'aide fiscale. Une telle réforme pourrait être transposée aux bénéficiaires des contrats Madelin.* »

Le HCFiPS n'a pas les moyens, dans le temps imparti pour le présent rapport, de « choisir » la bonne piste ou le bon niveau de l'exemption « frais de santé ». En revanche, il estime indispensable qu'une réflexion soit engagée sur ce sujet, avec pour objectif *a minima*, de limiter ou de mieux conditionner le volume de ces avantages. Une idée pourrait notamment être de limiter tout ou partie des avantages aux contrats responsables dont les frais de gestion n'excèdent pas une certaine proportion.

3. Recentrer le dispositif sur la prévoyance, en encadrant les garanties offertes

Le risque « prévoyance » est aujourd'hui insuffisamment couvert, alors qu'il concerne un risque essentiel pour les actifs (le remplacement du salaire en cas d'arrêt maladie notamment) ; sa très grande dépendance à l'activité professionnelle justifie en outre pleinement sa prise en compte dans le cadre de l'entreprise.

En outre, lorsqu'il est pris en charge, il l'est de manière relativement inéquitable : contrairement à la complémentaire santé, seuls les cadres bénéficient depuis 1947 d'une obligation de protection par l'employeur, principalement sur le risque décès[607] ; à ce jour, seuls 75 % des salariés se déclarent couverts par au moins une garantie[608].

[607] Obligation de financer une garantie de prévoyance à hauteur de 1,50 % de la tranche 1 des salaires, avec au moins 50 % affectée à la couverture du risque décès.

[608] Baromètre 2023 de la prévoyance CTIP-Ifop – Données clés. 94 % des employeurs déclarent proposer une garantie prévoyance (incapacité, invalidité ou décès) . en 2021, 64 % des salariés se déclaraient protégés au titre de l'incapacité de travail ; 85 % des entreprises déclaraient couvrir leurs salariés au titre de ce risque.

Encadré 15 ▌La couverture prévoyance des cadres

La couverture prévoyance des cadres a été rendue obligatoire par la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres[609]. Cette convention oblige les entreprises à effectuer le versement d'une cotisation patronale à leurs salariés cadres ou assimilés-cadres. Son taux de cotisation est de 1,5 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale. Cette cotisation doit être consacrée en priorité à la couverture décès. La part complémentaire couvre : les arrêts de travail, les cas d'incapacité et d'invalidité, ainsi que la dépendance.

Les travailleurs indépendants bénéficient d'un dispositif fiscal (« prévoyance Madelin »), leur permettant de souscrire à des couvertures de prévoyance dont ils déduisent les cotisations des bénéfices imposables de leur société. À ce jour, seuls 35 % des non-salariés seraient couverts en cas d'arrêt de travail et d'invalidité[610].

Si l'ordonnance du 17 février 2021 a acté le principe d'une participation obligatoire des employeurs publics à la complémentaire santé de leurs agents, la question de la prévoyance reste largement pendante : ainsi, à ce jour, 50 % des collectivités, couvrant 61 % des agents, participeraient financièrement à la couverture prévoyance de leurs agents, pour un montant moyen de 12,85 € par mois et par agent[611].

Le dispositif peut être rationalisé et son coût réduit, soit par l'instauration d'un plafond spécifique à chacun des risques, soit en appliquant un forfait social au taux de 20 % pour la partie « santé ». On pourrait également limiter l'exonération aux salaires inférieurs à un certain niveau (deux Smic mensuels par exemple).

---

[609] Notamment articles 4 et 7, https://www.agirc-arrco.fr/wp-content/uploads/2021/10/CCN_14mars1947.pdf.

[610] Source : Pair Conseil, 2018, https://www.groupe-vyv.fr/wp-content/uploads/2023/01/VYV_Livre_Blanc_2023.pdf.

[611] https://www.groupe-vyv.fr/wp-content/uploads/2023/01/VYV_Livre_Blanc_2023.pdf.
Dans le secteur hospitalier, le besoin de garanties de prévoyance est réduit, pour une partie des personnels, par une prestation servie par le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS). Le CGOS verse notamment une « prestation maladie » compensant partiellement la perte de rémunération en cas d'incapacité temporaire de travail prolongée (hors contrats de courte durée). La prestation maladie du CGOS, calculée en fonction du traitement indiciaire, intervient dans les cas où le fonctionnaire est statutairement payé à demi-traitement, dans la limite de 150 jours pour un congé de maladie ordinaire (CMO) et de 150 jours par an pendant deux ans pour les congés plus longs (CLM ou CLD). Pour les agents contractuels, la durée d'indemnisation est plus courte.
https://www.igffinances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2019/2019-M-038-02_Rapport_PSC_FPH.pdf.

B. Retravailler l'exonération « heures supplémentaires » ?

1. Un dispositif coûteux

Le dispositif d'exonération appliqué aux heures supplémentaires et complémentaires, pour la part patronale comme pour la part salariale, est issu du dispositif de la loi « Tepa » du 21 août 2007[612]. La réduction de cotisations salariales, supprimée en 2012, a été rétablie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Aujourd'hui, les salariés qui effectuent des heures supplémentaires ou complémentaires bénéficient d'une réduction de cotisations salariales dont le montant correspond à celui des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire, dans la limite du taux de droit commun de 11,31 %[613]. Au titre de ces heures, les salariés ne paient donc que la CSG et la CRDS. Les heures supplémentaires et complémentaires sur lesquelles l'exonération est assise ouvrent des droits pour le calcul des pensions sans que ces droits ne soient financés par une compensation par l'État.

Le coût total de la mesure est de 2,3 Md€ en 2024 (sans prise en compte des droits retraite acquis gratuitement).

2. Une réduction progressive de l'avantage ?

Deux éléments plaident en faveur d'une réduction de l'avantage : son coût d'une part, le fait que la mesure ouvre des droits vieillesse gratuits, dans un contexte où l'enjeu est notamment de renforcer la contributivité des droits vieillesse.

Toutefois, comme toutes les mesures réduisant les avantages sur les cotisations salariales, une réduction de l'avantage pèse sur le pouvoir d'achat de certains ménages, parfois relativement modestes : si environ un tiers des salariés effectuent des heures supplémentaires, le nombre moyen d'heures supplémentaires est relativement important parmi les salariés qui en font, puisqu'il s'établit à plus de 175 heures annuelles. Les ouvriers faisant des heures supplémentaires en effectuent 192 en moyenne au cours de l'année. Selon une publication de l'Acoss de 2019, la rémunération au titre des heures supplémentaires représente environ 10,1 % de la rémunération totale des salariés qui en bénéficient (12 % dans les entreprises de moins de 10 salariés, et 6 % dans les plus de 2 000)[614]. Les secteurs de la construction, de l'hébergement-restauration et des transports-

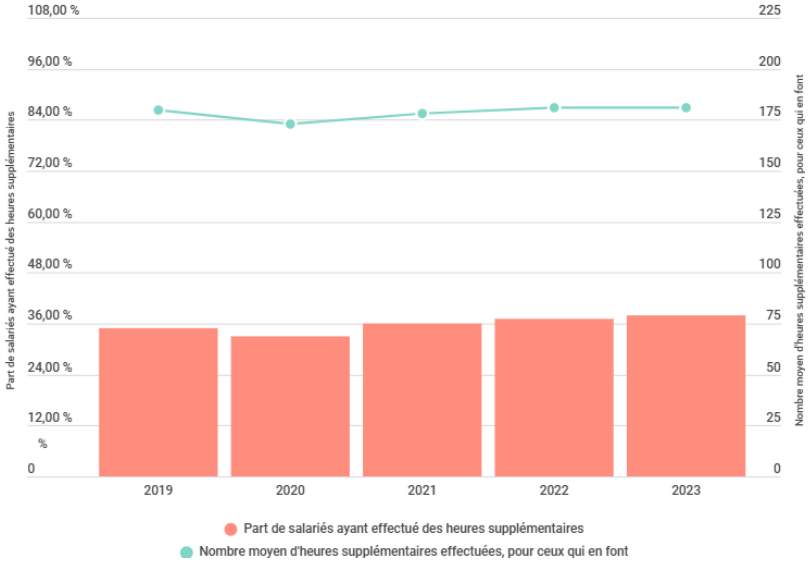
[612] Loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

[613] Article L. 241-17 du code de la sécurité sociale. Cette réduction s'applique également, en application de la loi « mesures d'urgence pour le pouvoir d'achat » d'août 2022, aux journées de RTT monétisées et rachetées par l'employeur.

[614] Heures supplémentaires : 835 millions d'euros exonérés au premier semestre 2019, Urssaf.org, https://www.urssaf.org/accueil/espace-medias/communiques-et-dossiers-de-press/communiques-de-presse/heures-supplementaires-835-milli.html.

entreposage font partie de ceux où les parts de salariés effectuant des heures supplémentaires et le nombre moyen d'heures supplémentaires sont les plus élevés[615].

Graphique 17 I Les heures supplémentaires de 2019 à 2023[616]



Données mensuelles redressées agrégées au niveau national.
Unité : % et heures.
Champ : France hors Mayotte, salariés à temps complet dont le temps de travail est décompté en heure de secteur privé hors agriculture, particuliers employeurs et activités extraterritoriales, hors contrat d'intérim.
Source : DSN, calculs Dares.

Sans aller jusqu'à une suppression complète et immédiate du dispositif d'exonération retenu aujourd'hui, il pourrait être envisagé une suppression progressive de l'avantage.

C. Limiter les exemptions d'assiette sur les indemnités de rupture conventionnelle ?

1. Des indemnités qui peuvent s'éloigner de la logique de réparation qui justifie les exonérations

Les indemnités de rupture conventionnelle ont une nature hybride : elles résultent d'un accord entre les parties, mais elles peuvent aussi être regardées comme compensant partiellement un préjudice. Aujourd'hui, la logique « indemnisation » l'emporte dans le statut social.

Ainsi que le souligne le rapport particulier du CPO de 2024[617] « *les indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle peuvent s'éloigner d'une logique de réparation dans la*

[517] https://dares.travail-emploi.gouv.fr/donnees/les-heures-supplementaires Les heures supplémentaires, 7 avril 2025.
[616] *Idem*.
[617] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-10/20241014-Note-Conforter-egalite-des-citoyens-devant-imposition-des-revenus-rapport-particulier1.pdf.

mesure où elles ont pour origine une rencontre des volontés pour mettre fin au contrat de travail ». Elles connaissent une dynamique importante, puisqu'elles sont passées de 310 000 en 2013 à 454 000 en 2021 (500 000 en 2022, selon le CPO).

Les indemnités de rupture conventionnelle sont assujetties à cotisations et à CSG selon les règles suivantes :

Tableau 17 | Régime social des contributions des indemnités de rupture conventionnelle

Cotisations sociales	Les indemnités sont exonérées à hauteur du plus élevé des trois seuils suivants : • le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement ; • la moitié du montant total des indemnités versées ; • le double du montant de rémunération brute perçue l'année précédant la rupture du contrat de travail • et dans la limite de 2 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (Pass). Si le montant de l'indemnité de rupture conventionnelle individuelle dépasse le seuil d'exonération ou 2 fois le Pass, la part excédentaire est soumise à cotisations sociales. Si le montant de l'indemnité de rupture conventionnelle individuelle dépasse 10 fois le Pass, elle est intégralement soumise à cotisations sociales.
CSG- CRDS	L'exonération s'applique à hauteur du plus faible des deux seuils suivants : • le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement ; • le montant non soumis aux cotisations sociales. La part de l'indemnité de rupture conventionnelle individuelle qui dépasse ces seuils est soumise à CSG-CRDS. Si le montant de l'indemnité de rupture conventionnelle individuelle dépasse 10 fois le Pass, l'indemnité est intégralement soumise à CSG-CRDS, sans application de l'abattement forfaitaire pour frais professionnels.
Contribution patronale	La part de l'indemnité de rupture conventionnelle individuelle non soumise aux cotisations sociales est soumise à une contribution patronale spécifique. Son taux est de 30 %.

Source : Urssaf (présentation simplifiée)

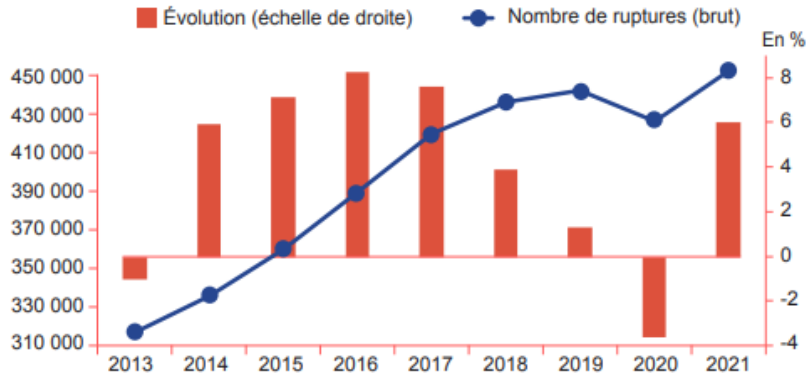
2. Réexaminer la pertinence de l'exonération ?

Plusieurs éléments conduisent à revoir l'exonération :

- les indemnités de rupture conventionnelle représentent près de 2,5 Md€ soit 21,4 % du total des indemnités versées dans le cadre d'une rupture du contrat de travail[618]. Le coût brut pour la sécurité sociale a été évalué à 300 M€[619] en 2024 (pour 1,4 Md€ pour l'ensemble des indemnités de rupture) [620];

[618] Données DSN, CPO.
[619] Repss financement https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLACSS/2024/PLACSS%202024%20Annexe%201%20- %20REPSS%20Financement%202025.pdf
[620] Le coût net est estimé à 0,1 Md€ compte tenu de la contribution de 30 %.

Graphique 18 I Les ruptures conventionnelles homologuées et leur évolution[621]



Lecture : en 2021, 454 000 ruptures conventionnelles sont homologuées (courbe bleue, échelle de gauche), en hausse de 6,1 % par rapport à 2021 (barre orange, échelle de droite).
Champ : France métropolitaine, secteur privé.
Source : formulaires Cerfa de demande d'homologation reçus et validés par l'administration, traitement Dares.

- comparativement aux autres catégories socioprofessionnelles, à niveau d'ancienneté donné, les cadres bénéficient des indemnités de rupture les plus avantageuses. Leur indemnité médiane s'élève ainsi à 5 280 €, contre 1 000 €pour les employés ;

Tableau 18 I Indemnité de rupture conventionnelle perçue en 2021 selon l'ancienneté du salarié et sa catégorie socioprofessionnelle

Catégories socioprofessionnelles	Indemnité médiane reçue (en mois de salaire par année d'ancienneté)	Part des indemnités supérieures de plus de 5 % à l'indemnité légale	Indemnité médiane reçue (en €)			
			Ensemble des salariés	Salariés d'ancienneté		
				inférieure à 3 ans	entre 3 et 10 ans	supérieure à 10 ans
Employés	0,25	19 %	1 000	580	2 210	8 810
Ouvriers	0,25	17 %	1 100	610	2 390	9 990
Techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise	0,25	31 %	2 330	1 010	3 470	15 680
Cadres	0,30	57 %	5 280	2 000	6 840	32 170
dont cadres dirigeants	*0,31*	*58 %*	*12 730*	*2 830*	*11 510*	*62 360*
Total	**0,25**	**27 %**	**1 465**	**720**	**2 900**	**13 700**

Lecture : en 2021, 50 % des cadres perçoivent une indemnité de rupture conventionnelle supérieure ou égale à 0,30 mois de salaire par année d'ancienneté. La moitié des cadres ayant une ancienneté comprise entre trois et dix ans perçoivent une indemnité supérieure ou égale à 6 840 €.
Champ : France métropolitaine, secteur privé.
Source : formulaires Cerfa de demande d'homologation reçus et validés par l'administration, traitement Dares.
Lecture : « *En neutralisant l'effet de l'ancienneté et de la rémunération, les cadres continuent de percevoir des indemnités supérieures à celles des autres catégories (Éclairage). Alors que 57 % d'entre eux ont une indemnité supérieure d'au moins 5 % à l'indemnité légale, c'est le cas de 17 % des ouvriers et 19 % des employés ; de même, tandis que l'indemnité médiane chez les cadres s'élève à 0,30 mois*

[621] Les ruptures conventionnelles en 2021, https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/6149b3a47d8f40a443553b3cc0516bcd/DR_Ruptures%20Conventionnelles_.pdf.

de salaire par année d'ancienneté, elle est proche de 0,25 mois chez les employés et les ouvriers, ce qui correspond au minimum légal »[622].

- si le recours aux ruptures conventionnelles est favorisé pour fluidifier le marché du travail en facilitant les ruptures par accord des deux parties, il peut toutefois conduire à des abus, en particulier parce que la rupture conventionnelle donne accès au chômage selon les mêmes modalités qu'un licenciement. Par ailleurs, si on se place dans une perspective de plein emploi, il n'est pas sûr que le fonctionnement fluide du marché du travail ait autant qu'aujourd'hui besoin de ce dispositif ;
- le statut est particulièrement dérogatoire par rapport à la plupart des autres pays de l'OCDE (qui considèrent ces indemnités comme des revenus du travail)[623].

Au vu de ces différents éléments, le HCFiPS considère qu'une évolution des règles d'assujettissement est envisageable sur ce point.

D. Réviser le forfait social ?

1. Un dispositif qui a connu une forte montée en charge

Le forfait social est une contribution à la charge de l'employeur qui concerne, sauf exceptions, les éléments de rémunération ou de gain non soumis aux cotisations sociales mais assujettis à la CSG (intéressement, participation, versements au titre de la protection sociale complémentaire…)[624].

Encadré 16 ▌Les sommes exclues du forfait social[625]

Sont exclues de l'assiette du forfait social en raison de leur nature :

- la fraction des indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail des salariés ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux exclue de l'assiette des cotisations et soumise à CSG[626] ;
- la participation de l'employeur au financement des chèques vacances, dans les entreprises de moins de 50 salariés non dotées d'un comité d'entreprise et qui ne relèvent pas d'un organisme paritaire de gestion des activités sociales ;
- les participations aux titres-restaurants et ;

[622] *Idem*.

[623] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-10/20241014-Note-Conforter-egalite-des-citoyens-devant-imposition-des-revenus-rapport-particulier1.pdf.

[624] Le périmètre du forfait social a connu plusieurs élargissements, avec notamment les jetons de présence, en 2010 ; les contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire Agirc-Arrco prises en charge par l'employeur dans certains cas particuliers, en 2011, les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle pour leur part exclue de l'assiette de la CSG, en 2012.

[625] https://boss.gouv.fr/portail/accueil/regles-dassujettissement/assiette-generale.html#400.

[626] Il s'agit plus particulièrement des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi (PSE) ; de mise à la retraite versée ou non dans le cadre d'un PSE ; versées dans le cadre d'un congé de mobilité ou d'un accord de rupture conventionnelle collective ; de licenciement, versées ou non dans le cadre d'un PSE ; de rupture conventionnelle individuelle.

- les plus-values d'acquisition réalisées consécutivement à la levée d'option de souscription ou d'achat d'actions ainsi que les gains d'acquisition résultant d'une attribution d'actions gratuites (soumises à une contribution spécifique prévue à l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale) ;
- depuis le 1er septembre 2023, l'indemnité de rupture conventionnelle n'est plus soumise au forfait social. L'employeur doit acquitter une contribution unique de 30 % applicable au montant de l'indemnité (voir ci-dessus).

Sont exclues de l'assiette du forfait social en raison de l'effectif de l'entreprise :

- les primes de participation et les abondements de l'employeur à un plan d'épargne salariale pour les entreprises qui ne sont pas tenues de mettre en place un accord de participation (entreprise de moins de 50 salariés ou unité économique et sociale de moins de 50 salariés)[627] ;
- les primes d'intéressement, pour les entreprises qui emploient moins de 250 salariés[628] ;
- Ces deux dispositions ont été introduites par la loi PACTE de 2019, afin de soutenir la diffusion des dispositifs d'épargne salariale dans les petites et moyennes entreprises. Ces mesures ont conduit à une contraction de l'assiette soumise au forfait social, en baisse de 5 % par rapport à l'année précédente ;
- les contributions patronales au financement de prestations complémentaires de prévoyance, pour les entreprises qui emploient moins de 11 salariés.

[627] Ainsi que le précise l'étude d'impact de la loi Pacte, « *selon les données de la Dares, les entreprises de moins de 50 salariés ont été plus sensibles que les autres à l'augmentation du forfait social, dont le taux est passé de 8 % à 20 % au 1er août 2012. De fait, entre 2012 et 2013, le nombre d'entreprises de moins de 50 salariés ayant au moins un dispositif d'épargne salariale (intéressement, participation ou plan d'épargne salariale) a reculé de 20 % tandis que ce nombre progressait de 4 % dans les entreprises de 50 salariés et plus. Face à ce constat, la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, a introduit pour les sommes versées au titre d'un dispositif d'épargne salariale facultatif (c'est-à-dire un accord d'intéressement ou de participation volontaire pour une entreprise de moins de 50 salariés) un taux de forfait social réduit à 8 %* (…) *à la condition qu'il s'agisse :- d'un premier accord, de participation ou d'intéressement, conclu au sein de l'entreprise ; - d'un accord de participation ou d'intéressement mis en place par une entreprise qui n'avait pas conclu d'accord au cours d'une période de cinq ans avant la date d'effet du nouvel accord.* (…) *D'après la Dares, environ 4 000 entreprises auraient bénéficié de ce taux réduit en 2016. Cette baisse de forfait social n'ayant pas eu l'effet incitatif escompté, [le Gouvernement a souhaité] par la loi Pacte donner une véritable impulsion à la négociation d'un dispositif de partage de la valeur ajoutée dans les entreprises de moins de 50 salariés, en supprimant cette contribution* ».

[628] Ainsi que le soulignait l'étude d'impact, « les entreprises de moins de 250 salariés qui proposent un dispositif d'intéressement sont sensibles à la fiscalité du forfait social. Ainsi, entre 2012 et 2013, lors du passage de 8 % à 20 %, le nombre d'entreprises proposant un dispositif d'intéressement a reculé de 1 % dans celles entre 50 et 250 salariés tandis qu'il progressait de 4 % pour les entreprises de plus de 250 salariés ».

Quatre taux de forfait social s'appliquent, s'échelonnant de 8 % à 20 %.

Tableau 19 I Taux du forfait social en fonction des revenus d'activité[629]

Taux de forfait social	Type de revenu d'activité
0 %	• Intéressement dans les entreprises de moins de 250 salariés. • Participations dans les entreprises de moins de 50 salariés. • Abondement de l'employeur sur les plans d'épargne salariale (PEE, PEI, Perco) dans les entreprises de moins de 50 salariés. • Indemnités de licenciement, de départ à la retraite ou de départ volontaire dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi. • Contribution employeur au financement des prestations complémentaires de prévoyance dans les entreprises de moins de 11 salariés. • Abondement de l'employeur complétant les versements volontaires des salariés sur des plans d'épargne salariale.
8 %	• Contributions employeurs au financement des prestations complémentaires de prévoyance dans les entreprises d'au moins 11 salariés. • Participations dans les sociétés coopératives employant au moins 50 salariés.
10 %	• Abondement de l'employeur visant l'acquisition de titres de l'entreprise. • Versements unilatéraux de l'employeur destinés à l'acquisition de titres de l'entreprise.
16 %	• Sommes affectées à un Perco + pour les entreprises de plus de 50 salariés.
20 %	• Intéressement dans les entreprises d'au moins 250 salariés. • Participations dans les entreprises d'au moins 50 salariés. • Contributions des employeurs sur des plans d'épargne salariale (PEE, PEI, Perco) dans les entreprises de plus de 50 salariés. • Contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire (article 83, PEROb…). • Prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations de retraite complémentaire. • Jetons de présence et sommes perçues au titre de l'exercice de leur mandat par les administrateurs des conseils de surveillance des sociétés anonymes.

Source : PLFSS 2025 - Annexe 4.

Le taux normal du forfait social est de 20 % depuis 2012[630]. Fixé à 2 % en 2009 lors de sa création, le taux du forfait social a été progressivement relevé : il est passé à 4 % en 2010, 6 % en 2011, et 8 % entre le 1er janvier 2012 et le 31 juillet 2012. Ce taux de 20 % est proche de celui des cotisations patronales non contributives (13 % pour la cotisation d'assurance maladie et 5,25 % pour la cotisation d'allocations familiales, avant application des allègements, à un niveau relativement élevé si on prend en compte les allègements : taux

[629] https://www2.assemblee-nationale.fr/static/17/Annexes-DL/PLFSS-2025/PLFSS2025-Annexe04.pdf.
[630] Depuis le 1er août 2012, sauf pour la prévoyance complémentaire qui bénéficie du maintien d'un taux à 8 % (soit le taux de la contribution prévoyance qui avait été créée en 1996 et qui a été intégrée en 2012 au sein du forfait social).

de 10,45 % après allègements)[631]. Ce taux normal s'accompagne de plusieurs taux réduits, créés dans une logique incitative[632].

Encadré 17 ▌Le forfait social – La création de plusieurs taux réduits

La loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, a prévu des taux réduits :

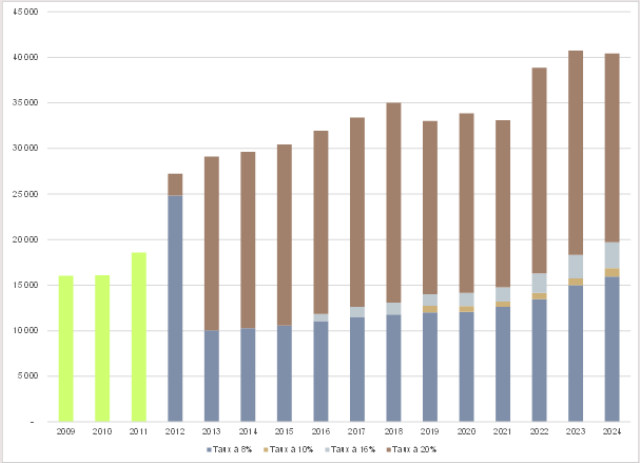
- d'une part, à 8 % pendant six ans sur les sommes versées dans le cadre d'un premier accord, ou d'un premier accord depuis cinq ans, d'intéressement ou de participation conclu au sein des entreprises de moins de 50 salariés et,
- d'autre part, à 16 % lorsque les sommes issues de l'intéressement, de la participation et des abondements sont placées sur un Perco investi à hauteur d'au moins 7 % en titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en actions destiné au financement de PME-ETI.

La LFSS pour 2019 a :

- supprimé à partir du 1er janvier 2019 le forfait social sur les sommes issues des accords de participation dans les entreprises de moins de 50 salariés et sur les sommes issues des accords d'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés ;
- allégé le forfait social (taux réduit à 10 %) appliqué à l'abondement de l'employeur sur les fonds d'actionnariat salarié.

Les taux intermédiaires à 10 % et 16 % demeurent minoritaires en termes de rendement[633].

Assiette du forfait social selon le taux de 2009 à 2024 (en M€)



Source : Urssaf caisse nationale, traitement HCFiPS
Note : pour les années 2009 à 2011, le taux est passé de 2 % à 6%

631 https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20JUIN/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-JUIN_2021%20-%20le%20forfait%20sociale.pdf.

632 En complément, des contributions ad hoc ont été créées : depuis 2004, sur les « retraites chapeau », à travers un prélèvement à la charge de l'employeur (taux compris entre 24 % et 48 %) et un prélèvement à la charge des bénéficiaires (7 % et 14 %) ; depuis 2008, sur les attributions de stock-options (contribution patronale au taux de 30 % et salariale au taux de 10 % actuellement) ou d'actions gratuites (contribution patronale au taux de 20 % et contribution salariale au taux de 10 % pour la fraction des gains d'acquisition supérieure à 300 000 €, CSG en-deçà) ; sur les indemnités versées en cas de rupture conventionnelle individuelle et de mise à la retraite d'office par l'employeur.

633 *Op. cit*.

Le rendement du forfait social s'est établi, en 2020, à 5,5 Md€ (6,4 Md€ prévus en 2025), dont 27 % au titre de l'intéressement, 23 % au titre de la participation et 9 % au titre des autres dispositifs d'épargne salariale.

2. Réajuster le forfait social sur l'épargne salariale ?

Plusieurs voies d'évolution sont possibles sur ce sujet : **Intégrer dans l'assiette du forfait social les éléments actuellement exonérés** (titres restaurant, CESU préfinancé, chèques vacances) ? Cette solution reviendrait à rompre partiellement la cohérence du prélèvement social puisque sont soumis au forfait social les éléments de rémunération ou de gain non soumis aux cotisations sociales mais assujettis à la CSG ; or, ces éléments d'assiette ne sont pas soumis à la CSG. **Augmenter le taux de droit commun ? Augmenter le taux applicable à la prévoyance ?** Cela rejoint la question plus large de l'assujettissement des contributions destinées à financer la santé et la prévoyance. Ces solutions ne sont pas privilégiées à ce stade.

En revanche, ainsi que le suggère la Cour des comptes dans son rapport de 2024 sur les niches sociales de 2024[634], il pourrait être envisagé de faire progressivement converger les taux du forfait social des compléments de salaire liés aux résultats de l'entreprise vers le taux de droit commun de 20 % : « *Une convergence progressive des différents taux du forfait social applicables aux dispositifs de partage de la valeur en entreprise, actuellement de 0 %, 10 %, 16 % et 20 %, selon les dispositifs et les tailles d'entreprises, vers le taux de référence de 20 %, rétablirait une cohérence. Les éventuelles modulations de ce taux devraient être temporaires, par exemple pour les entreprises mettant en œuvre un dispositif pour la première fois. Le rendement de cette mesure peut être estimé en première analyse à 1 Md€, à comportements constants* »[635].

Cette convergence des taux porterait essentiellement sur les petites entreprises (moins de 50 salariés ou moins de 250 pour l'intéressement).

Le HCFiPS estime que, si une telle mesure était envisagée, elle devrait être mise en place de manière progressive ainsi que le suggère la Cour des comptes.

E. Reconfigurer l'exonération « titres restaurants »

1. Un dispositif étendu au-delà de la simple compensation

Le titre restaurant constitue une compensation par l'employeur envers les salariés en l'absence de cantine ou restaurant d'entreprise, ou en l'absence d'indemnités repas. Il s'agit de titres spéciaux de paiement remis par les employeurs à leur personnel salarié pour lui

634 *Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun*, Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024, les niches sociales des compléments de salaire.
635 *Idem*.

permettre d'acquitter en tout ou en partie le prix d'un repas consommé au restaurant, tel que défini par l'article L.3262-1 du code du travail.

D'après l'article L.136-1-1 du code de la sécurité sociale, la participation de l'employeur à l'acquisition d'un titre-restaurant est exonérée de cotisations de sécurité sociale dans la limite du montant prévu à l'article 81-19° du code général des impôts, soit 7,26 € (valeur au 1er janvier 2025) lorsque le montant de cette participation est compris entre 50 % et 60 % de la valeur du titre restaurant.

En cas de non-respect des plafonds conditionnant l'application de l'exonération (dépassement soit de la valeur limite, soit du pourcentage de participation, ou des deux), la fraction de la participation patronale indûment exonérée est réintégrée dans l'assiette des contributions et cotisations. En cas de non-respect du seuil de 50 % de la valeur du titre restaurant, la totalité de la participation patronale est réintégrée dans l'assiette des contributions et cotisations.

Afin de soutenir le pouvoir d'achat, la loi du 16 août 2022 a permis d'étendre l'utilisation jusqu'à fin 2023 des titres-restaurant pour l'achat de produits alimentaires non directement consommables, tels que les pâtes, le riz ou la farine, dans les magasins de grande distribution. Le dispositif a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2024 par la loi du 26 décembre 2023. La loi n° 2025-56 visant à prolonger jusque fin 2026 la dérogation d'usage de ces titres pour tout produit alimentaire a été promulguée au Journal officiel du 22 janvier 2025.

D'après le centre national des titres restaurants, la valeur faciale moyenne des titres-restaurant émis en 2022 s'est établie aux alentours de 8,25 €.

Le plafond quotidien d'utilisation est limité à 25 € par personne (art. R. 3262-10 du code du travail), montant rehaussé en 2022 (le plafond journalier était fixé à 19 € depuis 2014).

Il est possible d'utiliser les titres-restaurant pour payer les repas dans les lieux suivants :

- restaurants et commerces assimilés (charcuteries, traiteurs, boulangeries…),
- supermarchés ou épiceries,
- détaillants en fruits et légumes.

L'utilisation des titres doit se faire dans une zone géographique limitée : le département de votre lieu de travail et les départements limitrophes, sauf mention contraire apposée par l'employeur (article R.3262-9 du code du travail).

2. Une exemption d'assiette coûteuse

Tableau 20 **|** Titres restaurants - Montant de l'assiette exonérée

En Md€	2000	2010	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Assiette	1,56	2,7	3,22	3,76	3,94	3,87	4,33	4,8	5,2	5,4	5,5

Source : annexe 4 PLFSS 2025.

L'assiette relative aux titres restaurants représente un montant de 5,5 Md€ en 2025, en progression annuelle moyenne de 5,2 % depuis 2000, alors que la masse salariale progresse

sur la même période de 3,0 %. Les pertes de cotisations nettes sont estimées pour l'année 2025 à 2 Md€.

Plus de 5,4 millions de salariés bénéficient de titres-restaurant : les cadres en sont particulièrement bénéficiaires (pour 26 %, alors qu'ils sont 18 % en population générale) ; les ouvriers en bénéficient relativement moins (à hauteur de 20 % alors qu'ils sont 27 % en population générale). Les plus petites entreprises en distribuent peu (9 % des entreprises de 1 à 9 salariés en distribuent ; elles représentent 20 % des entreprises) ; ce sont les entreprises de 10 à 19 salariés qui en distribuent proportionnellement le plus (elles sont 20 % à en distribuer, alors qu'elles représentent 14 % des entreprises).

Le dispositif est généralement plébiscité : plus de 8 bénéficiaires sur 10 jugent leurs titres-restaurant indispensables, pensent qu'il s'agit d'un avantage social important, permettant de bien manger et d'améliorer son pouvoir d'achat. 72 % des bénéficiaires estiment qu'il s'agit d'un critère important pour le choix de l'employeur. 77 % des non-bénéficiaires seraient intéressés à bénéficier de titres-restaurant[636].

3. Un retour aux modalités antérieures à la crise sanitaire ?

Dans ce contexte, il apparaît difficile de supprimer tout avantage sur les titres restaurants. Pour autant, les titres restaurants se sont éloignés de leur logique initiale qui consiste en une compensation aux salariés du surcoût généré par des repas pris hors du domicile : ainsi, 28 % des bénéficiaires déclarent partager leurs titres-restaurant avec leur conjoints (76 %) et leurs enfants (45 %)[637]. Les assouplissements consentis pendant la crise sanitaire ont encore éloigné le dispositif de l'esprit initial de l'exonération.

Il pourrait être proposé de ne pas prolonger l'extension de l'utilisation aux aliments non directement consommables et de limiter le plafond journalier et de revenir à la logique initiale des titres restaurants, en limitant l'exemption aux situations où le travailleur n'est pas à son domicile. Au vu des progressions constatées sur les pertes de cotisations, la mesure représenterait un surcroît de recettes de l'ordre de 0,2 Md€ à 0,5 Md€ selon les modalités retenues. On pourrait également réinterroger l'objectif de l'exonération attachée aux titres restaurants (par exemple, doit-elle bénéficier pleinement à toutes les catégories de revenus, ou serait-il opportun de la flécher sur les revenus les plus faibles ?)

IV. Lutter contre les fraudes sociales

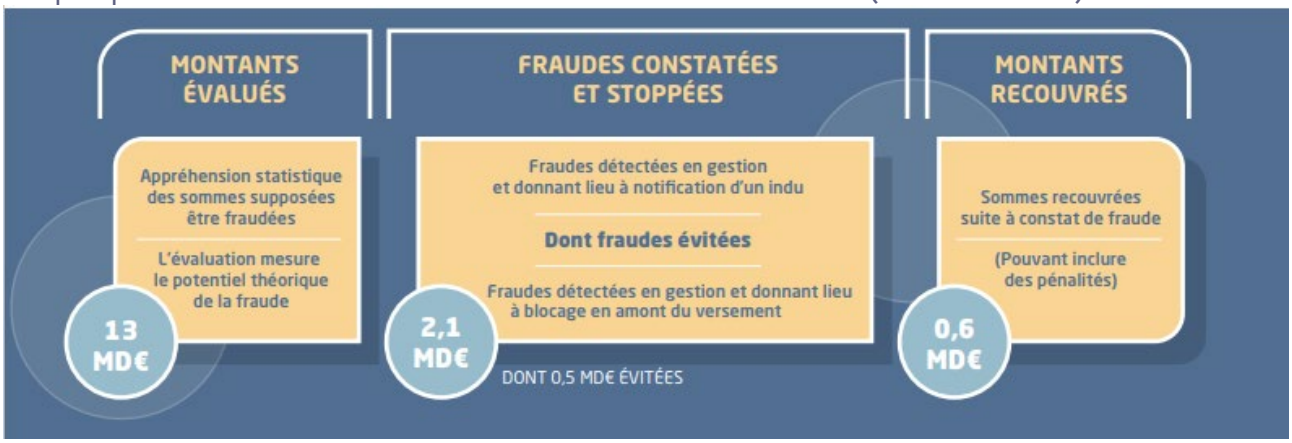
« *La France a choisi un modèle de société avec une protection sociale forte, donc beaucoup de redistribution, de prélèvements d'une part, de prestations ou allocations d'autre part. Ce système a notamment pour but de réduire les inégalités. Il est très structurant dans le rapport du collectif à l'individu dans notre société. Il ne peut fonctionner durablement que sur la base d'une large adhésion démocratique à ce système, sur la base d'une confiance dans l'équité de*

[636] https://www.cntr.fr/wp-content/uploads/2024/04/Les-titres-restaurant-enquete-aupres-des-salaries-Viavoice-online.pdf, mars 2024.
[637] *Idem*.

cette redistribution. Or l'équité de cette redistribution tient non seulement à l'équité des règles de droit qui gouvernent le système – équité des prélèvements, équité du droit aux prestations – mais également à la capacité à faire respecter ses règles de droit est-ce que ceux qui sont soumis aux prélèvements sociaux respectent bien leurs devoirs ? est-ce que des individus, ou seuls ou organisés, arrivent à bénéficier de prestations auxquelles ils n'ont pas droit ? »[638] La lutte contre les fraudes est ainsi une composante essentielle de la confiance de nos concitoyens dans le système de solidarité nationale que constitue la protection sociale. C'est un enjeu auquel le HCFiPS apporte une attention particulière qui s'est matérialisée notamment dans un rapport de 2024 sur le sujet.

En termes financiers, le manque à gagner lié à la fraude n'est pas négligeable. Toutefois, compte tenu de l'impossibilité de détecter « en temps réel » et de manière exhaustive les sommes occultées et au regard de l'agilité des fraudeurs qui rend le recouvrement parfois très difficile, la lutte contre la fraude ne saurait être considérée comme « la » solution aux problèmes financiers de la protection sociale ; les montants redressés et *a fortiori* recouvrés sont très en-deçà des besoins financiers de la sécurité sociale.

Graphique 19 **I** des montants évalués aux montants recouvrés (données 2023)



On doit noter toutefois que les montants détectés sont en forte progression en 2024, ce qui devrait se traduire, au moins pour partie, dans les chiffres du recouvrement, à ce stade non disponibles.

[638] https://www.strategie.gouv.fr/files/files/Publications/Rapport/hcfips_-_fraude_sociale_2024_-_synthese.pdf.

Tableau 21 | Montants détectés ou redressés au titre de la fraude

	Montants détectés ou redressés (données 2024)
Cnaf	450 M€[639] , + 20 % par rapport à 2023
Cnam	628 M€ (données 2024)[640], + 35 % par rapport à 2023
Urssaf	1,6 Md€ (données 2024)[641] + 34 % par rapport à 2023

Le HCFiPS confirme ici l'attention qu'il porte à ce sujet et notamment la nécessité de réduire au maximum la prévalence de la fraude : réduire, à la source, cette prévalence de 10 % permettrait un gain financier de l'ordre d'1,2 Md€, en supposant une absence de modification des comportements.

Certaines mesures visant à prévenir la fraude liée au travail dissimulé et en améliorer le recouvrement recoupent des mesures promouvant la « qualité du travail », comme la lutte contre les entreprises éphémères et plus largement les montages de sous-traitance en cascade dans certains secteurs économiques, alors que l'on peut s'organiser autrement, comme l'ont montré les chantiers des Jeux Olympiques. Cet axe doit être priorisé.

639 https://www.caf.fr/professionnels/presse/publications/la-lutte-contre-la-fraude-des-caf-evolue-avec-la-solidarite-la-source-et-le-service-national-de.
Le volume de fraudes augmente de 5 % par rapport à 2023 alors que les montants détectés augmentent de 20 % traduisant un meilleur ciblage.

640 Montants détectés et stoppés ; ces montants sont en hausse de 35 % par rapport à 2023. Sur ce montant total, le montant des fraudes évitées atteint 263 M€, en progression de 55 % en un an. Ce préjudice évité correspond aux actions menées par anticipation par l'Assurance maladie, notamment pour empêcher des paiements indus.

641 https://www.urssaf.org/files/Espace%20media/Dossier%20de%20presse/NAT-DP-Bilan%20LCTI%202024_2025%2003%2006.pdf.

V. Éclairages financiers

Ce tableau, effectué à la demande de certains membres, récapitule quelques éléments financiers évoqués dans le rapport sans préjudice de l'acceptabilité des mesures associées : ces éléments doivent être considérés comme des ordres de grandeur. Très peu de chiffrages ont pu être mis à jour dans le cadre de la saisine, compte tenu des délais impartis.

Mesures		Rendement	Enjeux	Référence	Acteurs impactés
CSG	1 point sur l'ensemble des revenus	18 Md€		2025	Ménages
	1 point sur les revenus d'activité	12 Md€		2025	Salariés et TI
	1 point sur les revenus de remplacement	4 Md€		2025	Titulaires de revenus de remplacement
	1 point sur l'ensemble des retraites	3,6 Md€		2025	Pensionnés
	1 point sur les retraites assujetties au taux plein	2 Md€		2025	Pensionnés
	1 point sur les retraites assujetties au taux intermédiaire	1,1 Md€		2025	Pensionnés
	1 point sur les retraites assujetties au taux réduit	0,5 Md€		2025	Pensionnés
	1 point sur les allocations de chômage	0,1 Md€		2025	Chômeurs
	1 point sur les revenus du capital	1,9 Md€		2025	Titulaires de revenus du capital
Cotisations (1)	1 point plafonné	6,2 Md€		2024	Salariés, TI ou entreprises
	1 point déplafonné	10,5 Md€		2024	Salariés, TI ou entreprises
	1 point déplafonné secteur privé	7,2 Md€		2024	Salariés, TI ou entreprises
	1 point de cotisation déplafonnée secteur public	1,7 Md€		2024	Salariés ou employeurs publics
	1 point déplafonné travailleurs indépendants	1,0 Md€		2024	Travailleurs indépendants
	1 point déplafonné salariés agricoles	0,3 Md€		2024	Salariés ou employeurs agricoles
	1 point déplafonné exploitants agricoles	0,1 Md€		2024	Exploitants agricoles
	1 point déplafonné particuliers employeurs	0,1 Md€		2024	Salariés ou particuliers employeurs
TVA	1 point sur l'ensemble des taux	13 Md€		FIPECO 2024	Consommateurs
	1 point sur le taux normal (20 %)	*8,2 Md€*		FIPECO 2024	Consommateurs
	1 point sur le taux réduit de 10 %	*1,6 Md€*		FIPECO 2024	Consommateurs
	1 point sur le taux réduit de 5,5 %	*2,3 Md€*		FIPECO 2024	Consommateurs
	1 point sur le taux super réduit de 2,1 %	*0,6 Md€*		FIPECO 2024	Consommateurs
DMTG	1 point	1 Md€		DSS 2025	Héritiers
	Mieux définir le patrimoine professionnel dans le Pacte Dutreil		2 à 3 Md€	CAE 2021	Héritiers
	Revoir la règle de l'effacement total des plus-values au moment du décès		Rendement non négligeable	OCDE 2019	Héritiers
Patrimoine	Taxation temporaire de 2 % de l'encours de l'assurance vie	4 Md€		2024	Détenteurs d'assurance vie

Mesures		Rendement	Enjeux	Référence	Acteurs impactés
Taxes comportementales Alcools	Droits de consommation sur les alcools		Rendement actuel : 4,3 Md€	DSS 2023	Consommateurs
	Droits sur les alcools forts		Rendement actuel : 2,2 Md€ Taxation actuelle : 5,15 € par contenant de 70cl	DSS 2023	Consommateurs
	Droits sur les bières		Rendement actuel : 1,1 Md€ Taxation actuelle : 0,30 € par contenant de 75 cl Une augmentation de 2,5 c€ par litre et par titre correspond à 350 M€ (2)	DSS 2023	Consommateurs
	Droits sur les vins		Rendement actuel : 0,1 Md€ Taxation actuelle : 0,03 € par contenant de 75 cl 10 c€ supplémentaire par contenant de 75 cl correspond à 300 M€ (2)	DSS 2023	Consommateurs
	Premix		Rendement actuel : 14 M€ 3€ par décilitre d'alcool pur pour prémix à base de vin	PLFSS 2025	Consommateurs
Taxes comportementales Écrans	Taxe de 2 % sur les revenus des plateformes Taxation de la publicité numérique		chiffre d'affaires de la publicité digitale : 11 Md€	Observatoire de l'e-pub SRI 2025	Entreprises du numérique ou consommateurs
Exonérations	Santé / Prévoyance		Exonération actuelle : 4,8 Md€	PLFSS 2025	Salariés ou entreprises
	Heures supplémentaires		Exonération actuelle : 2,2 Md€	PLFSS 2025	Salariés
	Ruptures conventionnelles		Exonération actuelle : 0,1 Md€	PLACSS 2024	Salariés ou entreprises
	Forfait social - Réajustement du forfait social sur l'épargne salariales	1 Md€		Cour des comptes 2024	Entreprises (3)
	Titres restaurants - recentrage sur dispositif pré Covid		Exonération actuelle sur l'ensemble des titres restaurants : 2 Md€	PLFSS 2025	Salariés ou entreprises
	Allègements généraux		Mesure LFSS 2025 1,6 Md€ (mesure PLFSS initial 4 Md€)	PLFSS 2025	Entreprises (3)
Fraudes	10 % de réduction du taux de fraude		10 % de fraude évitée correspond à 1,2 Md€	HCFiPS 2024	Dépend de la nature de la fraude

(1) Les exonérations de cotisations sont supposées être totalement compensées. (2) Hors effets de comportements. (3) Avant effets potentiels sur les rémunérations.

Conclusion

La sécurité sociale garantit un haut niveau de socialisation des dépenses auquel les Français sont très attachés : ce haut niveau de socialisation a de fortes vertus en termes de mise en œuvre du contrat social de la Nation qui vise à ce que l'ensemble des citoyens soit protégé des risques essentiels de la vie. C'est un facteur de cohésion sociale, de réduction de *« l'incertitude du lendemain »*, de citoyenneté. À supposer qu'un système de régulation correct soit en place, cette forte socialisation est aussi un facteur de maîtrise de la dépense, qu'elle repose sur les assurés, les entreprises ou la solidarité nationale ; elle est essentielle à la soutenabilité du système et à la bonne synergie entre production de richesse et protection de la population.

Au terme de leurs travaux, les Hauts Conseils ont la conviction que le redressement des comptes sociaux est non seulement nécessaire, mais également possible s'il est pensé dans la durée. Pour atteindre cet objectif, les Hauts Conseils insistent sur le fait que l'effort doit être partagé par tous, que l'ensemble des grands leviers présents dans ce rapport doit être mobilisé et que le plan de redressement doit respecter les grands principes développés dans ce document.

Annexe 1

Les lettres de saisine

I. Saisine du Hcaam

Le Premier Ministre

Paris, le 05 MARS 2025

Monsieur le Président,

À la veille de l'épidémie de COVID-19, la dette sociale était sur le point d'être remboursée et la sécurité sociale avait quasiment renoué avec l'équilibre financier. Elle a ainsi été en mesure de jouer pleinement son rôle d'amortisseur social en protégeant largement nos concitoyens des conséquences sociales de cette épidémie.

Cinq ans après, les déficits accumulés pendant cette période ont repoussé au-delà de l'horizon de moyen terme l'amortissement de la dette sociale : 123 milliards d'euros de dette supplémentaire ont été transférés entre 2020 et 2023 à la caisse d'amortissement de la dette sociale, dont le remboursement mobilisera l'ensemble de ressources de la caisse jusqu'en 2033. Or, alors que la dégradation conjoncturelle liée à la crise sanitaire est derrière nous, la sécurité sociale fait désormais face à des déficits structurels considérables et croissants (10,8 milliards d'euros en 2023, 18,2 milliards d'euros en 2024, 22,1 milliards d'euros prévus en 2025), inédits hors période de crise et sans perspective de retour à l'équilibre. Ce constat remet en cause l'objectif de remboursement de la dette sociale tel que fixé par la loi.

Cette situation est préoccupante et nécessite de trouver les voies et moyens pour réaliser des économies réelles et durables. À défaut, cela ferait peser le coût des soins, des prestations sociales et des pensions de retraite d'aujourd'hui sur les générations futures, ce qui constitue un manquement aux impératifs de solidarité et d'équité intergénérationnelles de notre système de protection sociale et obère la confiance de nos concitoyens en sa pérennité. De plus, la sécurité sociale devra répondre aux enjeux démographiques et sociaux de demain, dont les réponses doivent être trouvées aujourd'hui pour ne pas fragiliser l'adhésion à notre système de protection sociale. Enfin, cette démarche s'inscrit dans le cadre du redressement global des finances publiques, auquel les comptes sociaux doivent contribuer pleinement.

Cette situation grave nous oblige à engager d'ores et déjà, dans la perspective du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, les travaux nécessaires pour replacer nos finances sociales sur une trajectoire de redressement et de désendettement.

.../...

Monsieur Pierre-Jean LANCRY
Président du Haut conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie
14 avenue Duquesne
75700 PARIS SP 07

C'est pourquoi, en complément des travaux de la délégation permanente sur notre système de retraite, je souhaite que, dans les autres domaines d'intervention de la sécurité sociale, les Hauts Conseils que vous présidez :

- établissent un diagnostic partagé des causes des déséquilibres financiers de notre sécurité sociale ;
- identifient les leviers possibles de rétablissement des comptes sociaux, à court et moyen terme, réglementaires et légaux, en analysant leurs avantages et leurs limites respectifs ;
- proposent des scenarii de redressement mobilisant tout ou partie de ces leviers.

Votre analyse prendra en compte les effets que les mesures proposées auront sur le système de retraite et le cas échéant sur l'ensemble des finances publiques.

Conscient de l'intérêt que chacune de vos institutions porte au rôle de la sécurité sociale et à la préservation de son avenir, je vous demande d'allier vos compétences et vos différentes visions au service d'un travail commun.

Je souhaite pouvoir disposer de votre rapport commun avant le 1er juin prochain afin d'éclairer en temps voulu, conjointement avec les travaux de la délégation permanente, l'élaboration du PLFSS pour 2026. Une première présentation de vos travaux lors de la commission des comptes du printemps pourra éclairer utilement les discussions.

Des échanges sur le diagnostic, les leviers et les scenarii proposés pourront se tenir en amont de la finalisation du rapport avec le groupe de contact, constitué de parlementaires.

Je vous prie d'accepter, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

François BAYROU

II. Saisine du HCFEA

Le Premier Ministre

Paris, le 05 MARS 2025

Monsieur le Président,

À la veille de l'épidémie de COVID-19, la dette sociale était sur le point d'être remboursée et la sécurité sociale avait quasiment renoué avec l'équilibre financier. Elle a ainsi été en mesure de jouer pleinement son rôle d'amortisseur social en protégeant largement nos concitoyens des conséquences sociales de cette épidémie.

Cinq ans après, les déficits accumulés pendant cette période ont repoussé au-delà de l'horizon de moyen terme l'amortissement de la dette sociale : 123 milliards d'euros de dette supplémentaire ont été transférés entre 2020 et 2023 à la caisse d'amortissement de la dette sociale, dont le remboursement mobilisera l'ensemble de ressources de la caisse jusqu'en 2033. Or, alors que la dégradation conjoncturelle liée à la crise sanitaire est derrière nous, la sécurité sociale fait désormais face à des déficits structurels considérables et croissants (10,8 milliards d'euros en 2023, 18,2 milliards d'euros en 2024, 22,1 milliards d'euros prévus en 2025), inédits hors période de crise et sans perspective de retour à l'équilibre. Ce constat remet en cause l'objectif de remboursement de la dette sociale tel que fixé par la loi.

Cette situation est préoccupante et nécessite de trouver les voies et moyens pour réaliser des économies réelles et durables. À défaut, cela ferait peser le coût des soins, des prestations sociales et des pensions de retraite d'aujourd'hui sur les générations futures, ce qui constitue un manquement aux impératifs de solidarité et d'équité intergénérationnelles de notre système de protection sociale et obère la confiance de nos concitoyens en sa pérennité. De plus, la sécurité sociale devra répondre aux enjeux démographiques et sociaux de demain, dont les réponses doivent être trouvées aujourd'hui pour ne pas fragiliser l'adhésion à notre système de protection sociale. Enfin, cette démarche s'inscrit dans le cadre du redressement global des finances publiques, auquel les comptes sociaux doivent contribuer pleinement.

Cette situation grave nous oblige à engager d'ores et déjà, dans la perspective du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, les travaux nécessaires pour replacer nos finances sociales sur une trajectoire de redressement et de désendettement.

.../...

Monsieur Jean-Philippe VINQUANT
Président du Haut conseil de la famille,
de l'enfance et de l'âge
Tour Olivier de Serres
CS59234
75739 PARIS CEDEX

C'est pourquoi, en complément des travaux de la délégation permanente sur notre système de retraite, je souhaite que, dans les autres domaines d'intervention de la sécurité sociale, les Hauts Conseils que vous présidez :

- établissent un diagnostic partagé des causes des déséquilibres financiers de notre sécurité sociale ;
- identifient les leviers possibles de rétablissement des comptes sociaux, à court et moyen terme, réglementaires et légaux, en analysant leurs avantages et leurs limites respectifs ;
- proposent des scenarii de redressement mobilisant tout ou partie de ces leviers.

Votre analyse prendra en compte les effets que les mesures proposées auront sur le système de retraite et le cas échéant sur l'ensemble des finances publiques.

Conscient de l'intérêt que chacune de vos institutions porte au rôle de la sécurité sociale et à la préservation de son avenir, je vous demande d'allier vos compétences et vos différentes visions au service d'un travail commun.

Je souhaite pouvoir disposer de votre rapport commun avant le 1er juin prochain afin d'éclairer en temps voulu, conjointement avec les travaux de la délégation permanente, l'élaboration du PLFSS pour 2026. Une première présentation de vos travaux lors de la commission des comptes du printemps pourra éclairer utilement les discussions.

Des échanges sur le diagnostic, les leviers et les scenarii proposés pourront se tenir en amont de la finalisation du rapport avec le groupe de contact, constitué de parlementaires.

Je vous prie d'accepter, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

François BAYROU

III. Saisine du HCFiPS

Le Premier Ministre

Paris, le 05 MARS 2025

Monsieur le Président,

À la veille de l'épidémie de COVID-19, la dette sociale était sur le point d'être remboursée et la sécurité sociale avait quasiment renoué avec l'équilibre financier. Elle a ainsi été en mesure de jouer pleinement son rôle d'amortisseur social en protégeant largement nos concitoyens des conséquences sociales de cette épidémie.

Cinq ans après, les déficits accumulés pendant cette période ont repoussé au-delà de l'horizon de moyen terme l'amortissement de la dette sociale : 123 milliards d'euros de dette supplémentaire ont été transférés entre 2020 et 2023 à la caisse d'amortissement de la dette sociale, dont le remboursement mobilisera l'ensemble de ressources de la caisse jusqu'en 2033. Or, alors que la dégradation conjoncturelle liée à la crise sanitaire est derrière nous, la sécurité sociale fait désormais face à des déficits structurels considérables et croissants (10,8 milliards d'euros en 2023, 18,2 milliards d'euros en 2024, 22,1 milliards d'euros prévus en 2025), inédits hors période de crise et sans perspective de retour à l'équilibre. Ce constat remet en cause l'objectif de remboursement de la dette sociale tel que fixé par la loi.

Cette situation est préoccupante et nécessite de trouver les voies et moyens pour réaliser des économies réelles et durables. À défaut, cela ferait peser le coût des soins, des prestations sociales et des pensions de retraite d'aujourd'hui sur les générations futures, ce qui constitue un manquement aux impératifs de solidarité et d'équité intergénérationnelles de notre système de protection sociale et obère la confiance de nos concitoyens en sa pérennité. De plus, la sécurité sociale devra répondre aux enjeux démographiques et sociaux de demain, dont les réponses doivent être trouvées aujourd'hui pour ne pas fragiliser l'adhésion à notre système de protection sociale. Enfin, cette démarche s'inscrit dans le cadre du redressement global des finances publiques, auquel les comptes sociaux doivent contribuer pleinement.

Cette situation grave nous oblige à engager d'ores et déjà, dans la perspective du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, les travaux nécessaires pour replacer nos finances sociales sur une trajectoire de redressement et de désendettement.

.../...

Monsieur Dominique LIBAULT
Président du Haut conseil du financement
de la protection sociale
14 avenue Duquesne
75700 PARIS SP 07

C'est pourquoi, en complément des travaux de la délégation permanente sur notre système de retraite, je souhaite que, dans les autres domaines d'intervention de la sécurité sociale, les Hauts Conseils que vous présidez :

- établissent un diagnostic partagé des causes des déséquilibres financiers de notre sécurité sociale ;
- identifient les leviers possibles de rétablissement des comptes sociaux, à court et moyen terme, réglementaires et légaux, en analysant leurs avantages et leurs limites respectifs ;
- proposent des scenarii de redressement mobilisant tout ou partie de ces leviers.

Votre analyse prendra en compte les effets que les mesures proposées auront sur le système de retraite et le cas échéant sur l'ensemble des finances publiques.

Conscient de l'intérêt que chacune de vos institutions porte au rôle de la sécurité sociale et à la préservation de son avenir, je vous demande d'allier vos compétences et vos différentes visions au service d'un travail commun.

Je souhaite pouvoir disposer de votre rapport commun avant le 1er juin prochain afin d'éclairer en temps voulu, conjointement avec les travaux de la délégation permanente, l'élaboration du PLFSS pour 2026. Une première présentation de vos travaux lors de la commission des comptes du printemps pourra éclairer utilement les discussions.

Des échanges sur le diagnostic, les leviers et les scenarii proposés pourront se tenir en amont de la finalisation du rapport avec le groupe de contact, constitué de parlementaires.

Je vous prie d'accepter, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

François BAYROU

Annexe 2

Les contributions des membres

Confédération générale du travail - CGT

Contribution CGT au rapport faisant suite à la saisine conjointe des Hauts Conseils concernant l'état des comptes sociaux

La CGT tient à souligner tout d'abord la qualité du rapport notamment sur ses aspects liés au financement de la sécurité sociale.

Si la CGT partage de nombreux constats formulés dans le rapport, notamment sur la situation économique, elle ne peut que s'opposer aux principales pistes étudiées dans le rapport aussi bien celles qui s'inscrivent dans la poursuite de la logique austéritaire que celles qui visent à faire peser toujours plus sur les ménages le financement de la sécurité sociale notamment à travers la TVA sociale ou l'augmentation de la CSG.

Ce travail sur le rétablissement des comptes sociaux en préparation du PLFSS pour 2026 s'inscrit donc dans la droite ligne de la politique gouvernementale, conformément à la saisine, et limite ainsi fortement les réponses possibles.

Une autre issue était difficilement possible compte tenu des conditions de réalisation du rapport imposée par une saisine qui outre des délais très courts imposait à la fois la recherche d'économies et l'impossibilité de recourir au financement par la cotisation sociale au nom du sacro-saint « coût du travail ». La CGT dénonce donc fermement cette méthode qui empêche à la fois un travail de fond serein et qui maintient de fait la réflexion dans le carcan gouvernemental néolibéral.

En effet, d'un côté les retraites sont exclues du cadre de réflexion en raison de la concertation en cours et d'un autre côté les dépenses de politique familiale et d'autonomie semblent sanctuarisées compte tenu des enjeux d'avenir qu'elles portent et de leurs faibles montants budgétaires. Il ne reste donc que les dépenses de santé sur lesquelles faire de véritables propositions en matière d'évolution des dépenses.

Sur le plan des recettes, les pistes de travail apparaissent soit limitées, car hormis quelques modifications marginales d'exonérations ou de taxes comportementales le carcan budgétaire semble réaffirmer, soit annoncent une remise en cause radicale du système de sécurité sociale français avec une mise à contribution inédite des ménages (actifs et retraités) avec la piste de la « TVA sociale » ou avec une proposition d'augmentation de la

CSG. La CGT s'oppose clairement à ces deux options. A cet égard on notera que le rapport donne les principaux arguments pour s'opposer à la TVA sociale notamment sur ses effets très incertains.

Face à cela, la CGT défend résolument une approche centrée sur les recettes comme solution pour résoudre la situation dégradée des comptes sociaux, mais surtout pour améliorer la réponse aux besoins compte tenu des nombreux besoins non couverts aujourd'hui.

Cette réflexion centrée sur les recettes repose pour la CGT sur trois principes fondamentaux :

- **L'indépendance des finances sociales et de la sécurité sociale** vis-à-vis du budget de l'Etat caractérisée par un financement affecté, exclusif, et dédié aux besoins sociaux par la cotisation sociale.
- Une **unité de la sécurité sociale qui dépasse le pilotage par les soldes des branches au profit d'un pilotage par les besoins.** Si chaque besoin nécessite une réflexion propre en dépenses, en matière de recettes il est nécessaire de raisonner sur l'ensemble de la sécurité sociale.
- Une ***démarchandisation complète des services financés par la sécurité sociale***. Les recettes de la sécurité sociale n'ont pas vocation à alimenter les profits.

Dans cette perspective et dans un premier temps on peut distinguer des mesures soit en recettes nouvelles pour la sécurité sociale soit qui insistent sur la nécessaire prise de responsabilité de l'Etat quant à l'effet de sa politique économique sur la situation budgétaire de la sécurité sociale. Dans un deuxième temps, les contributions des différents Hauts-Conseils font l'objet d'un bref commentaire.

1. Des mesures qui doivent principalement s'inscrire en recettes pour la sécurité sociale

- ### Mesure n°1 – Augmenter les salaires

L'impact d'une hausse d'un point du taux de croissance de la masse salariale du secteur privé en 2025 conduirait à une hausse de 2.4 milliards d'euros selon la CCSS (rapport d'octobre 2024 p.7). A cet effet, il faudrait y ajouter l'effet lié à une augmentation de la masse salariale du secteur public qui impacte dans une moindre mesure la sécurité sociale. Précisons que cette hausse est de fait minoré par les exonérations de cotisations sociales notamment pour les salaires compris entre 1 et 1.6 SMIC. Pour rappel, l'augmentation de la masse salariale peut provenir aussi bien d'une hausse de l'emploi que d'une hausse des salaires.

Dans cette perspective, l'augmentation de la masse salariale par un rattrapage des salaires des femmes par rapport aux salaires des hommes permettant l'égalité salariale

femmes/hommes pourrait rapporter 5.5 à 6 milliards d'euros par an à long terme à horizon 2050 (gain net des augmentations de droits générés en conséquence de ce rattrapage salarial, rapport du CORIF de 2017).

La mise en place d'une véritable politique salariale comme le revendique la CGT à travers l'indexation des salaires, le principe d'échelle mobile, etc. permettrait à la fois d'améliorer le niveau de vie des travailleur.euse.s et d'assurer de nouvelles ressources pour la sécurité sociale.

- Mesure n°2 – Soumettre à cotisations sociales des revenus et assimilés exemptés

Il s'agirait ici de soumettre à cotisations sociales la participation, l'intéressement, la Prime de Partage de la Valeur (PPV), l'actionnariat salarié et l'ensemble des dispositifs de rémunérations non soumis à cotisations.

Selon l'annexe 4 du PLFSS 2025, l'ensemble des rémunérations exemptées de cotisations sociales représentent en 2025 un manque à gagner de 15 mds (net) et 20 mds (brut, si l'on ne prend pas en compte la part récupérée par la forfait social).

Sur ces exemptions la part correspondant à la participation, l'intéressement et l'actionnariat salarié correspond à un manque à gagner de 4,1 mds d'euros (net) et 5,7 mds (brut, sans compter le forfait social) et donc une ressource potentielle si ces ressources sont prélevées au titre des cotisations sociales.

Rémunération exemptée de cotisations sociales (projections	Manque à gagner	Manque à gagner sans forfait social
Participation et actionnariat salarié (dont prime de partage de la valeur dite « prime Macron »)	4,1Mds €	5,7Mds €
Cotisations de protection sociale complémentaire en entreprise (prévoyance)	5,6Mds €	7,6Mds €
Aides directes aux salarié·es (titres restaurant, avantages des CSE, CESU préfinancé, etc.)	4,3Mds €	5,4Mds €
Indemnités rupture de contrat (licenciement, RC)	1,1Mds €	1,5Mds €
Total exemptions	**15,1Mds €**	**20,1Mds €**

Sources : Annexe 4 PLFSS 2024

Si la suppression des exemptions constitue une source de financement potentielle, il est nécessaire de veiller à ce qu'elle n'aboutisse pas à une perte de droits ou de rémunération pour les salariés.

Ainsi dans une perspective visant à récupérer une partie ou la totalité du manque à gagner lié aux exemptions sur les cotisations sociales complémentaires en entreprise ou sur les aides directes aux salariés en les soumettant aux cotisations sociales, le législateur doit concevoir un dispositif qui assure que les droits des salariés sont préservés.

- Mesure n°3 – Augmenter le taux de cotisation sociale

Comme l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) dans son rapport d'octobre 2024 « La valeur du point de cotisation, définie comme le rendement théorique d'une augmentation d'un point du taux de cotisation déplafonnée, est estimée à 10,5 Md€ en 2024 pour l'ensemble des régimes de base » (p.34). Ce rendement théorique inclut la compensation par l'Etat des exonérations de cotisations sociales.

La stabilité du taux de cotisation en France entre 1980 et 2018 interroge alors même que les besoins ont fortement augmenté. Une hausse du taux global de cotisations affecté à la sécurité sociale apparaît donc d'autant plus possible. Remarquons que le taux global de cotisations a baissé depuis 2019 notamment sous l'effet de la pérennisation du Crédit Impôt Compétitivité Emploi (CICE) par une baisse de 6 points de cotisations. Si cette baisse a fait l'objet d'une compensation par l'attribution de recettes fiscales à la sécurité sociale (TVA) comme l'essentiel des exonérations de cotisations, elle ne constitue donc pas un manque à gagner pour la sécurité sociale, mais bien pour l'Etat.

- Mesure n°4 – Lutter contre la fraude

La lutte contre la fraude aux cotisations sociales du fait du travail dissimulé permettrait de récupérer entre 6 et 7,8 mds € par an a minima. Ces estimations sont issues d'un rapporte du HCFIPS publié en décembre 2024 relatif à l'évaluation de la fraude aux cotisations issues du travail dissimulé.

Ce rapport indique en quelques lignes que le manque à gagner dû au travail dissimulé pour le champ des salariés du secteur privé non agricole s'élève entre 6 et 7,8 milliards d'euros par an. Par ailleurs, il faudrait ajouter à cela un ensemble d'erreurs d'assiettes qui ne relèvent pas de la fraude à proprement parler, mais qui pourrait porter ce manque entre 7,6 et 10,2 milliards d'euros par an.

Pour ce qui est des micro-entrepreneurs et des travailleurs agricoles, le manque à gagner dû à l'absence de déclarations ou à des erreurs serait compris entre 1,3 et 1,7 milliard pour le premier et environ 345 millions d'euros pour le second.

2. La nécessaire prise de responsabilité de l'Etat de l'effet de sa politique économique sur la situation budgétaire de la sécurité sociale

La situation budgétaire de la sécurité sociale dépend comptablement de décisions prises par l'Etat de lui attribuer ou retirer certaines ressources ou de lui affecter ou non certaines dettes. Si de telles mesures ne modifient pas l'équilibre des finances publiques dans son

ensemble, elles modifient bien l'équilibre des finances sociales dont nous avons rappelé l'importance de leur indépendance en préambule.

- Mesure n°5 – Le respect du principe de compensation au 1er euro exonéré et suppression des exonérations de cotisations sociales

En 2025, les dispositifs non compensés sont au nombre de 5 et représenteraient un manque à gagner de 2,938 mds € :

- Exonérations sur stagiaires en milieu professionnel : 129 millions €
- Exonérations sur les contrats aidés : 73 millions €
- Exonérations sur les contrats de sécurisation professionnelle : 75 millions €
- Exonérations en faveur de jeunes chefs d'exploitations agricoles : 45 millions €
- Exonérations sur les heures supplémentaires – « part salariale » : 2,47 milliards €

Il est nécessaire à minima de compenser ces exonérations ce qui permettrait un gain net de prêt de 3mds d'euros pour l'ensemble et 2,47 milliards juste sur la part des heures supplémentaires.

Ces exonérations non compensées portent exclusivement sur la part dite salariale des cotisations sur les heures supplémentaires. La remise en cause à terme de ces exonérations est nécessaire, mais doit être couplée à minima d'une augmentation en proportion de la rémunération des heures supplémentaires pour que les salarié·e·s ne soient pas perdants sur les heures travaillées. Une telle remise en cause pourrait entrainer une baisse des heures supplémentaires effectuées, mais entrainerait par la même, possiblement, une meilleure redistribution du temps de travail via des recrutements compensant cette baisse des heures supplémentaires.

Pour rappel, les exonérations de cotisations sociales représenteront un total de 76 milliards d'euros pour la sécurité sociale et même 91 milliards d'euros (avec l'Unedic, l'Agirc-Arrco, le FNAL) en 2025 (Allégements généraux, exonérations ciblées compensées et non compensées, rapport CCSS octobre 2024, p.53). Si ces exonérations presque entièrement compensées par l'affectation de recettes fiscales ou par le budget de l'Etat dans une moindre mesure affectent peu le budget de la sécurité sociale, elles affectent grandement le budget de l'Etat. Dans une perspective de rétablissement globale des finances publiques, une remise en cause de ces exonérations serait donc nécessaire.

- Mesure n°6 - La prise en charge de la dette sociale : une responsabilité de l'Etat

Depuis 1996, la sécurité sociale rembourse sa dette à travers une entité dédiée la Caisse d'amortissement de la Dette Sociale (la CADES). En l'état actuel des transferts de dettes réalisés auprès de la CADES cette dernière aura à horizon 2033 remboursé 400 milliards d'euros, plus les intérêts correspondants. De 1996 à 2023, ces intérêts représentent 79 milliards d'euros. Cette capacité de remboursement de la sécurité sociale se fait via

principalement une contribution dédiée payée sur les revenus d'activité et de remplacement, la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) et d'une partie de la CSG. Autrement dit, ce sont bien les assurés sociaux qui remboursent la dette de la sécurité sociale. Ainsi en 2023 se sont près de 18 milliards d'euros qui ont été remboursés (hors intérêts).

Grâce à ces remboursements et comme le soulignait la Cour des comptes en 2020, entre 2016 et 2019, la dette sociale a reculé de 35.8 milliards d'euros, et ce malgré les déficits de la sécurité sociale. La trajectoire de réduction des déficits constatée sur cette période, en 2019 le déficit est de seulement 1,9 milliard d'euros, conduisait même le gouvernement à envisager des excédents de la sécurité sociale dans la mesure où la CADES aurait remboursé à horizon 2024 toute la dette qui lui était confiée. Si la crise sanitaire et les choix gouvernementaux en ont décidé autrement, cette période 2016-2019 permet de remettre en lumière le fait que la sécurité sociale dispose d'une marge de financement à travers les moyens qu'elle consacre au remboursement de la dette sociale.

Sans remettre en cause le principe d'équilibre des comptes sociaux, il est nécessaire de rappeler que **la CGT a toujours porté une augmentation des recettes pour faire face au besoin de financement plutôt qu'un recours à l'endettement et au contingentement de la dette sociale** dans une structure avec des recettes dédiées. En effet, la stratégie adoptée depuis la création de la CADES conduit de fait à détourner des financements vers le remboursement de la dette plutôt que d'assurer la réponse aux besoins. Remboursement d'une dette largement contestable dans la mesure où le déficit de la sécurité sociale résulte notamment chaque année en dépenses de décisions prises par l'Etat et en recettes à minima d'une non-compensation intégrale par l'Etat des dépenses qu'il fait porter à la sécurité sociale.

La responsabilité de l'Etat dans l'existence de la dette sociale s'est notamment posée au moment de la crise du Covid lorsque le gouvernement a pris la décision de faire porter par la CADES les déficits de la sécurité sociale liés à cette crise. Il a également décidé de faire reprendre une partie des déficits antérieurs de sécurité sociale et une partie de la dette hospitalière. La CADES a donc dû faire face à un transfert de 92 milliards (uniquement déficits 2020-2023) et 136 milliards d'euros (en y ajoutant déficits antérieurs et une partie de la dette hospitalière).

Ainsi, si la Cour des comptes dans son rapport d'octobre 2024 (lien) indique que la CADES ne serait plus en mesure de reprendre la dette de la sécurité sociale compte tenu des déficits à venir trop importants, elle oublie de rappeler que c'est parce que cette capacité a été absorbée par la reprise de la dette Covid notamment. A la fin 2024 il restait à amortir 137 milliards d'euros. La gestion de la crise du Covid et des déficits qu'elle a générés ensuite ont donc privé la sécurité sociale d'une marge de manœuvre qui aujourd'hui permettrait de relativiser très fortement le débat autour des déficits à venir de la sécurité sociale. **Si les 16 milliards de remboursements prévus en 2025 étaient disponibles, les termes du débat actuel seraient différents.**

3. Commentaire sur la contribution du Haut Conseil de l'Age

Pour la CGT la protection sociale est la priorité pour toute la population. On ne parle d'ailleurs que déserts médicaux, difficultés d'accès aux soins, ce qui est encore plus vrai pour les personnes âgées. Le déficit prévu par la LFSS 2025 est de 3,4%, loin du déficit de l'Etat. La CGT ne peut être d'accord avec la saisine du Premier ministre : *« Cette démarche s'inscrit dans le cadre du redressement global des finances publiques, auquel les comptes sociaux doivent contribuer pleinement »*. La sécurité sociale ne peut être appelée à combler les déficits créés par d'autres budgets qui flambent.

En ce qui concerne le soutien à l'autonomie, nous partons des besoins :

- Le manque de personnel est documenté depuis des années par de multiples rapports. Les générations du « baby-boom » arrivent aux grands âges. La prévision de 50 000 embauches d'ici 2030 est très insuffisante. Les rapports demandent à minima le triple ou le quadruple. Les aides à l'autonomie sont également insuffisantes.
- La branche autonomie est dans le rouge, comme la majorité des EHPAD publics.
- Si l'objectif est la bientraitance, on ne peut parler d'économies. Il faut au contraire dégager d'urgence des moyens supplémentaires.

Certes la contribution du HCA ne s'inscrit pas dans les coupes budgétaires demandées par le Premier ministre, ce qui est impossible dans la situation actuelle. Avec le G9 nous partageons nombre de constats (APA, révision de la grille AGGIR, prévention…).

Toutefois la contribution n'est pas à la hauteur, car marquée par le respect de la saisine : « Répondre au double souci du Premier ministre de "répondre aux enjeux démographiques et sociaux de demain, dont les réponses doivent être trouvées aujourd'hui pour ne pas fragiliser l'adhésion à notre système de protection sociale" et de "replacer nos finances sociales sur une trajectoire de redressement et de désendettement".

Certes avec le HCA nous demandons une loi de programmation grand âge (promise par le Président de la République en 2018). Toutefois sauf à être une coquille vide il faut les moyens budgétaires et en personnel nécessaires. Ils n'y sont pas.

La CGT porte deux revendications principales ;

- Nous sommes pour un grand service public de soutien à l'autonomie, en établissement comme à domicile.
- Nous sommes pour l'intégration de la branche autonomie dans la branche maladie de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les différentes pistes de financement nous nous opposons à toute mesure qui réduirait le pouvoir d'achat des retraité.es comme des actif.ves, que ce soit une assurance dépendance obligatoire, la CGG, la TVA "sociale"…

Pour la CGT, il y a d'autres façons de dégager des recettes supplémentaires.

4. Commentaire sur la contribution du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

La CGT tient à réaffirmer son opposition à la démarche engagée par le Premier ministre, qui consiste à saisir le HCFEA dans le seul but d'examiner des pistes d'économies, sur la base de réflexions cadrées d'avance, dans l'objectif affiché de réduire le déficit public. Pour la CGT, ces déficits sont avant tout le résultat d'un assèchement volontaire des recettes, causé par des années de politiques de baisse des financements de la sécurité sociale, dans le seul but de réduire le "coût du travail" au bénéfice du patronat. La politique familiale doit, quant à elle, répondre aux besoins concrets de toutes les familles. À ce titre, les travaux du HCFEA doivent servir cette finalité, et non se transformer en outil d'ajustement budgétaire.

S'agissant du rapport proposé, la CGT partage le constat établi dans la première partie concernant l'évolution des recettes et des dépenses de ces dernières années. Cette analyse met en lumière les effets cumulés de mesures successives qui ont conduit à contenir, voire à réduire, les dépenses au détriment de nombreux assuré·es, dans le seul but de compenser la baisse des recettes, voire de générer des excédents. Cette logique budgétaire, qui risque de se prolonger en l'absence de changement de cap, est inacceptable. Elle ignore les besoins croissants de la population et compromet la réponse à de nouveaux droits, tout en fragilisant les droits existants. Dans cette optique, la CGT ne soutient pas la démarche de réorientation des dépenses de la branche famille ni de transfert supplémentaire vers les autres branches sans de nouvelles recettes.

S'agissant des pistes envisagées, la CGT souhaite faire part de ses positions et observations suivantes.

Sur la politique familiale :

- La revalorisation des prestations familiales et des minima sociaux, indexée sur l'évolution des salaires, avec un mécanisme de rattrapage en cas de forte inflation. Il n'est pas acceptable que ces aides perdent en valeur réelle au fur et à mesure.
- La création d'un véritable service public de la petite enfance, couvrant l'ensemble des modes d'accueil, qu'ils soient collectifs ou individuels, mais en excluant le secteur marchand. Ce dernier porte une lourde responsabilité dans la dégradation de la qualité de l'accueil. À ce titre, la CGT soutient la suppression du CIFAM, dont le coût pour les finances publiques est bien supérieur aux bénéfices réels pour les familles.
- Un congé parental plus court, mieux rémunéré et obligatoirement partagé entre les deux parents. Ce dispositif contribuerait efficacement à l'égalité entre les femmes et les hommes.

Ces mesures, en plus d'améliorer concrètement la vie des familles, seraient également porteuses de nouvelles recettes pour la sécurité sociale, grâce à un meilleur accès à l'emploi des femmes et une répartition plus équitable des responsabilités parentales.

- La CGT a soutenu la création de l'ARIPA, portée par la branche Famille, ainsi que sa généralisation. *Dans ce cadre, la proposition d'harmonisation des barèmes nous paraît justifiée. Nous restons cependant vigilants quant aux moyens alloués à l'agence,* condition indispensable pour garantir un service de qualité et éviter que des familles, faute d'un accompagnement suffisant, ne renoncent à faire valoir leurs droits.
- La CGT revendique historiquement **le droit aux allocations familiales dès le premier enfant,** mais **refuse que cette avancée se fasse au détriment du complément familial.** Celui-ci, qui bénéficie aux familles les plus modestes, doit au contraire être **revalorisé,** et non supprimé.
- Concernant la **majoration de 10 % des pensions de retraite** pour les parents de trois enfants, la CGT a activement participé au débat, notamment dans le cadre des travaux du **Conseil d'Orientation des Retraites (COR)**, en soulignant les **inégalités femmes-hommes** que ce dispositif peut engendrer. Plutôt que de supprimer totalement cette mesure, la CGT propose **d'en revoir les modalités** : une **majoration moindre dès le premier enfant**, puis **une somme forfaitaire à partir de trois enfants**, afin de **corriger les inégalités induites par un calcul en pourcentage,** qui avantage les pensions les plus élevées.

Sur les mesures fiscales :

- Comme le Conseil de la famille, la CGT considère que la Contribution à l'Entretien et à l'Education de l'Enfant (CEEE) doit être vue avant tout comme une participation du parent non-gardien aux besoins de l'enfant, et non comme un simple transfert de revenus entre les foyers des parents séparés. C'est pourquoi *nous soutenons la proposition de l'exclure de l'impôt sur le revenu.*
- Comme déjà exprimée dans ses propositions pour un véritable service public de la petite enfance, *la CGT réaffirme sa position en faveur de la suppression du Crédit d'Impôt pour les Familles* **(CIFAM),** un dispositif coûteux pour les finances publiques et inefficace en matière d'égalité d'accès.
- La CGT *revendique la gratuité de l'accueil de la petite enfance,* au même titre que l'école. Dans cette perspective, **il est inacceptable de remettre en cause les dispositifs actuels** qui permettent d'en alléger le coût pour les familles. Une telle remise en cause **risquerait de freiner le recours à l'accueil formel** et de favoriser le développement du **travail dissimulé**, avec des conséquences néfastes tant pour les enfants que pour les conditions de travail des professionnel·les du secteur.
- Plafonner le bénéfice du quotient conjugal au niveau du quotient familial. Cette augmentation permettrait de réduire fortement le bénéfice du quotient conjugal pour les couples à très haut revenu dans lequel le différentiel de revenu est très fort

dans le couple. Les estimations fournies par le document de référence dans le rapport indiquent d'ailleurs que la grande majorité des hausses porteraient sur le 10e décile de revenu avec une augmentation de près de 1200 euros d'impôt et de très faibles augmentations sur les revenus impactés les plus faibles (à partir du 6e décile) de 50 euros environ.

5. Commentaire sur la contribution du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Comme son nom l'indique, le rôle du HCAAM est de réfléchir à l'avenir de l'Assurance maladie, c'est-à-dire aux évolutions de la structuration du système de santé afin répondre de manière la plus adaptée aux besoins de la population. S'il peut émettre des propositions d'adaptation à court terme, son rôle est plutôt d'étudier des scénarios à moyen et à long terme. En effet, notre système de santé peut être comparé à un grand paquebot qui pour modifier sa route, du fait d'une importante inertie, nécessite un certain temps pour que les effets sur son gouvernail se manifestent réellement par un changement de route.

Dans ce contexte, la manière dont le HCAAM a abordé cette saisine nous apparaît inappropriée. En effet, la structuration du rapport, donc son plan, traite le problème du financement dans le cadre de fonctionnement actuel de notre système de santé et n'aborde pas la question de choix alternatifs d'organisation avec les implications en termes de financement que cela suppose.

Prenant en compte les différents rapports déjà publiés par le HCAAM et les débats actuels sur les choix pour l'avenir de notre système de santé, la CGT considère que le rapport aurait dû considérer trois scénarios :

1. Maintien de l'organisation actuelle basée en ville sur la médecine libérale et ses deux piliers la liberté d'installation et la rémunération à l'acte et une organisation hospitalière s'appuyant sur trois acteurs le service public, le privé non lucratif et le privé lucratif.
2. L'aboutissement du découplage tant au niveau de l'offre de soins avec un secteur public minimum et un secteur privé lucratif dominant, que du financement avec un financement par sécurité sociale se limitant à un filet de sécurité pour les plus pauvres et des assurances privées assurant l'essentiel de la prise en charge des dépenses de santé.
3. Une organisation assise sur un service public avec l'exclusion du secteur privé à but lucratif de toute prise en charge par la sécurité sociale devenant le collecteur unique de cotisations et le financeur unique de prestations avec la fin de l'assurance maladie complémentaire.

Ces trois scénarios doivent être débattus afin qu'un choix politique puisse être effectué. Le scénario 1 nous apparaît comme une impasse au regard des évolutions depuis le tournant du siècle qui a montré qu'il n'est pas capable de s'adapter aux nouveaux besoins de la population et qu'au niveau financier, la technique dite du rabot choisi par les gouvernements qui se sont succédé, est non seulement inefficace, mais entraîne une dégradation continue du système fortement ressentie par la population. Le scénario 2 est celui du système néolibéral existant aux Etats-Unis qui a montré son inefficacité tant en termes de santé publique que de coût. En effet depuis 2014, l'espérance de vie aux Etats-Unis diminue et les dépenses de santé représentent près de 17 % du PIB.

Le choix de la CGT est le scénario 3. Nous sommes confortés dans notre choix par les dérives de la financiarisation du système de santé que nous ne sommes pas les seuls à constater et dont l'exemple le plus significatif est le scandale d'ORPEA. Par ailleurs, nous pensons être en phase avec les demandes des assurés sociaux. En effet, si un référendum posant la question de l'exclusion du secteur privé à but lucratif dans le domaine de la santé et du médico-social était organisé, nous pensons que la réponse serait très majoritairement positive.

En quelques lignes voici les pistes de travail qui pourraient étayer le scénario 3 :

- Une réorganisation s'appuyant sur *un système intégré sur une base territoriale pour en finir avec le fonctionnement en silos* avec d'un côté la médecine de ville, d'un autre l'hôpital et dans un troisième le médico-social. Le territoire devant se concevoir en termes de proximité et de temps d'accès aux différents services, prenant en compte le vieillissement de la population et les difficultés de transport.
- Une organisation de la médecine de ville s'appuyant sur *des centres de santé pluriprofessionnels avec des professionnels salariés, dont l'implantation, est décidée en lien avec la population et les élus locaux*. Cette évolution implique un accompagnement de la fin de l'exercice libéral, donc de la liberté d'installation et de la rémunération à l'acte. Cette nouvelle structuration permet d'une part une régulation adaptée de l'installation des professionnels de santé et la fin des dépassements d'honoraires dont la généralisation devient insupportable pour les assurés sociaux.
- Une *intégration des centres de santé avec les structures du secteur médico-social et les hôpitaux*. Par exemple, le centre de santé peut être localisé au sein d'un EHPAD, la logistique du centre de santé peut être assurée par l'hôpital soit par un biais contractuel, soit par une intégration structurelle complète, etc. Les gestionnaires des centres de santé peuvent être des hôpitaux, des structures de l'économie sociale et solidaire, des collectivités locales ou sous une forme coopérative.
- La réorganisation hospitalière doit permettre *une intégration des établissements privés lucratifs au sein des structures publiques ou privées à but non lucratif* selon une

logique territoriale assurant un accès pour tous les citoyens dans un délai de 30 minutes en voiture aux services de base. Ces derniers sont : un service d'urgence ouvert 24 h sur 24, une maternité et les interventions chirurgicales les plus courantes. Une telle organisation nécessite un financement autre que par la T2A, prenant en compte les réalités géographiques et populationnelles de chaque territoire.

- L'intérêt d'un *financeur unique* pour l'ensemble du système a comme intérêt d'éliminer des charges administratives inutiles et très coûteuses et de libérer du temps de travail pour les professionnels de santé. En effet, de nombreuses études montrent que face aux enjeux démographiques de la population médicale, la ressource immédiatement mobilisable est celle de libérer les 20 à 25 % du temps de travail consacré par les médecins aux tâches administratives et de gestion, tant en ville qu'à l'hôpital.

En conclusion, du fait du temps très réduit pour la rédaction de ce rapport et des choix d'organisation de son plan, la CGT ne peut valider cette approche qui lui semble très loin des enjeux politiques concernant l'avenir de notre système de santé et de son financeur qu'est l'Assurance maladie.

Confédération française démocratique du travail - CFDT

AVIS MOTIVE SUR LE RAPPORT COMMUN DU HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE (HCFIPS), DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM) ET DU HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE (HCFEA)

Introduction

Dans la présente contribution, la CFDT rend d'une part un avis motivé sur la version finalisée du rapport commun produit par le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) le 19 juin 2025 *(1)*. La CFDT présente d'autre part de façon synthétique le scénario qu'elle privilégie *(2)*, en complément des propositions qu'elle a effectuées au cours des travaux et qui sont synthétisées dans l'annexe à la partie du rapport commun réalisée par le HCAAM.

1. Position de la CFDT sur le rapport commun des Hauts Conseils

- *Une concertation utile dans un cadre cependant contraint*

La CFDT a accueilli favorablement la saisine des Hauts Conseils. Elle y a vu la reconnaissance par le gouvernement de l'intérêt de ces instances de concertation, dans un contexte marqué par la tentative de les remettre en cause à la fois au Parlement et dans les médias. Associant parlementaires, hauts-fonctionnaires, gouvernance des organismes de sécurité sociale, représentants de la société civile organisée et experts, les Hauts Conseils sont utiles à la construction de diagnostics partagés comme à l'élaboration de propositions de réformes.

Cette concertation sur un sujet aussi vaste et complexe que le financement de la protection sociale a été très brève et elle a été perturbée par ailleurs par une succession de déclarations contradictoires de la part des pouvoirs publics en faveur de la fiscalisation de ce financement. Sans doute l'élaboration de scénarios alternatifs pour le retour à l'équilibre des comptes sociaux aurait-elle pu être davantage formalisée, s'agissant en particulier des

réformes structurelles à engager dans la branche Maladie. Il en résulte une grande incertitude quant aux suites qui pourraient être réservées à ces travaux par le gouvernement.

Quoi qu'il en soit, la CFDT tient à saluer la mobilisation des Président(e)s, des secrétariats généraux et des membres des Hauts Conseils.

- *Pour des efforts équitablement partagés à l'appui de réformes structurelles*

La CFDT constate que la sécurité sociale n'a pas été suffisamment financée ces dernières années et que son besoin de financement va s'accroître à long terme au vu des évolutions attendues aux plans démographiques, épidémiologiques et scientifiques.

Une augmentation des ressources de la sécurité sociale est donc nécessaire. Mais les efforts doivent être équitablement partagés et ils ne seront acceptables que si la pertinence des dépenses est renforcée. Ce sont ces deux axes qui, ensemble, pourront garantir la pérennité de la sécurité sociale et du haut niveau de protection sociale attendu en France tant par les travailleurs, les retraités et l'ensemble des résidents que par les entreprises et les investisseurs.

En l'absence de réformes structurantes agissant sur les déterminants de l'évolution des dépenses sociales, la CFDT regrette que les pouvoirs publics aient multiplié des mesures d'économie de court terme. Ces « coups de rabot », aussi injustes socialement qu'inefficaces à moyen et long terme, réduisent progressivement le niveau et le périmètre de la couverture solidaire des risques sociaux. Mais aucun retour à l'équilibre financier ne sera durable sans une action sur les déterminants sociaux, notamment de santé.

A cet égard, la CFDT constate que, depuis « Ma santé 2022 », la France est en panne d'une stratégie nationale de santé portée collectivement. Alors que notre système de santé reste sous la contrainte d'une pénurie des personnels soignants, de difficultés d'accès aux soins et d'enjeux de qualité et de sécurité des soins, la CFDT demande que ce chantier soit ouvert sans tarder.

S'agissant des branches Familles et Autonomie, une réflexion stratégique devra également être engagée rapidement. La branche Famille se présente comme excédentaire à long terme. Toutefois, sa part dans le produit intérieur brut (PIB) a enregistré une forte baisse depuis 2014. Comme le HCFEA, la CFDT estime que les besoins non couverts des familles restent très importants, et s'accroissent, comme en témoigne la diminution du nombre de places d'établissement d'accueil du jeune enfant. Elle approuve la recommandation de porter une attention accrue à la petite enfance, aux familles monoparentales et aux familles nombreuses. Le congé parental indemnisé et l'accueil du jeune enfant doivent être mieux articulés, dans une perspective d'égalité femmes / hommes.

- *L'objectivation des enjeux relatifs au coût du travail*

L'impact du financement de la sécurité sociale sur le coût du travail s'est réduit sur la longue période. Les travaux du HCFiPS ont établi le 3 avril 2025 que les cotisations et contributions de sécurité sociale n'ont pas enregistré de hausse de taux ces dernières années. Le niveau

des cotisations de sécurité sociale est resté relativement stable à 45 % entre 1980 et 2018 et il a même fortement diminué à compter de 2015.

La Cour des comptes a rappelé le 26 mai 2025[642], d'une part, que **le montant des exonérations générales de cotisations sociales a progressé plus rapidement que les recettes de la sécurité sociale** et, d'autre part, que les modalités de leur compensation financière par l'État sont devenues défavorables à celle-ci. De 2014 à 2024, le total des exonérations générales de cotisations sociales patronales du secteur privé a presque quadruplé, passant de 20,9 Md€ à 77,3 Md€, dont 63,6 Md€ au titre des cotisations de sécurité sociale. En dix ans, la part des exonérations générales de cotisations sociales patronales du secteur privé, y compris d'assurance chômage et de retraites complémentaires obligatoires, par rapport à la masse salariale du secteur privé, a presque triplé, passant de 4 % en 2014 à 10,6 % en 2024. La CFDT est donc fondée à critiquer l'évolution non maîtrisée des exonérations de cotisations sociales qui pèsent sur le financement de la sécurité sociale, alors que leur efficacité au service de l'emploi n'est pas établie.

C'est pourquoi **la CFDT s'oppose à une nouvelle baisse des cotisations sociales supportées par les entreprises, voire de la contribution sociale généralisée (CSG), que compenserait une hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à la charge des ménages**, en particulier de ceux qui, n'ayant pas le moyen d'épargner, dépensent et consomment la totalité leurs revenus. **Cette hypothèse détourne le débat public de l'enjeu du retour à l'équilibre des comptes sociaux. Ne dégageant pas de ressources supplémentaires pour la sécurité sociale, il est certain, en effet, qu'elle ne réduirait en rien son déficit.** Au surplus, cette proposition constituerait une véritable « dévaluation sociale ». Comme les dévaluations monétaires dites « compétitives » des années 1970 et 1980, cette dévaluation sociale serait censée accroître la compétitivité-prix des exportations, le temps que durerait le gel de l'évolution des salaires. Il s'agirait donc d'un transfert de charges des entreprises vers les ménages, dont le coût des consommations serait renchéri, et vers les travailleurs, dont la rémunération ne pourrait plus progresser.

- *Les principes d'un juste retour à l'équilibre des comptes sociaux*

Pour la CFDT, le retour à l'équilibre des comptes sociaux est un enjeu de bonne gestion et de justice intergénérationnelle. **La résorption des déficits de la sécurité sociale à la fin des années 2010 montre qu'un retour à l'équilibre est possible. Pour y parvenir, il sera nécessaire de mener une action résolue, dans un cadre pluriannuel, avec des échéances réalistes. Cela signifie : sans doute pas avant 2029 comme annoncé par le gouvernement, mais plutôt à une échéance de dix ans, soit avant 2036.**

La CFDT est attachée à l'autonomie de gestion de la sécurité sociale par rapport à l'Etat, donc à la séparation stricte du financement de la sécurité sociale et du budget de l'Etat.

La CFDT revendique de conditionner les exonérations de cotisations sociales sur les salaires inférieurs à 1,6 salaires minimums interprofessionnels de croissance (Smic) à la conformité

[642] *Rapport 2025 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 26 mai 2025.

des salaires minimums des branches professionnelles au Smic et à la révision quinquennale des systèmes de classification. La CFDT demande en outre de transformer les exonérations de cotisations sociales au-delà de 1,6 Smic en aides directes conditionnées à l'amélioration de la qualité de l'emploi. Cette amélioration aura un effet bénéfique sur le financement de la sécurité sociale, qui est assis de façon prédominante sur les revenus d'activité.

La CFDT préfère que le financement de la sécurité sociale soit conforté par de la CSG ; c'est aussi la position du HCFiPS dans le rapport commun. Cette contribution sociale est dédiée à la sécurité sociale. Ses assiettes sont larges et ne sont pas mitées par des exonérations. La CSG peut intégrer des éléments de diversification et progressivité, en taxant davantage, comme le propose également le HCFiPS, à la fois le patrimoine et les placements.

Approuvant sur ces questions le rapport commun, la CFDT considère que les dépenses de la sécurité sociale doivent viser l'efficience, ce qui suppose de lutter contre les situations de rente et de mieux réguler la dynamique de financiarisation à l'œuvre dans les branches Maladie, Famille et Autonomie.

La CFDT ne souhaite pas qu'il y ait de transferts financiers systématiques entre branches. Ceux-ci doivent être limités et porteurs de sens. Le transfert de l'excédent de la branche Famille vers la branche Maladie, par exemple, serait dénué de toute signification.

La CFDT estime que les efforts doivent être partagés par tous, et pas seulement supportés par les travailleurs et les ménages. Le rapport commun formule plusieurs propositions en ce sens. La CFDT est favorable à la mise à contribution du patrimoine par la révision de plusieurs niches fiscales et sociales. Elle demande que les droits de succession soient augmentés pour financer la branche Autonomie. A l'appui des politiques de prévention, elle soutient le renforcement des taxes comportementales.

La CFDT n'est pas opposée à ce que soit expertisé le développement du recours contre tiers dans la branche Maladie, notamment en cas de violences faites aux femmes (après consultation des associations de victimes) et dans le cadre de la transition écologique juste. La CFDT est favorable au renforcement de la prévention et de l'indemnisation des risques psycho-sociaux dans les branches Maladie et Accidents du travail / maladies professionnelles. Pour la branche Famille, elle propose l'instauration d'un système incitatif de contributions pour les entreprises qui ne prennent pas d'initiatives pour réduire leur impact négatif sur la parentalité, en cas notamment d'horaires atypiques ou arythmiques qui nuisent à la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.

2. Scénario proposé par la CFDT

La CFDT se positionne pour une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux avant 2036, soit en dix ans, de 2026 à 2035. Elle décrit son scénario seulement sur les années 2025, 2026 et 2027, compte tenu des incertitudes politiques à moyen et long terme.

- *En 2025 :*

Avant la fin 2025, la CFDT propose quatre mesures financières.

Toutefois, sans attendre le résultat de réflexions plus structurelles à mener courant 2026, des réponses fortes doivent être apportées aux problèmes les plus patents. S'agissant de la branche Maladie, il s'agit des déserts médicaux, des pénuries de médicaments, ainsi que des actes et soins réalisés ou prescrits dans un cadre non conventionné ou avec dépassements d'honoraires. La CFDT souhaite que ces questions sanitaires et/ou financières de vie quotidienne soient traitées avant la fin de l'année et trouvent une traduction législative dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 et/ou dans des projets ou propositions de loi *ad hoc*.

La CFDT constate par ailleurs que la santé mentale, qui est un poste de dépenses important pour la branche Maladie et qui a été choisie comme grande cause nationale pour 2025, reste négligée dans les politiques de protection sociale. La CFDT approuve le HCAAM quand il propose de développer la prévention et de prioriser les interventions de la branche Maladie dans ce domaine. Pour la CFDT, le développement de « Mon soutien Psy » pourrait être accéléré avec la signature d'une première convention nationale avec un réseau de psychologues référencés. Cette relation conventionnelle serait de nature à favoriser la coordination avec les médecins traitants, notamment pour renforcer l'accompagnement de mineurs ou d'adultes de moins de 25 ans. Cette annonce pourrait être faite en 2025 et ses principes définis dans le PLFSS 2026.

- *Augmenter les ressources de la sécurité sociale*

Le projet de loi de finances (PLF) pour 2026 et le PLFSS 2026 doivent mettre en œuvre une trajectoire crédible de retour à l'équilibre des comptes sociaux. Compte tenu de la gravité de la crise des finances publiques et notamment sociales, ainsi que des engagements déjà pris au niveau européen sur la trajectoire financière, la CFDT privilégie l'hypothèse d'un retour à l'équilibre avant 2036, mais avec des mesures fortes avant 2029.

Les incertitudes politiques à court et moyen terme invitent à ne pas procrastiner. Une hausse significative des ressources de la sécurité sociale sera sans doute difficile à faire adopter juste avant l'élection présidentielle prévue en 2027. L'enjeu porte donc, dès 2025, sur les mesures à insérer dans le PLFSS 2026 voire dans le PLF 2026.

En responsabilité, la CFDT privilégie, comme le HCFiPS, une augmentation de la CSG. Ce sera un effort important pour chacun. La CFDT est favorable, comme le HCFiPS également, à une hausse plus élevée du taux de la CSG sur les placements financiers et les revenus du patrimoine, afin d'introduire des éléments de progressivité.

A titre d'illustration, le rendement d'une hausse d'un point de CSG serait de l'ordre de 18 Md€ en 2025.[643] Avec un déficit prévisionnel de la sécurité sociale s'élevant à 22,1 Md€ en 2025, cette ressource supplémentaire comblerait environ 80 % du besoin de financement. Le reste à financer pourrait être trouvé dans des recettes annexes et/ou réduit par des gains d'efficience. Naturellement, décider d'une hausse d'un tel niveau apparaît difficile.

[643] Ce chiffrage ne prend pas en compte de l'effet « retour », notamment concernant l'impôt sur le revenu, du fait du caractère déductible d'une partie de la CSG.

Pour ménager le consentement au paiement de l'impôt et des cotisations et contributions sociales, plusieurs mesures de justices fiscales et sociales doivent être prises en parallèle, en particulier une augmentation des droits de succession pour financer la branche Autonomie et l'imposition des patrimoines des contribuables les plus riches. Porteuse de sens, la hausse des taxes comportementales, notamment sur l'alcool, peut aussi être prévue en appui des politiques de prévention dans le PLFSS 2026.

- *Rationaliser les exonérations de cotisations sociales*

Le PLFSS 2026 devrait **conditionner les exonérations de cotisations sociales sur les salaires inférieurs à 1,6 Smic** à la conformité des salaires minimum des branches professionnelles au Smic et à la révision quinquennale des systèmes de classification. Cette rationalisation pourrait être amorcée sans tarder. En outre, **les exonérations de cotisations sociales au-delà de 1,6 Smic devraient être transformées en aides directes conditionnées à l'amélioration de la qualité de l'emploi**.

Comme le HCFiPS, la CFDT demande **une stricte compensation par l'Etat des pertes de recettes enregistrées par la sécurité sociale au titre des exemptions et exonérations de cotisations sociales**, comme le prévoyait la loi dite Veil du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

Comme la Cour des comptes dans son rapport du 26 mai 2025, la CFDT recommande de **faire assumer directement et intégralement par l'Etat la compensation des exonérations générales de cotisations sociales patronales aux organismes de retraite complémentaire et à l'assurance chômage**.

- *Transférer la gestion de la dette sociale à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)*

La CFDT, comme l'unanimité du Conseil d'administration de l'Agence centrale des comptes des organismes de sécurité sociale (Acoss), réaffirme que l'Acoss n'a pas vocation à gérer la dette de la sécurité sociale. La CFDT est favorable au **transfert à la Cades de nouveaux montants de la dette sociale, en décalant l'échéance de 2033 fixée pour l'amortissement de celle-ci**. Cela nécessite le vote d'un projet de loi organique, si possible avant la fin 2025. Ce projet de loi organique devrait inscrire par ailleurs les PLFSS dans un cadre résolument pluriannuel et, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), définir un sous-objectif sur les dépenses de prévention, afin que le « virage préventif » ne reste pas qu'une formule.

La CFDT revendique la reprise par l'Etat de la dette constituée pendant l'épidémie de Covid-19, qui a été transférée à tort à la Cades.

L'un des enseignements majeurs de cette pandémie est la nécessité de constituer des réserves en période de quasi-équilibre ou d'équilibre des comptes sociaux, afin d'anticiper les chocs sanitaires ou économiques futurs. Dans le cadre du projet de loi organique, la CFDT propose donc la création d'un fond de réserves pour la branche Maladie et d'un fonds de mutualisation interbranches à la Cades.

- *Dégager des gains d'efficience en luttant en priorité contre la financiarisation des activités financées par la sécurité sociale*

L'Etat doit mieux réguler la dynamique de financiarisation à l'œuvre dans les branches Maladie, Famille et Autonomie. Par financiarisation, il faut entendre la captation par certains groupes privés à but lucratif (dans le cadre de sociétés civiles immobilières ou de centrales d'achats par exemple) d'une rente financée par la sécurité sociale au détriment à la fois du service rendu aux usagers et des conditions de travail et de rémunération des travailleurs. La CFDT souhaite que l'Inspection générale des finances (IGF) dresse rapidement un bilan de cette financiarisation dans les secteurs de la santé, de petite enfance et de la perte d'autonomie et formule des propositions pour résorber cette économie de la rente par la mise en place d'une fiscalité adaptée, à intégrer dans le PLF 2027 et/ou le PLFSS 2027.

- *En 2026 :*

L'année 2026 doit favoriser la consolidation des ressources de la sécurité sociale, par la remise en cause d'un certain nombre de niches fiscales et sociales, en particulier dans l'assurance-vie et l'épargne-retraite, dans les PLF 2027 et PLFSS 2027. 2026 doit permettre également l'augmentation des ressources liées au recours contre tiers et aux taxes comportementales en appui des politiques de prévention.

Pour la CFDT, la stratégie nationale de santé doit être redéfinie en 2026, dans le cadre d'une concertation approfondie. Les actions à mener sur les déterminants structurels des dépenses de santé en découleront. La CFDT s'oppose à toute culpabilisation, voire stigmatisation, des patients ; cela pourrait en outre restreindre l'accès aux soins et, au final, provoquer la constitution de dettes sanitaires explosives dans la population.

Dans la branche Maladie, l'accent devra être mis sur le virage préventif, l'activation de la prise en charge des pathologies chroniques (qui ne peut pas être appréhendée que d'un point de vue comptable) et la refondation globale de la politique de gestion du risque. Les postes de dépenses les plus dynamiques devront faire l'objet de concertations approfondies, voire de négociations formelles, visant à définir les voies et moyens de réformes efficaces à moyen et long terme et justes socialement : affections de longue durée (ALD), indemnités journalières, transport de malades, dispositifs médicaux, etc. A cet égard, la CFDT s'oppose fermement à l'hypothèse émise par le HCAAM pour la remise en cause du régime des ALD, à savoir la création d'un « bouclier sanitaire ». La CFDT est opposée également au démantèlement du régime des indemnités journalières, alors que le rapport commun met l'accent sur les arrêts courts qui sont pourtant les moins dynamiques et coûteux au total, tant financièrement qu'humainement. Sur ce sujet, la CFDT demande qu'un travail entre les partenaires sociaux permette de jeter les bases d'un diagnostic partagé pour traiter les questions du travail associées et apporter des réponses de fond à la dynamique à l'œuvre.

La CFDT souhaite que la gouvernance de la branche Maladie, renouvelée en 2026, définisse une offre rationalisée de services numériques à partir de www.ameli.fr et de www.monespacesante.fr, avec l'appui des pouvoirs publics pour réguler enfin l'activité de

plateformes de services à but lucratif qui gèrent les accès aux professionnels de santé et réalisent le stockage de données personnelles de santé.

La CFDT estime qu'une gouvernance du panier de soins remboursables par les assurances maladie obligatoire et complémentaire reste à imaginer et que les partenaires sociaux auront toute légitimité à y jouer un rôle déterminant. En somme, la CFDT propose que trois espaces de discussions soient prioritaires et ouverts en 2026 : sur les ALD, sur les indemnités journalières et sur la gouvernance du panier de soins remboursables.

Une réflexion stratégique devra aussi être menée pour la branche Famille. Pour la CFDT, la baisse de la natalité et le développement de nouvelles compositions familiales (familles monoparentales et familles recomposées) doivent conduire à verser les allocations familiales dès le premier enfant. La CFDT souhaite que les effets du quotient conjugal soient plafonnés et que soit amorcée la suppression du quotient conjugal afin d'individualiser l'impôt sur le revenu.

Enfin, la branche Autonomie devra, elle aussi, redéfinir sa stratégie, Pour la CFDT, il est important de placer les personnes au centre des dispositifs de prévention, de prise en charge sanitaire et d'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie. La CFDT propose une coordination territoriale par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), un accès égal à la prévention tout au long de la vie, ainsi qu'un repérage de la fragilité par le développement de l'offre de prise en charge et d'accompagnement dans une logique de parcours alliant prévention, précocité des interventions et inclusion sociale. La CFDT considère que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) doit piloter la transversalité des accompagnements et, pour ce faire, devenir une caisse prestatrice. La CFDT appelle aussi au renforcement de la gouvernance locale, les départements devant gérer les dispositifs de manière égale et opposable sur l'ensemble du territoire national. Pour la CFDT, il convient de dégager un financement pérenne sur le fondement d'une solidarité large assurée par tous les revenus, y compris les pensions de retraite ; ce financement ne peut pas reposer seulement sur les travailleurs, des compléments de financement public étant nécessaires ; la CFDT revendique une harmonisation fiscale pour financer la perte d'autonomie, incluant une augmentation des droits de succession sur les plus hauts patrimoines et une taxe sur les donations.

- *A partir de 2027 :*

Dégagées à partir des réflexions stratégiques menées en 2026, les premières actions à mener sur les déterminants structurels des dépenses de santé doivent commencer à alimenter le PLSS 2027 et/ou le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2027 qui pourrait être adopté, par hypothèse, après l'élection présidentielle. Leurs effets sur l'efficience et la dynamique des dépenses sociales devront être mesurés dans la durée.

Confédération générale du travail – Force ouvrière – CGT FO

Contribution de Force Ouvrière au rapport commun HCAAM-HCFEA-HCFIPS suite à la saisine du premier ministre du 7 mars 2025

Saisi conjointement par le Premier ministre, le 7 mars 2025, les aux trois hauts conseils, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), et le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) ont œuvré à la production d'un rapport visant trois objectifs : établir un diagnostic des causes des déséquilibres financiers de la sécurité sociale, identifier les leviers possibles de redressement à court et moyen terme (réglementaires et légaux), et proposer des scénarii de redressement mobilisant ces leviers.

Chapitre 1 – Contribution du HCAAM pour l'avenir de l'assurance maladie

Depuis toujours, la sécurité sociale ne peut se résumer à de simples enjeux financiers, il s'agit avant tout de la prise en compte des besoins des individus qu'elle protège des risques économiques de la vie.

Pour Force Ouvrière, la politique gouvernementale tournée aujourd'hui vers l'absorption du déficit public ne doit pas prendre le pas sur les besoins de santé des assurés sociaux. Notre système de sécurité sociale doit continuer à répondre à leurs besoins de prise en charge tout en améliorant l'efficacité et la qualité des systèmes de santé pour faire face aux enjeux de demain. L'accès universel aux soins de qualité, fondement des valeurs de notre démocratie sociale, doit être préservé.

I. La santé : les enjeux de financement d'un besoin :

Pour Force Ouvrière, la santé ne doit pas être analysée sous un angle purement économique, il ne s'agit pas d'actes commercialisables avec un retour sur investissement attendu.

Toutefois, la santé ne peut être décorrélée de toute notion de financement, absolument indispensable pour garantir à chacun des assurés sociaux une réponse adaptée à leurs besoins.

a. La gouvernance financière de la sécurité sociale :

Le budget de la sécurité sociale représente deux fois celui de l'Etat. Sa gouvernance financière est devenue un enjeu majeur notamment à l'heure des objectifs d'équilibre budgétaires imposés par l'Union européenne à ses Etats membres.

Il est pourtant fondamental de distinguer :

- La dette sociale : qui correspond aux déficits cumulés des organismes de sécurité sociale, centralisés et gérés par la CADES et l'URSSAF Caisse Nationale et financés par des ressources propres (CSG et CRDS).
- La dette publique : qui correspond à la dette de l'Etat.

Il est regrettable de constater qu'un amalgame volontaire est aujourd'hui entretenu entre ces deux notions. Cette confusion, loin d'être anodine, a permis aux gouvernements successifs d'imposer l'idée d'une prétendue « nouvelle solidarité entre la sécurité sociale et l'Etat ». En réalité, cette solidarité à sens unique compromet gravement la soutenabilité de la sécurité sociale, désormais contrainte d'assumer financièrement les désengagements répétés de l'Etat.

b. Les dépenses de la Branche Maladie :

Pour Force Ouvrière, la question des recettes constitue le véritable enjeu du financement de la sécurité sociale. Cela n'empêche toutefois pas de reconnaitre que les dépenses de la Branche Maladie augmentent continuellement d'année en année. Si certaines de ces dépenses ne sauraient être remises en cause – comme celles liées au vieillissement de la population à la progression des pathologies chroniques ou encore à l'utilisation de dispositifs médicaux plus modernes donc plus couteux, etc. – d'autres pourraient être contenues. C'est notamment le cas des dépenses induites par la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui pourraient être réduites par la mise en place de mesures contraignantes.

II. Les propositions en vue d'équilibrer la Branche maladie :

Pour préserver notre système de protection sociale, l'équilibre entre les dépenses et les recettes reste à trouver.

a. La prévention : un enjeu majeur de santé publique et un investissement stratégique pour limiter les coûts futurs

La prévention est un levier essentiel de santé publique mais aussi un outil puissant pour contenir les dépenses de demain. En agissant en amont, il devient possible de réduire significativement les pathologies évitables, les arrêts de travail prolongés et le recours à des soins coûteux.

Le rapport « charges et produits pour 2025 » incite dans ce sens à la promotion de la santé environnementale, de la santé mentale chez les jeunes, au déploiement de parcours dédiés aux polypathologies chroniques mais aussi à la lutte contre le gaspillage de pansements, médicaments et autre matériel médical non utilisé etc.

Outre ces mesures, Force Ouvrière propose :

- De désigner un acteur pilote en prévention, à l'image de l'Assurance maladie obligatoire, qui dispose des données nécessaires pour cibler efficacement les publics et les politiques de prévention primaire et secondaire ;
- De revaloriser la profession de médecin de prévention et en renforcer le recrutement (5.700 praticiens en 2023), condition indispensable à l'émergence d'une véritable filière dédiée ;
- D'intégrer pleinement la prévention à l'école pour sensibiliser la population dès le plus jeune âge ;
- D'intensifier la lutte contre la sédentarité, facteur aggravant de nombreuses pathologies chroniques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, certains cancers…) ;
- Encourager les employeurs à investir dans la prévention via les accords d'entreprise.

Force Ouvrière rappelle qu'un véritable virage préventif n'est pas une dépense supplémentaire, mais un investissement d'avenir. C'est en agissant aujourd'hui que nous éviterons les coûts croissants de demain.

b. La lutte contre la fraude :

Les dérives constatées ces dernières – notamment des centres de santé et des centre audioprothésiste – appellent un encadrement renforcé.

Entre 2022 et 2024, les fraudes dans les centres de santé ont atteint 90 millions d'euros, entrainant la déconventionnement de 30 structures en 2024. Ces établissements, pourtant financés par l'Assurance maladie, souffrent d'un manque évident de contrôle et de régulation.

La situation est tout aussi préoccupante du côté des centres audioprothésistes, un secteur en forte croissance mais marqué par une explosion de fraudes : 55 millions identifiés sur les trois premiers trimestres de 2024.

Bien que l'article 43 de la LFSS ait été censuré par le Conseil constitutionnel, une nouvelle initiative législative pourrait permettre de renforcer les contrôles des centres audioprothésistes conventionnés.

Par ailleurs, une proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale prévoit la création d'un Ordre national des audioprothésistes. Cette instance serait chargée de réguler la profession, de garantir un suivi déontologique et d'assurer la traçabilité des professionnels autorisés à exercer, tout en protégeant les patients face aux pratiques frauduleuses.

Outre ces mesures, Force Ouvrière propose :

- De mieux associer les assurés à la régulation du système de soins afin de permettre à ces derniers de faire remonter leurs expériences sur leur parcours de soins. Ces retours d'expérience pourraient constituer une base utile pour la négociation de futures conventions médicales ;
- De favoriser la coopération entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire dans un cadre juridique claire favorisant un véritable échange d'information et une coordination efficace au service d'un meilleur contrôle.

c. La réduction et le conditionnement des exonérations de cotisations pour préserver le financement de la sécurité sociale :

Les allègements de cotisations sociales ont atteint leurs limites. Plusieurs rapports récents, dont celui des économistes messieurs Bozio et Wassmer, soulignent l'essoufflement du dispositif, notamment au niveau du SMIC. Les exonérations sur les salaires plus élevés (entre 2,5 et 3,5 SMIC) sont également critiquées pour leur inefficacité sur l'emploi et la compétitivité, comme l'ont rappelé messieurs les députés Guedj et Ferracci, ainsi que le Conseil d'analyse économique dès 2019 pour les salaires au-delà de 1,6 SMIC. La remontée du chômage à 7,6 % début 2025 confirme l'inefficacité de ces exonérations comme levier d'emploi.

Par ailleurs, ces exonérations, qui représentent 2,7 % du PIB en 2023, pèsent lourdement sur les finances publiques et favorisent les bas salaires tout en déstabilisant le financement de la sécurité sociale qui, pour être compensé, doit se fiscaliser.

De plus, ces exonérations sont versées sans contrepartie, alors qu'elles pourraient être conditionnées à des engagements sociaux (égalité professionnelle, qualité de l'emploi…).

Outre ces mesures, Force Ouvrière propose :

- De mettre fin aux exonérations automatiques et les conditionner,
- De revenir à un financement basé sur les cotisations salariales et patronales,
- D'évaluer et supprimer les exonérations inefficaces ou non compensées,
- De soutenir la réduction engagée par l'article 18 de la LFSS (1,6 Md€ d'économies), bien qu'insuffisante face aux 80 Md€ d'exonérations annuelles.

d. Limiter le financement de certains organismes par l'Assurance maladie :

Force Ouvrière alerte sur le financement, par l'Assurance maladie, de nombreux organismes dont l'action ne relève pas directement de son périmètre de compétence. Parmi ces structures, certaines méritent un réexamen approfondi de leur légitimité à recevoir des fonds de l'Assurance maladie obligatoire, notamment :

- Le Centre national de gestion (CNG),
- L'École des hautes études en santé publique (EHESP),
- La Plateforme des données de santé,
- Le Comité de gestion des œuvres sociales au titre de conventions assurantielles (article L.141-1 du Code des assurances).

Le financement de certains fonds spécifiques (FNDS, FLCA…) pourrait être réorienté vers des actions de prévention concrètes, utiles et mesurables.

Force Ouvrière rappelle que la majorité de ces structures relèvent du sixième sous-objectif de l'ONDAM, qui ne bénéficie que d'une compensation partielle par l'État.

Outre ces mesures, Force Ouvrière demande :

- La compensation intégrale de ces dépenses par l'État,
- La représentation systématique de la CNAM dans la gouvernance de ces structures lorsqu'elles sont financées par l'Assurance maladie.

e. Développer la fiscalité comportementale :

Dans un objectif de santé publique, Force Ouvrière estime qu'une fiscalité comportementale (de type taxes tabac ou alcool) peut être envisagée sur des produits de consommation néfastes à la santé, à condition qu'elle s'applique aux producteurs, qu'ils soient français, européens ou extra-européens.

Une telle fiscalité suppose :

- Une meilleure transparence sur la composition des produits,
- Une information plus claire des consommateurs,
- Une réflexion sur l'harmonisation du Nutriscore, malgré les résistances rencontrées à l'échelle européenne (notamment de la part de l'Italie).

FO propose également :

- La mise en place d'un label nutritionnel généralisé dans les restaurations collectives (écoles, entreprises, EHPAD…),
- Des actions ciblées contre la malnutrition des personnes âgées, responsable de nombreuses hospitalisations évitables,
- Un soutien renforcé à la lutte contre l'obésité infantile, qui progresse aussi en France.

Promouvoir une alimentation saine dès le plus jeune âge et jusqu'à la fin de vie, c'est prévenir les pathologies chroniques coûteuses de demain, tout en améliorant durablement la qualité de vie des assurés.

Chapitre II – Rapport du HCFIPS sur le redressement des comptes de la sécurité sociale

Notre sécurité sociale vise tout d'abord une réponse aux besoins des assurés sociaux dans un contexte de vieillissement démographique et malgré la dégradation des comptes sociaux. Si l'équilibre des comptes sociaux est une condition sine qua non de la pérennité de notre modèle sociale, cet objectif ne doit pas être un prétexte à l'austérité sociale ou à la remise en cause de notre modèle social.

Le Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFIPS) prône l'équilibre budgétaire de notre sécurité sociale comme principe fondamental afin d'une part de garantir la confiance en notre système et d'autre part l'équité intergénérationnelle. Si Force Ouvrière (FO) partage cet objectif de soutenabilité, il convient de rappeler que le déficit est tout d'abord lié à des choix politiques et non à une dérive incontrôlée des dépenses. FO refuse que l'équilibre soit recherché au détriment des droits sociaux ou par une réduction de la couverture des assurés sociaux.

Par ailleurs, le HCFIPS insiste sur la nécessité de soutenir l'emploi et la croissance puisque plus de 80% des recettes de la sécurité sociale sont assises sur les revenus d'activités. FO défend la stratégie de la qualité de l'emploi et la revalorisation des salaires mais s'oppose cependant à une flexibilisation accrue du marché du travail ou à l'alignement sur des modèles européens qui pourraient fragiliser la protection sociale. FO rappelle que la hausse du taux d'emploi ne doit pas servir de prétexte à la remise en cause des droits sociaux.

Le HCFIPS estime que la trajectoire de retour à l'équilibre doit prendre en compte le vieillissement et préserver les dépenses d'avenir. FO soutient l'investissement dans la prévention et l'innovation mais refuse que ces axes servent à justifier des économies sur les prestations ou à limiter l'accès aux soins.

Dans l'objectif d'un retour à l'équilibre des comptes sociaux, le HCFIPS préconise de nouvelles règles de gouvernance grâce à un pilotage pluriannuel et une gouvernance clarifiée. FO défend depuis toujours une gestion paritaire de la sécurité sociale et cela s'oppose à une étatisation croissante ou à une dilution de la gouvernance sociale dans la gouvernance budgétaire de l'Etat.

Afin de redresser les comptes de la sécurité sociale, le HCFIPS préconise de combiner des mesures de rendements de court terme et une stratégie de moyen terme. FO milite pour une vision à long terme, si les mesures à effet rapide peuvent être salutaires, FO s'oppose à toute mesure d'urgence se traduisant par des coupes budgétaires ou des transferts de charges vers les assurés sociaux.

Le HCFIPS met la prévention au cœur d'une stratégie à moyen terme. FO est favorable aux mesures de prévention permettant d'éviter les pathologies chroniques tout en assurant leur traitement curatif lorsqu'elles se présentent (Voir supra chapitre 1).

Le HCFIPS estime que l'efficience constitue un axe fondamental de la stratégie à moyen terme. FO y est favorable à condition qu'elle ne solde pas par une dégradation ou une dégradation de la qualité des soins.

La volonté du HCFIPS de clarifier le financement en garantissant la cohérence entre prélèvement, finalité, bénéficiaires et équité et louable mais FO défend un financement par la cotisation sociale, solidaire et proportionnelle afin que chacun puisse contribuer au système social en fonction de ses moyens et en bénéficier selon ses besoins. La fiscalisation croissante dilue le lien entre droits et contribution.

Enfin, le HCFIPS préconise la mise en place d'une pédagogie citoyenne durable en matière de sécurité sociale. FO y est favorable et souligne que la confiance passe d'abord par le respect des principes fondateurs : solidarité, universalité et gestion démocratique

En ce qui concerne les pistes de nouvelles recettes, FO souhaite rappeler à titre liminaire sa position de principe. En effet, le financement par la cotisation sociale est fondamental pour préserver le modèle social français. FO conteste les exemples donnés (sous-indexation des retraites, transfert vers les complémentaires) qui sont présentés comme des alternatives techniques alors qu'ils constituent des choix politiques majeurs affectant directement les droits sociaux.

FO précise que nous rejetons catégoriquement le recours à une hausse de TVA, dite TVA sociale, dans le financement de la sécurité sociale. Ce mode de financement qui remplace la solidarité et la cotisation par la consommation opère un basculement des valeurs de la sécurité sociale en ne contribuant plus selon son salaire mais selon sa consommation. Nous nous opposons à cette mesure à fortiori dans le cas où elle vient encore accentuer les exonérations de cotisations patronales qui sont responsables majoritairement des déficits puisqu'ils ont atteint 80 milliards d'euros par an.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'emploi et la productivité, le HCFIPS met l'accent sur le taux d'emploi comme levier principal pour redresser les comptes, avec une comparaison avec l'Allemagne et l'objectif d'1,5 million d'emplois supplémentaires. FO reste vigilante quant à cette recommandation : la qualité de l'emploi prime sur la quantité. FO s'oppose à toute politique visant à augmenter le taux d'emploi par la précarisation ou la flexibilisation du marché du travail. FO rappelle que le modèle allemand cité en exemple s'est construit sur le développement massif des mini-jobs et la compression salariale.

En ce qui concerne la stagnation des salaires, le Haut conseil indique que le prélèvement social n'est pas à l'origine de la stagnation des salaires, qui résulte de nombreux autres facteurs notamment la faiblesse de la productivité. Cette analyse reste contestable pour FO, la productivité ne peut être la cause principale de la stagnation salariale. En effet, c'est

avant tout le partage de la valeur ajoutée qui est en cause, avec une part croissante allant aux dividendes et une part décroissante aux salaires. FO rappelle que la productivité française reste parmi les plus élevées d'Europe et que le problème est davantage celui de la répartition des gains de productivité.

Enfin, le rapport reconnaît l'importance de la qualité de l'emploi. FO salue cette analyse et souligne que la qualité de l'emploi passe d'abord par des garanties collectives fortes, des salaires décents et une protection contre la précarité. FO rappelle que la santé au travail ne peut être réduite à une approche économique notamment par la réduction de l'absentéisme mais doit être considérée comme un droit fondamental des travailleurs.

Pour conclure, ce rapport souligne l'importance de rénover la gouvernance. La préservation de l'autonomie des finances sociales permettra de renforcer la démocratie sociale et de préserver notre modèle social. Force ouvrière rappelle que les impératifs de compétitivité et d'équilibre budgétaire ne doivent jamais primer sur la justice sociale, la solidarité interprofessi onnelle et la défense des travailleurs.

Chapitre III – Rapport sur le redressement des comptes de la sécurité sociale (conseil à la famille – HCFEA)

FO souligne la qualité du rapport du Conseil à la famille du HCFEA, qui reprend un certain nombre de constats et revendications historiques de FO concernant la branche famille.

- Sur les recettes :

Tout comme le HCFEA, FO revendique de longue date un financement pérenne de la branche famille. Pour ce faire, il faut mettre un terme à la baisse des recettes liée à la diminution des cotisations, à l'absence de compensation et aux transferts de charges.

FO souscrit au constat du Conseil à la famille concernant la solidarité interbranche (qui représente un quart des dépenses de la branche en direction d'autres branches).

Pour FO cette solidarité interbranche constitue une nouvelle étape dans le processus d'étatisation de la sécurité sociale, qui fragilise les comptes de la branche famille, la mettant en difficulté pour faire face aux défis qui sont les siens pour répondre aux besoins des allocataires, de la jeunesse et de la petite enfance. Nous rappelons que la cotisation n'est pas un impôt : elle ouvre et finance des droits et ne peut être affectée à telle ou telle branche au nom d'une « solidarité » interbranche qui s'apparente à un maquillage budgétaire. FO s'oppose à toute fiscalisation des recettes de la branche famille.

Par ailleurs, FO regrette que le rapport n'aille pas assez loin sur la question des recettes de la branche famille. En la matière FO revendique :

- La suppression progressive des mesures d'exonérations, parmi elles la fin immédiate du « bandeau famille » (passant le taux de cotisation de 5,25% à 3,45% pour les

salaires inférieurs à 3,25 SMIC). Cette mesure particulièrement inefficace en matière d'emploi permettrait de dégager des recettes supplémentaires[644].

- De même, FO revendique une augmentation de la cotisation famille, pour la ramener progressivement à 7% (taux applicable en 1990) sur la totalité du salaire (déplafonnée).

- Sur les dépenses sociales :

Cette baisse des recettes entraîne mécaniquement une baisse des prestations. In fine, ce sont les familles, et notamment les plus modestes qui se retrouvent en difficulté. Ainsi, comme le rappelle le Conseil à la famille, il convient de mettre fin aux politiques de gels et de sous-indexations des prestations familiales. FO alerte depuis longtemps sur les effets de ces politiques budgétaires qui contribuent à la baisse de la natalité.

Tout comme le HCFEA, FO rejette la possibilité d'une suppression sèche de la majoration pour âge des allocations familiales, mesure qui pénaliserait particulièrement les familles nombreuses modestes.

C'est pour cette raison que FO souscrit à l'analyse du Conseil à la famille, qui adopte une vision de long terme des besoins de la branche. Une meilleure articulation entre vie privée et familiale permettrait d'anticiper et de prévenir les dépenses futures.

Ainsi FO soutient les préconisations du HCFEA concernant :

- La modification de la règle d'indexation des prestations familiales pour garantir une évolution dynamique de ces dernières.
- Le développement de l'accueil du jeune enfant. FO insiste pour que ce développement passe par les EAJE fonctionnant à la PSU, seuls modes de garde garantissant une mixité sociale via un reste à charge soutenable pour les familles, avec un haut niveau de qualité d'accueil. FO s'oppose à toute mesure consistant à augmenter le plafond de ressources utilisé pour le calcul des participations familiales dans le barème PSU. Par ailleurs, il convient de travailler à la revalorisation des métiers de la petite enfance, ainsi qu'au renforcement des moyens humains et matériels de la PMI afin de mettre en place de véritables contrôles systématiques et inopinés avec une fréquence minimale de contrôle obligatoire ;
- La refonte du congé parental pour le rendre (conforme aux directives européennes). Faute de garantie d'un système de garde assuré à tous, FO demeure attachée au maintien d'un congé parental long (jusqu'aux trois ans de l'enfant). Ainsi qu'à la création d'un congé parental court (12 mois) qui soit souple et mieux rémunéré (80% du salaire, porté à 100% pour les familles monoparentales et également 100% du salaire en cas de maintien partiel de l'activité). FO revendique également une

[644] Le bandeau maladie & famille coûtent 1,6md€ aux finances de la sécurité sociale.

indemnisation plancher égale à 80 % du SMIC. Force Ouvrière reste opposée à toute forme de partage contraint : ces congés doivent pouvoir être modulables et fractionnables.

- Les mesures contribuant à lutter contre la pauvreté des enfants.
- La prévention des risques de santé liés à l'alimentation par un meilleur encadrement de la pause méridienne à l'école.

FO souscrit aussi aux pistes du HCFEA qui consistent à améliorer l'efficience des politiques publiques en matière de contribution à l'éducation et l'entretien des enfants (CEEE), communément appelée pension alimentaire, sous deux angles :

- adopter un barème unique pour fixer leur niveau en cas de séparation ;
- étendre le dispositif d'intermédiation financière pour limiter les impayés de pensions alimentaires, et donc réduire les dépenses publiques en matière de compensation et de recouvrement.

- <u>Sur les dépenses fiscales :</u>

Le rapport du HCFEA formule enfin trois grandes propositions de nature fiscale pour faire des économies :

- Le plafonnement du montant de la pension alimentaire déductible du revenu imposable du parent débiteur et pris en compte dans celui du parent créancier : si cette mesure ne concerne que les hauts revenus, elle peut avoir un intérêt. Néanmoins, FO alerte sur le risque de rabotage progressif de ce seuil, à chaque volonté politique d'économies, jusqu'à une possible remise en cause de la déduction pour l'ensemble des contribuables concernés.

- Le plafonnement du quotient conjugal au niveau du quotient familial : FO s'oppose à cette proposition. Contrairement à l'analyse du HCFEA, la perte de progressivité de l'impôt sur le revenu n'est pas imputable au système du quotient familial mais aux multiples réformes intervenues par le passé ou réforme de la flat-tax (PFU) sur les revenus financiers au lieu de l'imposition au barème progressif. FO rappelle que le quotient familial a été introduit en 1945 dans le cadre de la politique familiale et nataliste décidée par les premiers gouvernements d'après-guerre et pour répondre à l'exigence constitutionnelle de la déclaration de 1789 d'égalité des citoyens devant la charge publique. Et que, l'impôt sur le revenu est le principal impôt progressif de notre système fiscal permettant une véritable politique de redistribution. FO revendique, depuis longtemps, un meilleur équilibre entre les impôts indirects qui pèsent sur le pouvoir d'achat des ménages et les impôts directs comme l'impôt sur le revenu qui a perdu au fil du temps son caractère progressif. Force ouvrière rappelle son attachement indéfectible au calcul de l'impôt d'après le quotient conjugal et

familial qui détermine les droits à la politique familiale et ouvre droit aux tarifs sociaux et à la solidarité nationale.

- **Enfin, la suppression du crédit d'impôt famille bénéficiant aux entreprises réservataires de berceaux :** FO considère que les économies réalisées doivent impérativement être réinvesties dans la création de places en crèche fonctionnant à la PSU, afin d'éviter que les parents ne se retrouvent sans solution de garde.

Confédération française des travailleurs chrétiens - CFTC

Paris, 20 juin 2025

Avis de la CFTC sur les 3 rapports des Hauts Conseils saisis par le Premier Ministre

Dans le rapport attendu des trois Hauts Conseils, l'état des lieux dressé est alarmant pour la situation financière de la sécurité sociale. Il est urgent d'agir, car le déficit devient chronique et structurel, compromettant inévitablement la soutenabilité du système. Si l'essentiel du constat est partagé par la CFTC, l'approche l'est également : nous accueillons favorablement la série de principes présentés pour structurer la dynamique de redressement.

Rétablir l'équilibre ne peut se faire au prix de la solidarité, de la lisibilité du système ou de la cohésion sociale. C'est cette ligne que la CFTC entend défendre, en s'appuyant sur les principes suggérés par le HCFIPS, qu'elle commentera et qu'elle illustrera avec des propositions (I).

Pour notre organisation, les Hauts Conseils soulignent à raison que nous ne sommes pas face à un "accident" budgétaire ponctuel. Le déficit des comptes sociaux s'installe, parce que les dépenses progressent plus vite que les recettes, ce qui doit nous interroger sur leur efficience voire leur pertinence.

Mais cela ne justifie pas pour autant des réponses brutales car basées sur la seule réaction, ni de l'austérité. Le redressement doit s'inscrire dans le temps et respecter les équilibres sociaux, sans dénaturer la philosophie intrinsèque de notre protection sociale.

La CFTC soutient l'idée d'un pilotage plus rigoureux, avec des objectifs pluriannuels assumés et débattus. Le calendrier parlementaire actuel ne permet pas de réfléchir efficacement aux enjeux de fond. Un temps dédié au printemps, pour une discussion stratégique, serait bienvenu.

Les problématiques identifiées par les trois Hauts Conseils dépassent les seuls équilibres financiers. Elles impliquent une réflexion d'ensemble sur l'organisation, le financement et les finalités de la protection sociale.

A l'appui de ses commentaires sur les rapports du HCAAM et du HCFEA, la CFTC présentera dans une seconde partie sa vision transversale, fondée sur une articulation cohérente entre soutenabilité, équité et ambition sociale (II).

I. S'agissant des principes développés par le HCFIPS et propositions CFTC

Tout d'abord, nous souscrivons au premier principe rappelant l'importance d'une gestion équilibrée de la sécurité sociale, fondée sur un pilotage par le solde. Ce solde constitue, à nos yeux, un indicateur précieux du bon fonctionnement et de l'efficience du système.

Comme nous le développons plus bas, et à plus forte raison dans la période incertaine que nous traversons, le diagnostic de la santé financière de notre protection sociale doit s'opérer en prenant en compte l'ensemble de la situation budgétaire du pays, au regard des relations financières existantes.

Toutefois, cela ne saurait conduire à acter une fongibilité des comptes de l'Etat et ceux de la sécurité sociale. Autrement dit, la dégradation des comptes de l'Etat ne doit pas automatiquement impacter le fonctionnement de la sécurité sociale, ni peser sur sa trajectoire financière.

A ce titre, nous regrettons que l'endettement lié à l'épidémie de covid-19 n'a pas été présenté budgétairement en distinguant les charges relevant de la gestion de crise étatique de celles attachées à la gestion habituelle. De même, les conséquences financières des politiques décidées par l'Etat (en matière d'emploi par exemple) doivent être a minima neutres pour la sécurité sociale, ce qui suppose l'effectivité du principe de compensation intégrale des mesures de soutien à l'emploi.

En outre, il ne s'agit pas uniquement d'un enjeu budgétaire : c'est aussi un engagement moral à ne pas faire porter sur les générations futures le poids de nos renoncements présents. Fidèles à l'esprit fondateur de 1945, nous réaffirmons que cet équilibre doit être construit avec discernement, sans remise en cause des droits sociaux, ni transfert excessif de charges sur les seuls actifs. Il doit s'appuyer sur un effort équitablement réparti entre l'ensemble des contributeurs — actifs, retraités, entreprises, consommateurs et détenteurs de revenus du capital —, et sur une gouvernance transparente, à laquelle les partenaires sociaux doivent être pleinement associés.

Proposition de la CFTC : affecter, en cas de sous-compensation résultant d'une insuffisance de TVA, des crédits budgétaires assurant une compensation intégrale des allègements généraux.

Ensuite, nous souscrivons également à l'approche déclinée dans le deuxième principe, construit autour de la qualité de l'emploi. Il existe une cohérence structurelle entre un haut niveau de productivité et un haut niveau de redistribution : l'un ne va pas sans l'autre.

Le fait que le taux d'emploi soit un levier central du financement de la protection sociale suppose une action sur la quantité. Toutefois, cela n'exclut pas la recherche de la qualité de

l'emploi : insertion des jeunes, maintien dans l'emploi des seniors, santé au travail, égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, et lutte contre les formes d'emploi précaires ou sous-traitées.

La CFTC défend une logique de montée en gamme des emplois, non seulement pour répondre aux aspirations légitimes des travailleurs, mais aussi comme levier de compétitivité et de soutenabilité du modèle social.

Proposition CFTC : l'un des mécanismes susceptibles de nous rapprocher de cet objectif pourrait être la mise en oeuvre d'une conditionnalité attachée au bénéfice des dispositifs d'aides aux entreprises. Concrètement, si l'éligibilité à ces derniers était conditionnée à l'atteinte d'objectifs tenant à l'emploi des séniors, des jeunes, au dynamisme de la négociation salariale, ou de prévention en matière de santé au travail, la qualité des emplois, ainsi que leur attractivité en seraient dopées.

Par ailleurs, nous n'omettons pas que notre population vieillit. Si nous nous en satisfaisons, car cela témoigne d'un certain progrès social, cela modifie les besoins sociaux, notamment avec la montée en charge de certains risques comme la perte d'autonomie ou les poly pathologies chroniques. Cela transforme nécessairement les besoins collectifs, ce qui a un impact direct sur les équilibres financiers du système, en appelant davantage de ressources. Ainsi, le pilotage des politiques sociales doit forcément être actualisé et repensé pour pouvoir s'opérer en intégrant les effets de bord pouvant résulter des réformes touchant un seul pan de la protection sociale.

Pour la CFTC, « la capacité d'innovation », en santé ou dans d'autres matières, ne peut être pleinement mise en oeuvre que si les prérogatives des gestionnaires actuels s'exercent dans un cadre renouvelé, permettant des adaptations rendues nécessaires par la conjoncture et dont les effets de long terme seraient progressivement absorbés.

Cette approche présentée avec le 4ème principe, est confirmée par le 5ème que suggère le HCFIPS, à savoir un rééquilibrage des comptes mêlant des actions de court et moyen terme. Cette méthode convient à notre organisation car elle permet une réorientation des dépenses quasi immédiate, dont il faut freiner le dynamisme, tout en améliorant l'efficience des prestations. A notre sens, la trajectoire des soldes déficitaires des comptes sociaux sera a minima ralentie et au mieux inversée.

Proposition CFTC : passer sur un cadre pluriannuel des lois de financement de la sécurité sociale, avec un ONDAM modernisé par une présentation en objectifs de santé. A cet égard nous partageons l'idée tenant à l'adoption de nouvelles règles de gouvernance.

Il va de soi que toutes les mesures énoncées ci-avant ainsi que les changements d'approche préconisés ne pourront pleinement produire effet qu'en présence d'une politique de prévention (principe 6) ambitieuse, cohérente avec les enjeux actuels et futurs. Son pilotage et son évaluation doivent s'opérer à fréquence régulière et les investissements qu'elle suppose ne doivent pas être sacrifiés en raison des déficits passés.

Nous n'ignorons pas que la capacité d'investissement est forcément altérée par le niveau des déficits cumulés mais nous restons convaincus qu'une politique de prévention ambitieuse et bien calibrée ne peut que produire des économies par une réduction des besoins. Tout en améliorant le mieux-vivre.

Proposition CFTC : diverses propositions CFTC nous rapprocheraient de l'atteinte de cet objectif, comme le renforcement des taxes comportementales en relevant par exemple les taux de tva sur les boissons sucrées, sur la restauration rapide ou encore en relevant les seuils autorisés pour commercialiser certains produits. En d'autres termes, les mesures financières peuvent venir appuyer les démarches de prévention engagées en matière de santé.

Les trois derniers principes (7,8,9) dégagés par le HCFIPS ont particulièrement retenu notre attention, car ils sont fondamentaux.

La CFTC partage pleinement l'objectif d'une dépense sociale plus efficiente (principe n°7), au service des usagers comme des professionnels. Payer au juste prix, c'est garantir que chaque euro dépensé par la sécurité sociale s'inscrit bien dans une amélioration de la qualité du service rendu, sans alimenter des logiques de rente ou de rentabilité court-termiste, particulièrement dans des secteurs aussi sensibles que la petite enfance, les EHPAD, le transport sanitaire ou la santé.

Si ces situations ont pu émerger en raison du désengagement des opérateurs traditionnels, nous alertons, comme nous l'avons rappelé à l'occasion des ateliers inédits de la dernière commission des comptes, sur les dérives de la financiarisation dans ces domaines.

Cette dernière favorise une mutation des acteurs du système médico-social, avec l'arrivée de groupes internationaux dont la raison d'être est davantage tournée vers une rentabilité forte de l'investissement initial, parfois au détriment des principes attachés à notre système de protection sociale.

A notre sens, les pouvoirs publics doivent donc renforcer leur rôle de régulateur, avec des moyens humains dédiés et des outils contractuels exigeants et actualisés. L'idée de conventions encadrant les grands groupes, embarquant des engagements en termes de transparence financière et de qualité (formation des managers et des personnes en contact avec le public) est aussi pertinente qu'habile : la transparence, la formation des professionnels, la continuité de l'offre sur tous les territoires doivent devenir des obligations et non des options ! Cela permettrait de mieux mailler l'accès à ces services, tout en assurant une équité entre les usagers, auxquels un service qualitatif serait rendu.

Pour la CFTC, cette recherche d'efficience ne doit pas être synonyme de restriction budgétaire aveugle. Elle doit viser une meilleure qualité de service et une reconnaissance accrue des métiers du lien. À cet égard, la proposition du HCFiPS tenant à une réforme en profondeur de la tutelle va dans le bon sens : il est nécessaire de sortir de l'approche strictement comptable et de replacer le bien-être des personnes au centre des politiques sociales.

Proposition CFTC : Rationaliser, forfaitiser si nécessaire, ou a minima plafonner, la prise en charge du transport sanitaire. La permissivité actuelle en la matière favorise des effets d'aubaine et ancre l'idée, dans certaines pratiques, d'un droit de tirage social sans limite. Cela fait parfois oublier la chance que constitue l'affiliation à un système collectif garantissant un haut niveau de couverture, financé par tous.

Or, au regard de l'état des comptes de l'assurance maladie, ce mode de fonctionnement a clairement atteint ses limites. Il nous paraît donc nécessaire d'assumer une réduction ciblée de ces dépenses, dans le cadre d'une politique de maîtrise plus globale, fondée sur la pertinence et la juste allocation des ressources.

Enfin, nous clôturerons notre regard sur ces principes avec des enjeux essentiels de notre système social : la lisibilité de son financement et la nécessaire pédagogie à mettre en oeuvre autour de la sécurité sociale, à l'occasion de son 80ème anniversaire (principes 8 et 9).

Nous partageons, là encore, l'essentiel de l'approche développée par le HCFIPS. En effet, nous considérons que les prestations contributives (comme les retraites) doivent être financées par les cotisations assises sur les revenus qu'elles remplacent. De la même façon, nous estimons également que les prestations dites "universelles", pas nécessairement liées à une activité professionnelle - même si le risque générant leur service peut avoir un impact sur l'activité (maladie) - doivent s'appuyer sur des ressources tirées d'assiettes plus larges et comme la CSG. Cette dernière, au contraire de la TVA sociale, présente l'intérêt d'être universelle, cohérente avec le niveau des revenus, et est fléchée vers des dépenses sociales. Il s'agit d'un impôt social parfaitement lisible.

Pour la CFTC, ainsi que le rappelle le HCFIPS, le niveau de protection sociale doit être équitable : les efforts contributifs objectivement différents doivent néanmoins générer des couvertures similaires.

Autrement dit, si la CFTC adhère à l'idée que les revenus les plus élevés puissent être mis davantage à contribution en amont, dans les limites prévues par les règles de plafonnement, elle s'oppose fermement à toute tentative d'introduire un mécanisme de type « bouclier sanitaire » qui ferait varier le niveau des prestations selon les ressources. Celles-ci doivent rester identiques pour tous. L'universalité ne saurait se limiter à la seule répartition de l'effort contributif : elle doit aussi garantir une égalité de droits en sortie, indépendamment du niveau de revenu.

A ce titre, la phrase figurant au principe 8 "P*ar ailleurs, le financement doit être équitable : il est tout à fait admissible que le niveau de prélèvement ne soit pas identique pour tous les assurés sociaux selon les régimes, mais le niveau de couverture, à revenu équivalent, doit être corrélé à l'effort contributif*." appelle selon nous des précisions.

Propositions CFTC : En cohérence avec ce qui précède, nous proposons de revenir à l'universalité des allocations familiales, en instaurant le droit au bénéfice de cette prestation dès le premier enfant et sans conditions de ressources.
La CFTC défend aussi le "non reste à charge" pour la garde d'enfant. Nous considérons effectivement que l'offre des modes de garde ainsi que leur accès constituent un enjeu majeur sur l'emploi, sur la conciliation vie familiale/ vie professionnelle, sur l'évolution des carrières - notamment des femmes - et sur le renouvellement des générations.

II. S'agissant du regard porté par la CFTC sur les rapports du HCAAM et du HCFEA

Transformer l'assurance maladie : avis de la CFTC sur le rapport du HCAAM - Un modèle à la vocation intacte – garantir l'accès à la santé pour tous.

La CFTC partage le diagnostic dressé par le HCAAM : l'assurance maladie est aujourd'hui confrontée à une difficulté budgétaire structurelle. Les déficits chroniques, la progression spontanée des dépenses (grands âges, inflations, innovation en santé), et la faible progression des recettes interrogent la soutenabilité de notre système de santé.
Pour autant, la situation n'est pas irréversible. Elle appelle des choix courageux, équilibrés et lisibles. La CFTC affirme avec force que l'assurance maladie ne saurait devenir une variable d'ajustement budgétaire.

Notre système de soin est un bien commun, un socle fondamental de notre solidarité nationale, qui doit être réformée sans être dénaturée.

Pas de rationnement en santé dissimulé, mais une seule exigence: chaque dépense de soins doit être utile, pertinente et reposer sur des efforts financiers justes et équitablement partagés.

La CFTC soutient l'objectif de pertinence des soins, à condition qu'il ne soit pas dévoyé. Il ne s'agit pas de contraindre ni de déresponsabiliser les professionnels, mais de favoriser une pratique éclairée, concertée et outillée. Elle plaide pour un déploiement accéléré mais respectueux des outils numériques (ordonnance électronique, Liste des Actes et Prestations, Mon Espace Santé…), à condition qu'ils soient ergonomiques, interopérables, et utiles aux soignants. L'amélioration de la pertinence ne peut être un prétexte à des déremboursements injustifiés.

Prévenir pour protéger c'est protéger pour économiser

La prévention est un levier doublement vertueux : elle réduit les coûts futurs et améliore la qualité de vie. Pour la CFTC, elle doit devenir un véritable pilier de l'assurance maladie. Cela implique une réorientation vers les interventions ayant fait leurs preuves, un ciblage sur les publics les plus éloignés du soin, et une formation accrue des professionnels. La fiscalité comportementale, si elle est progressive, transparente et bien affectée, peut y contribuer.
Mais la prévention n'est efficace que si elle est incarnée dans les parcours et les pratiques. La CFTC appelle de ses voeux un pilotage de la prévention lisible et intégrée dans la loi de

financement de la sécurité sociale, avec la désignation d'un unique chef de file par thématique (AMO ou AMC) qui serait coordonné par un seul opérateur clairement désigné.

Le système de soin doit rester solidaire et non marchandisé, ce qui appelle à plus de contrôle. La CFTC alerte sur la financiarisation rampante du système de santé.

L'offre de soins ne doit pas obéir à une logique de rendement, ce qui est différent de l'efficience, mais à une éthique du service et du juste coût. Les établissements, les EHPAD, les structures de soins doivent être évalués à l'aune de leur qualité de service, non de leur rentabilité. L'argent public ne peut financer des profits privés déconnectés de l'utilité sociale. Un renforcement du contrôle des établissements est donc à envisager mais un contrôle des groupes financiers qui les pilotent, les créent et les gèrent est aussi à construire.

Clarifier le rôle des assureurs complémentaires

Face à la tentation d'un transfert massif vers les assurances santé, la CFTC appelle à la prudence. Le rapport du HCAAM propose des hypothèses hasardeuses (assurance obligatoire, bouclier sanitaire, le zéro reste à charge), aux effets économiques et organisationnels trop flous encore à ce stade.

Toute évolution de l'architecture AMO/AMC doit être négociée, sécurisée et évaluée. La CFTC défend un modèle dans lequel la sécurité sociale reste le socle principal de la solidarité, et dans lequel les complémentaires ont un rôle solidaire, et non concurrentiel à jouer. Pour nous, une meilleure articulation est à proposer entre AMO/AMC dans l'avenir notamment en matière de prévention et de lutte contre la fraude.

L'un des enjeux attachés à cette question porte aussi sur la sélection du risque que peut révéler la pratique en matière de couverture individuelle. Un nombre encore significatif de nos concitoyens – en particulier parmi les retraités – renonce à une complémentaire santé en raison de son coût, notamment lorsqu'ils se situent juste au-dessus du seuil d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire (C2S). Cette situation crée un angle mort de couverture pour des publics pourtant fragiles.

La CFTC estime que les organismes complémentaires, dont les efforts ne sont pas ignorés dans un contexte marqué par un transfert croissant de charges depuis l'Assurance maladie obligatoire, pourraient néanmoins être davantage responsabilisés sur cette question. Les données publiées par la DREES permettent d'envisager plusieurs pistes d'analyse et d'action pour répondre à cette problématique persistante.

* * *

Rénover la politique familiale : avis de la CFTC sur le rapport du HCFEA - Une vision universaliste et équitable de la politique familiale est à renforcer pas à fragiliser.

La CFTC conteste plusieurs orientations du rapport du HCFEA.

Le changement d'indexation des prestations familiales, destiné à en accroître la dynamique, suscite des interrogations légitimes de notre part. Si une sous revalorisation est inacceptable, une revalorisation automatique sur les salaires risquerait de dénaturer le rôle des prestations comme soutien universel.

La CFTC rappelle son attachement à une politique familiale distincte des politiques sociales, à visée universaliste, et à des allocations familiales « sans condition de ressources et dès le premier enfant ».

Au contraire, il faut combler les angles morts de la politique familiale actuelle et mieux accompagner les besoins des familles actives particulièrement en matière de mode de garde.

La CFTC alerte aussi sur un angle mort persistant des politiques familiales : les familles biactives, notamment celles des classes moyennes et supérieures, sont insuffisamment prises en compte. Les solutions de garde sont trop rares, peu accessibles, et mal adaptées à leurs horaires.

Cela pénalise les carrières féminines, fragilise le pouvoir d'achat, et freine le retour à l'emploi. La CFTC réclame un « *véritable droit effectif à un mode de garde de qualité, souple et accessible* ».

Nous proposons qu'à l'occasion de la mise en oeuvre du service public de la petite enfance une grande ambition politique soit proposée avec l'ouverture de modes de garde adaptés pour tous sans aucun reste à charge pour les parents. Car pour la CFTC aucune naissance ne doit pénaliser les mères et leur famille. A cet égard, les entreprises pourraient être davantage sollicitées et accompagnées pour qu'elles puissent s'investir dans l'offre de garde ouverte à leurs salariés (notamment avec le CIFAM).

Une politique familiale au service de l'égalité et outil principal du renouvellement des générations.

La politique familiale doit également remplir ses fonctions redistributives et contribuer à réduire les inégalités entre les femmes et les hommes aussi bien sociales que territoriales. La CFTC refuse une politique d'austérité sociale déguisée derrière des objectifs d'efficacité : les prestations doivent compenser les charges liées aux enfants, soutenir l'activité des parents, et renforcer la cohésion sociale.

Elles doivent aussi contribuer à ce que les désirs d'enfant des couples se concrétisent par des naissances et redevenir le levier du relèvement du taux de natalité de la France.

Lutter contre l'anxiété liée à la parentalité est essentiel à ce titre : ce sujet pourrait à notre sens être investi sur le terrain - certes des prestations familiales - mais également sur celui des politiques publiques au sens large, car l'enjeu est sociétal. Tout comme aucune famille française n'a de crainte pour la scolarisation de son enfant en école primaire, il faut

réinstaurer la même sécurité et confiance pour les modes de garde de la petite enfance ou les congés parentaux.

* * *

A l'occasion des 80 ans de la sécurité sociale, une des plus jeunes de nos services publics, il faut donner un nouvel avenir à nos ambitions, le temps de la maturité est venu.

Refonder le pilotage de la sécurité sociale, réformer l'assurance maladie, rénover la politique familiale : ce n'est pas abandonner l'ambition sociale de 1945. C'est la rendre contemporaine pour les générations de demain. La CFTC y est prête. Mais elle exige que les réformes soient à la fois efficaces, équitables et fidèles à l'éthique de solidarité qui fonde la sécurité sociale.

Le 80ème anniversaire de notre système est l'occasion de réaffirmer notre pacte social. Gouverner la santé, la famille et la solidarité, ce n'est pas contenir une dépense, c'est donner un avenir à notre ambition collective de justice sociale pour nous et nos enfants demain.

Les derniers rapports de certification de la Cour de comptes ont pointé un certain nombre de dysfonctionnements des organismes, notamment de la branche famille ou encore en lien avec la compatibilité des systèmes de l'administration fiscale avec ceux de la caisse nationale des URSSAF.

Nous saisissons donc l'occasion de cet anniversaire pour rappeler qu'il n'entre pas dans la compétence historique des caisses d'assumer un rôle de guichet de certaines prestations d'assistance.

Nous comprenons bien évidemment la logique d'optimisation des coûts de gestion ainsi que la volonté de simplifier (dans le cadre du "*dites-le nous une fois*" notamment) que des organismes de sécurité soient mobilisés. Toutefois, veillons à ce que la performance, la qualité de service et l'efficience de gestion de la sécurité sociale ne se retournent pas contre ses organismes.

Cela devient inévitable lorsque les moyens ne sont pas en adéquation avec les missions transférées, ce qui pose la question de la cohérence et de l'ambition des conventions d'objectifs et de gestion, ainsi que de leur mode d'adoption (hors démocraties sociale et parlementaire).

***

Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres – CFE CGC

La CFE-CGC salue le travail effectué par les équipes des différents Hauts Conseils mobilisés dans le cadre de l'élaboration de ce rapport commun, ce qui en fait un document particulièrement novateur. Nous regrettons cependant que les Hauts Conseils aient travaillé en silo ce qui ne nous a pas permis d'avoir une vision globale de la construction du rapport mais nous comprenons que la contrainte temporelle n'a probablement pas permis d'adopter une telle approche. La valeur ajoutée du rapport tant qualitative que quantitative le rend à nos yeux très précieux au regard des débats et enjeux à venir. Si la CFE-CGC partage pour l'essentiel le diagnostic et certaines des pistes de réflexion présentées, elle tient à rappeler la vision qu'elle porte sur la protection sociale et son financement ainsi que ses propositions pour améliorer l'efficience du système tout en en assurant la viabilité financière.

I. Nos constats sur la problématique du financement de la protection sociale

La CFE-CGC souhaite avant toute chose pointer l'énorme manque à gagner côté recettes.

Ce manque à gagner est le résultat de certains dysfonctionnements de notre appareil économique, qui gagneraient à être corrigés par des politiques publiques ambitieuses. Certains sont d'ailleurs relevées dans le rapport.

- Par exemple, l'excès de concurrence qui a entrainé des difficultés croissantes pour un certain nombre d'entreprises, augmentant par ricochet le chômage et donc la dégradation des comptes publics.
- Autre constat dommageable en France : le faible taux d'emploi des seniors : le taux d'emploi à 61 ans est de 53% et 24% ne sont ni en emploi, ni à la retraite.
- Ou encore, la problématique de l'inégalité salariale femme-homme.
  Les inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes persistent, tant dans la hiérarchie des fonctions que dans les salaires, et ce malgré les dispositifs légaux en vigueur. Les femmes cadres restent les plus

discriminées (l'écart de salaire EQTP pour les cadres est de 15% contre 4% chez les employés).

- Enfin, la croissance non contrôlée du recours au statut de micro-entrepreneur (notamment travailleurs des plateformes) qui, au-delà de la précarité de tels emplois et de la faiblesse des droits acquis, prive la sécurité sociale de cotisations, donc de ressources.

Mais ce manque à gagner en termes de recettes est aussi directement imputable à certains choix politiques.

- Citons d'abord les exonérations et exemptions d'assiette. Pour 2024, la prévision de leur coût s'élève à 91,3 milliards d'euros sur le champ des ROBSS. Leur poids dans le total des recettes des régimes (14,2 % en 2024) dépasse d'ailleurs le ratio maximal de 14 % prévu par la loi de programmation des finances publiques 2023-2027.
- Nous pouvons également pointer la mise en place d'aides et de soutien publiques sans réelles contreparties (cf. plan de relance, CICE notamment).

Force est de constater que les politiques d'amélioration de la compétitivité française se concentrent de manière récurrente sur la compétitivité prix et plus particulièrement sur la baisse du coût du travail. Ces politiques se traduisent notamment par une exonération de cotisations patronales qui cible majoritairement les bas salaires.

Nous pouvons comprendre la mise en place d'une exonération temporaire qui permet de soutenir l'activité en cas de circonstances exceptionnelles comme celles que nous avons vécues lors de la crise sanitaire. **La CFE-CGC n'est en revanche pas favorable aux dispositifs permanents d'allégement de cotisations sociales : les effets sur l'emploi sont incertains, le ciblage sur les bas salaires n'encourage pas la montée en gamme des produits français et freine la progression salariale, créant ainsi des « trappes à bas salaires ».** Nous rejoignons en ce sens les analyses des rapports récents : Draghi, Bozio-Wasmer et Cour des comptes qui pointent la nécessité de concentrer les efforts sur la compétitivité hors coût et sur la montée en gamme de l'économie.
De plus, il résulte de ces politiques un manque de ressources pour la protection sociale et les efforts pour en maintenir la pérennité sont supportés par les classes moyennes, ce qui est inacceptable !

Ensuite, au sujet des dépenses, il s'agit surtout de se poser la question du niveau de couverture que l'on se fixe, et de son adéquation avec les besoins.

La protection sociale vise à offrir des droits individuels à prestations dont on ne peut fondamentalement pas connaître a priori le montant exact. C'est

pourquoi, la CFE-CGC n'est pas favorable à la budgétisation des dépenses car le risque serait grand que le volet social devienne la valeur d'ajustement. L'exemple de la branche famille est à cet égard éclairant. Les économies ardemment recherchées au fil du temps ont réduit le champ de la politique familiale en excluant de plus en plus les classes moyennes de son bénéfice.

Si l'on part effectivement des besoins, la CFE-CGC estime que la recherche de l'équilibre à court terme n'a aucun sens et qu'il est plus pertinent d'adopter une stratégie de pilotage de la sécurité sociale de manière pluriannuelle, comme le suggère d'ailleurs le rapport, afin d'éviter que les dépenses sociales deviennent une variable d'ajustement budgétaire. Pour preuve, la politique de gestion à court terme menée depuis des années, tout particulièrement dans les hôpitaux, a montré combien la suppression de moyens matériels (manque de lits, pénurie de masques) et financiers pouvait s'avérer dramatique. Nous sommes donc opposés à la mise en place d'une règle d'or qui conduit à appliquer juridiquement une règle comptable qui n'a aucun sens économiquement et socialement, et qui prive l'État d'une partie de sa capacité à agir en cas de récession économique.

Rappelons à cet égard que les prestations sociales ont un rôle d'amortisseur social et un effet contracyclique en cas de crise. En tant qu'organisation syndicale responsable, la CFE-CGC considère que les politiques conduites doivent viser l'équilibre de long terme des comptes de la sécurité sociale et plus largement de la protection sociale. Encore faut-il pour y parvenir que l'État ne se défausse pas de ses responsabilités et prenne à sa charge les risques exceptionnels qui ne relèvent pas du champ de la sécurité sociale (tels que la pandémie).

II. Nos pistes de réforme du financement de la protection sociale

Il nous semble primordial de repenser les circuits de financement selon la logique solidarité/contributivité.

L'étude du financement de la protection sociale implique de considérer les objectifs assignés aux régimes de protection sociale. Il faut dès lors envisager différemment le financement des régimes selon la nature des risques qu'ils ont vocation à couvrir.

On peut distinguer d'une part les risques dont la couverture est universelle, il s'agit aujourd'hui des risques famille, dépendance, handicap ainsi que des minimas sociaux et des prestations de santé en nature. Dans ces branches de sécurité sociale, la philosophie poursuivie est que « chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». D'autre part certains risques sont en lien avec l'activité professionnelle et la couverture vise notamment à pallier l'absence de rémunération ; la protection sociale a alors pour mission d'apporter un revenu de remplacement, ou revenu différé. C'est le cas des prestations de santé en espèce bien que plafonnées (indemnités journalières) et du financement des retraites.
Décliner ces différents principes en termes de mode de financement revient à distinguer les logiques de solidarité et de contributivité.
Les droits universels peuvent selon nous être financés par l'impôt. Pour préserver la solidarité nationale, il y a quand même la nécessité de contribuer.
En revanche, les revenus de remplacement doivent être acquis par un mode de financement contributif dans le cadre de l'activité professionnelle. Les cotisations représentent la condition d'attribution de prestations corrélées au salaire à remplacer conformément à une logique assurantielle. Des dispositifs de solidarité peuvent ensuite venir compléter ces prestations.

Cette distinction nous parait garante d'une bonne lisibilité du système de sécurité sociale au sens large, et ainsi de l'adhésion au système de protection sociale dans son ensemble.

Dans ce cadre, il convient d'opérer une déclinaison efficiente sur les différents risques.

Repenser le mode de financement du système de santé :

- **Maîtrise des dépenses et pertinence des soins**

La CFE-CGC considère qu'il convient en premier lieu d'apporter la plus grande **vigilance en termes de maîtrise des dépenses de santé** en particulier celles des secteurs en forte progression (dispositifs médicaux, imagerie, biologie, taxis

conventionnés), sans que cela ne se traduise pour autant par un effondrement de la qualité des services et des soins apportés aux assurés.

Aussi, il est nécessaire de se questionner sur les causes d'une augmentation de certains soins ou médicaments, et sur les leviers à actionner en prévention afin de réduire la sinistralité. **La limitation des remboursements** de certains soins ou médicaments efficients n'est pas une réponse adaptée lorsqu'elle repose directement ou indirectement (augmentation du tarif de la complémentaire) sur l'assuré, et risque de renforcer le non-recours au soin. Sur la pertinence des soins, c'est d'ailleurs la **lutte contre le non-recours aux soins** qui doit être développée, afin d'éviter in fine une dégradation de la santé des personnes, et les dépenses de santé associées.

Prévention

La prévention doit être la **colonne vertébrale du système de santé,** tant pour ses effets sur l'amélioration de la santé des personnes que pour les économies qu'elle permet au système.

La CFE-CGC partage par ailleurs les **modérations apportées par le rapport à l'idée selon laquelle « la prévention ne ferait que reporter sans la faire disparaître la dernière année de vie** de chaque personne au cours de laquelle se concentre une part importante des dépenses de santé d'un cycle de vie », et donc à l'idée de l'absence de bénéfice économique de la prévention pour le système de santé. En effet, de nombreuses actions de prévention améliorent l'état de santé sans avoir d'impact direct sur l'espérance de vie.

Arrêts maladie

Le travail d'analyse des **causes de l'augmentation des dépenses liées aux arrêts maladie** révèle (sans surprise) l'important report de dépenses, sur l'Assurance maladie, des différentes réformes des retraites, qui ont décalé l'âge légal de départ. Ainsi, les plus de 60 ans contribuent pour 22% à la croissance des indemnités journalières entre 2010 et 2019 et à 15% entre 2019 et 2023 (chiffres de la restitution de la mission IJ et arrêts maladie menée par l'assurance maladie). Cet élément souligne qu'il est nécessaire d'adopter une vision globale des dépenses sociales lorsque des réformes sont étudiées.

S'agissant des déterminants non liés à la démographie ou à des facteurs économiques, la CFE- CGC approuve pleinement la piste d'une **dégradation des conditions de travail**, et rappelle à ce sujet l'augmentation croissante non seulement, des AT/MP en lien avec les risques psychosociaux, mais également des accidents ou maladie en lien avec les RPS et non déclarés ou reconnus

comme tels. Selon le dernier rapport en charge d'évaluer la sous déclaration, l'augmentation de la borne minimale de l'enveloppe de sous déclaration est liée pour 16% aux risques psycho sociaux. La CFE-CGC rappelle à ce titre que les pathologies découlant des RPS et notamment l'épuisement professionnel, se traduisent par des arrêts longue durée, qui concentrent la majeure partie des dépenses (comme rappelé part le HCAAM, les arrêts maladie dépassant six mois représentent seulement 7% des arrêts, mais 45% de la dépense).

Elle ne partage donc pas l'idée selon laquelle les entreprises n'auraient de marge de manœuvre que sur l'absentéisme courte durée (paragraphe du rapport sur la clarification des rôles employeur / AMO).

Il n'est pas non plus pertinent de viser les managers comme responsables de **modes de management** altérant les conditions de travail. Ceux-ci ne peuvent en effet être tenus responsables d'une politique de management relevant d'une stratégie d'entreprise sur laquelle ils n'ont aucune prise.

Il est donc essentiel que les politiques publiques responsabilisent davantage les entreprises à ce sujet en luttant contre la sous déclaration et la sous reconnaissance des accidents et maladies professionnelles notamment d'ordre psychique.

Enfin, l'instauration d'un **jour de carence « d'ordre public »** ne nous parait absolument pas juste (double peine pour la personne qui est non seulement malade, mais voit en plus son salaire réduit) et ne ferait que nourrir un non-recours au système de santé et augmenter les coûts qui en découleraient. Si l'idée est bien celle de lutter contre des arrêts « frauduleux », il parait plus judicieux de développer des mesures visant directement la lutte contre la fraude (visites, lutte contre la délivrance de faux certificats d'arrêts de travail…).

Fraude

La CFE-CGC salue les moyens supplémentaires attribués à la lutte contre la fraude, nécessaire au maintien de l'adhésion des assurés à notre système de santé et plus largement, de sécurité sociale.

Elle s'étonne cependant que ne soit nulle part mentionnée l'ampleur du **travail dissimulé** : dans son rapport de septembre 2024 relatif à la lutte contre la fraude sociale, le HCFIP révélait pourtant que le manque à gagner de cotisations lié au travail dissimulé sur le champ du secteur privé non agricole est à lui seul estimé entre 6 à 7,8 milliards d'euros, soit la moitié des fraudes à la sécurité sociale évaluée par le HCFIP (13Mds) !

Articulation AMO/AMC

La CFE-CGC prône des adaptations nécessaires de notre système de santé à deux étages en vue d'apporter une meilleure réponse au besoin des assurés. Ainsi, l'assurance maladie obligatoire doit couvrir, de manière universelle, un socle de base couvrant des besoins communs à toute la population. Par ailleurs, il convient de définir les contours du « vrai » soin complémentaire : l'assurance maladie complémentaire ne doit pas uniquement pallier les carences de la sécurité sociale. De même il n'est pas satisfaisant de voir s'opérer de réguliers transferts de charge sans concertation, d'autant qu'ils reposent in fine sur les assurés. Dans cet esprit, **la CFE-CGC se positionne catégoriquement contre l'instauration d'un bouclier sanitaire qui remet en cause le droit à la protection de la santé conçu en fonction des besoins de chacun sans distinction des revenus**. En effet, il induirait une remise à plat des diverses tarifications de l'Assurance maladie, et une individualisation du droit de chacun en fonction de ses revenus. Les assurés devraient alors faire appel aux organismes complémentaires pour financer l'intégralité de leurs frais jusqu'au plafond avec à la clé une forte hausse des cotisations. Les classes moyennes seraient particulièrement pénalisées car le plafond du bouclier augmenterait avec leur revenu.

En ce qui concerne le contrat responsable, le cahier des charges trop changeant et trop contraignant pousse la CFE-CGC à demander sa refonte pour réorienter les couvertures vers les risques plus graves et coûteux tels que l'hospitalisation, quitte à réduire la couverture d'un risque moins grave et trop fréquent tel que l'optique.

Opérateurs extérieurs

Lorsque la CNAM finance les opérateurs extérieurs, elle doit avoir un droit d'auditer l'utilisation des fonds et de piloter les actions de prévention. De plus, le conseil doit pouvoir décider des subventions à donner à tel ou tel opérateur selon la pertinence des projets et des actions effectuées.

Relancer notre politique familiale en réaffirmant son universalité :

Comme le souligne à juste titre le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA), l'équilibre affiché de la branche famille pourrait être salué s'il ne reposait en partie sur des opérations comptables et, d'autre part, sur la sous-indexation de certaines prestations sociales.

Depuis plusieurs années, la CFE-CGC alerte sur la nécessité de reconstruire une véritable politique familiale universelle. Pour notre organisation, cette politique doit redevenir un outil actif de soutien à **toutes les familles**, et s'appuyer sur quatre piliers essentiels :

- **Une fiscalité équitable**, notamment par le maintien et le renforcement du quotient familial ;
- **Des aides directes**, comme les allocations versées lors de la rentrée scolaire, indispensables à l'accompagnement concret des familles ;
- **Des congés adaptés à la parentalité**, à la fois lors de la naissance et pour l'éducation des enfants ;
- **Une prise en charge ambitieuse de la petite enfance**, notamment à travers la scolarisation précoce en maternelle, afin de permettre une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

Pour notre organisation, il est urgent de revenir aux principes fondateurs de la politique familiale, en particulier **la redistribution horizontale**, qui vise à compenser les charges liées aux enfants, indépendamment des revenus des familles. Car, nous observons depuis une dizaine d'années un recentrage progressif des aides vers les seuls foyers modestes, inscrivant la politique familiale dans une logique sociale et non plus universelle. Ce glissement a notamment pénalisé les **classes moyennes**, qui ont souffert de la baisse du plafond du quotient familial, de l'évolution restrictive des critères d'éligibilité et de l'accès aux prestations.

Dans cette perspective, nous réaffirmons notre attachement :

- **Au maintien de la majoration de pension pour les familles nombreuses**. Le déficit d'épargne lié aux enfants concerne tant les femmes que les hommes. À partir du troisième enfant, l'impact sur la carrière professionnelle s'accroît nettement, ce qui justifie pleinement l'application de cette majoration à ce seuil.
- **Au crédit d'impôt pour l'emploi à domicile**, dont la suppression favoriserait le travail dissimulé et nuirait à un secteur essentiel pour les familles.
- **Au maintien d'un quotient conjugal distinct** de celui du quotient familial. Nous nous opposons à toute volonté de plafonnement qui remettrait en cause l'équilibre de la fiscalité familiale.

Par ailleurs, nous partageons le constat du HCFEA sur la nécessité de **réformer en profondeur le congé parental**, afin de mieux répondre aux attentes des familles d'aujourd'hui. Si certaines entreprises proposent des dispositifs plus avantageux, les **inégalités d'accès** selon la branche, la taille de l'entreprise ou sa localisation géographique restent trop fortes, excluant de fait une majorité de salariés.

Dans un contexte où la branche famille affiche des excédents récurrents et où la **natalité est historiquement basse**, une politique de la parentalité plus ambitieuse est à la fois possible et nécessaire.

Nous dressons plusieurs constats préoccupants :

- Le congé parental actuel peut entraîner un **éloignement durable de l'emploi**, avec des conséquences négatives sur la carrière, particulièrement pour les femmes ;
- **Le nombre de bénéficiaires de la PreParE est en baisse** ;
- **Le partage du congé parental entre les deux parents reste très marginal**.

C'est pourquoi nous appelons à une réforme structurelle du congé parental et proposons de :

- **Réduire la durée indemnisée du congé parental d'éducation à un an** (les parents restants libres de prolonger le congé jusqu'aux trois ans de l'enfant mais sans la même indemnisation). Cette réduction de la durée de l'indemnisation du congé parental permettrait notamment d'éviter de pénaliser les femmes qui prennent un congé parental, en réduisant leur éloignement du marché du travail.
- **Et de porter l'indemnisation à 80% du salaire, sans plafond.** Le versement d'une somme forfaitaire ayant pour effet de désavantager les classes moyennes et plus spécifiquement les femmes cadres qui sont, pour certaines, au-dessus du plafond mensuel de la sécurité sociale. Une meilleure indemnisation viserait par ailleurs à encourager les hommes à prendre également un congé parental.

Enfin, nous appelons à **développer et généraliser les compléments d'indemnisation versés par les employeurs**, pour atteindre 100 % du salaire, et ainsi garantir une égalité réelle et un meilleur équilibre entre vie familiale et vie professionnelle.

Apporter une solution durable au problème de financement de la perte d'autonomie :

La sécurité sociale doit par son intervention sur ce champ être garante de la solidarité face au risque de la perte d'autonomie, ce qui implique nécessairement d'y consacrer davantage de moyens. En effet, ce qui caractérise une nouvelle branche est l'universalité des droits, l'égalité de traitement et le financement des prestations par la solidarité nationale.

Pour la CFE-CGC, la couverture perte d'autonomie doit être obligatoire, universelle et largement mutualisée. Ce socle de financement de la perte d'autonomie doit reposer le plus largement possible sur la solidarité nationale. Au-delà d'un premier socle de financement, la mise en place de couvertures complémentaires collectives peut être étudiée. Ces couvertures devraient protéger toute la population sans condition. Le développement de ces couvertures complémentaires collectives pourrait être envisagé dans le cadre d'accords de branche voire rendu obligatoire au niveau interprofessionnel. Le financement serait d'autant plus pérenne que la mutualisation serait large.

Notons enfin que parmi les autres moyens de financement de la dépendance régulièrement envisagés, la CFE-CGC est opposée à la création d'une nouvelle journée de solidarité car le financement de l'autonomie ne doit pas reposer uniquement sur les salariés. L'alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs ne lui semble pas non plus opportun compte tenu de la situation sociale du pays. De même, le recours sur succession, le prêt hypothécaire, ou prêt hypothécaire viager qui font porter le financement de la perte d'autonomie sur la responsabilité individuelle sont pour la CFE-CGC irrecevables.

En revanche, la CFE-CGC est favorable au fléchage de la CRDS à la perte d'autonomie, la dette sociale due à la pandémie du COVID devant être prise en charge par l'État du fait de son caractère d'aléa exceptionnel. La CFE-CGC suggère également d'élargir l'assiette de la contribution de solidarité pour l'autonomie aux revenus des indépendants.

Financer la retraite dans une perspective globale de long terme :

Enfin, même si la retraite ne figure pas dans le périmètre traité, la CFE-CGC tient à rappeler que notre système de retraite repose sur une solidarité intergénérationnelle dont le socle de financement est constitué des cotisations tirées en grande partie du travail. C'est donc à cette échelle générationnelle qu'il doit être pensé et toujours être envisagé globalement et non comme un système fonctionnant en circuit fermé. En effet, les problématiques concernant la retraite sont en lien avec d'autres, notamment le salaire, l'emploi des seniors, la gestion des autres branches de la sécurité sociale… C'est dans cette perspective globale de long terme que les futures politiques publiques doivent être déterminées et mises en œuvre.

La CFE-CGC défend la stratégie de générer davantage de recettes en favorisant la croissance.

Il est important de travailler sur les dysfonctionnements propres à l'économie française. La croissance sera **d'autant plus forte et durable que des changements structurels seront apportés au sein** de notre économie.

Cela passe par :

- Un meilleur partage de la valeur ajoutée (tant au sein des entreprises qu'au sein de la l'ensemble de la chaine de valeur) en faveur de l'investissement de l'entreprise et de la rémunération des salariés. Un partage de la valeur plus favorable aux investissements favoriserait la croissance, augmenterait le taux d'emploi ce qui permettrait d'améliorer le financement de nos régimes sociaux (via l'augmentation des cotisations sociales). Un accroissement de la part de la valeur dédiée aux salariés permettrait une montée en compétences, une meilleure productivité et renforcerait la compétitivité hors prix de la France par la montée en gamme de nos facteurs de production.
- Une meilleure régulation de la concurrence, exacerbée par la libre circulation des mouvements de capitaux et des marchandises.
- Une amélioration de **notre structure productive**. La CFE-CGC défend depuis longtemps l'idée d'une réindustrialisation de notre pays notamment à travers la montée en gamme de notre industrie par l'accroissement de la compétitivité hors-prix de nos entreprises vecteur de développement de produits plus qualitatifs et plus innovants, aux marges plus confortables. Notre structure productive serait ainsi moins dépendante du cours de la monnaie et du coût du travail, ce qui permettrait de favoriser une production nationale. La nation en tirerait bénéfice puisque cela se traduirait par une croissance de l'emploi et une amélioration de nos performances à l'exportation (ceci nécessite d'investir dans la formation et de rémunérer l'expertise au niveau requis).
  La montée en gamme de notre économie nécessite de revoir complètement la politique d'allégements de cotisations sociales accordée généralement sans conditionnalité ce qui peut générer des effets d'aubaine et dont l'efficacité n'est pas mesurée.
- Un renforcement des dispositions visant à améliorer l'emploi des seniors afin de les rendre plus efficaces en priorisant celles qui conduisent au maintien des salariés seniors dans leur entreprise jusqu'à l'atteinte des conditions légales actuelles de liquidation de leur retraite. Dans cette optique, la CFE-CGC milite pour l'instauration de dispositions ne permettant pas à l'employeur de s'opposer à un passage à temps partiel ou à temps réduit dans le cadre d'une demande de retraite progressive.

Une attention particulière à l'égalité femmes-hommes : en ce qui concerne l'égalité salariale, la CFE-CGC souligne régulièrement les

insuffisances de l'index de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et les modifications qui nous paraissent indispensables afin de le rendre plus ambitieux en y intégrant la directive européenne sur la transparence salariale. De même après 55 ans, les femmes sont plus fréquemment en situation de « ni en emploi, ni en retraite » souvent en raison de contraintes familiales ou de leur rôle d'aidantes.

- Le maintien de l'abattement de 10% sur l'impôt sur le revenu des retraités. Ce dispositif fiscal (ce n'est donc pas une niche sociale) a été créé en 1978 pour compenser le fait que les revenus des retraités échappaient à tout risque de sous-déclaration puisqu'ils déclarés par les caisses de retraite. Cet abattement a été maintenu par la suite pour tenir compte de la baisse des revenus au moment du passage en retraite ainsi que des dépenses de santé plus élevées à cet âge. La suppression de cet abattement conduirait à accroitre les impôts des retraités imposables, rendrait imposable au moins une partie de ceux qui ne le sont pas et ferait perdre à d'autres en augmentant leur revenu fiscal de référence certains avantages fiscaux ou certaines aides sociales. L'une des conséquences serait une perte de pouvoir d'achat d'une population largement contributrice à la croissance.

Au-delà de la mobilisation du levier de la croissance, la CFE-CGC juge opportun d'élargir le socle de financement.

Nous défendons l'idée, pour financer les risques dont la couverture est universelle, d'un financement via une cotisation sociale sur la consommation (CSC) plutôt que via une hausse de la CSG. Proposition de longue date de la CFE-CGC, ce dispositif consiste à supprimer partiellement les cotisations sociales employeurs et à les remplacer par une nouvelle cotisation assise sur la consommation : la CSC, outil qu'elle considère plus à même de protéger les revenus des actifs que la CSG.

En effet, les recettes de CSG sur les revenus d'activité représentent 71% des recettes totales de CSG (les deux tiers de la CSG sur les revenus d'activité sont prélevés sur la masse salariale du secteur privé, 18% sur celle du secteur public, 11% sur les rémunérations des travailleurs indépendants et moins de 4% sur d'autres rémunérations). Certes, l'assiette prend en compte les revenus du capital (11% du total prélevé) mais, à l'évidence, une augmentation générale de la CSG pèserait d'abord et directement sur le travail ne garantissant pas un financement stable. Elle ne répondrait donc pas au besoin de nouvelles sources de financement pour la protection sociale.

Pour ne pas pénaliser les ménages aux revenus les plus faibles, la CFE-CGC ne cible ni le taux super réduit à 2,1 %, s'appliquant aux médicaments, ni le taux réduit

à 5,5 %, qui touche les biens de première nécessité et, en premier lieu, l'alimentaire. La CFE-CGC propose en conséquence d'agir sur le taux normal de 20% et le taux intermédiaire de 10%.

Les recettes que procureraient la création de cette cotisation sociale sur la consommation seraient fléchées vers le financement de prestations sociales relevant de la solidarité. À titre d'exemple, la branche famille, les éléments de solidarité de la retraite (notamment fonds de solidarité vieillesse qui est cependant amené à disparaître) et une partie de la branche maladie relèvent à notre sens de la solidarité.

Les entreprises françaises qui produisent sur notre territoire pourraient, à marges constantes (en pourcentage), répercuter cette baisse des cotisations sociales patronales de manière partagée sur le prix de revient de leurs produits (gains de compétitivité prix sur les marchés extérieurs) et sur des augmentations de salaires (gains de pouvoir d'achat des salariés). En posant l'hypothèse que les entreprises « jouent le jeu » et n'augmentent pas la charge de travail de leurs salariés (des mesures incitatives doivent être prises si nécessaire), les nouveaux débouchés à l'export nécessiteront plus de main d'œuvre pour répondre aux commandes.

Les produits importés seraient quant à eux soumis à cette cotisation. Cela répartirait, en partie, l'équilibre en termes de prix entre certains produits importés qui ont une forte intensité en travail, faiblement rémunéré, et les produits fabriqués en France.

Cette mesure aurait donc le double avantage de taxer les produits importés au même titre que les produits fabriqués et consommés en France et de renforcer la compétitivité de ces derniers à l'exportation. Et ce, tout à fait légalement au regard des règles européennes et de celles de l'OMC.

La CFE-CGC considère que les exonérations de cotisations doivent être rationalisées

Les allégements généraux et exonérations ciblées doivent être temporaires, justifiés, assortis de contreparties et évalués.

Le rapport de mars 2023 sur la loi organique du 14 mars 2022 qui oblige le gouvernement à produire, chaque année, une évaluation d'un tiers des exonérations de cotisations sociales conclut d'ailleurs que *« pour répondre à la demande, très ambitieuse, d'évaluation des mesures de réduction des recettes de la sécurité sociale qui est exprimée par le Parlement, le Gouvernement doit envisager une organisation différente de celle qui a, jusqu'à présent, prévalu pour construire l'annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui présente ces mesures. Cette organisation doit tout d'abord*

*être beaucoup plus systématique dans l'identification de ces mesures, en explicitant la « norme de référence » qui permet de déterminer les dérogations à cette norme. De même, **l'information de nature quantitative sur les mesures (perte de recettes théorique, nombre de bénéficiaires, etc.) doit progresser significativement dans un horizon de moyen terme que la mission propose de fixer à juin 2025*** ».

De ce fait, nous attendons avec impatience ces informations quantitatives qui pourront permettre une appréciation générale des exonérations de cotisations sociales plus lisible et accessible.

En revanche, les exemptions d'assiette en protection sociale complémentaire apparaissent toujours pertinentes au regard de leurs objectifs.

En effet, les besoins de compléments aux prestations sécurité sociale nous paraissent encore réels aujourd'hui, d'autant plus pour les hauts revenus dont les cadres qui perçoivent des prestations de la sécurité sociale calculées sur un salaire plafonné donc qui subissent une plus grande chute de niveau de vie en cas d'incapacité ou d'invalidité, et qui ont des plus faibles taux de remplacement à la retraite. Sans parler du décès, pour lequel le capital décès n'est en aucun cas suffisant pour couvrir les frais et soutenir la famille face à cette perte soudaine de revenus.

Ces couvertures complémentaires de santé et de prévoyance sont donc essentielles pour les assurés, et doivent être préservées.

Les réductions de cotisations et contributions sociales portant sur la protection sociale complémentaire ont donc du sens : elles permettent d'inciter l'employeur à participer au financement de la couverture complémentaire des risques sociaux de ses salariés.

On pourrait considérer que cette logique incitative a moins de sens en santé pour laquelle la couverture complémentaire est obligatoirement financée à au moins 50% par l'employeur depuis la généralisation de la complémentaire santé. Toutefois, en santé comme en prévoyance, ces aides financières encouragent l'employeur à proposer des couvertures de bon niveau, répondant ainsi aux besoins des salariés.

Et ce d'autant plus que les exemptions d'assiette en protection sociale complémentaire sont moins préoccupantes pour les finances publiques que les autres exonérations de cotisations, la protection sociale complémentaire étant la niche sociale qui a le taux le plus élevé de taxe compensatoire en contrepartie.

Enfin, la CFE-CGC demande la compensation intégrale des exonérations de cotisations qui constitue un manque à gagner de 2,6 milliards d'euros en 2024.

En ce qui concerne les déficits de la sécurité sociale, la CFE-CGC est consciente qu'ils doivent être maîtrisés et la dette financée.

Une solution a été trouvée et inscrite dans la LFSS 2025. Elle autorise l'Acoss à contracter des emprunts pouvant aller jusqu'à 24 mois ouvrant ainsi la possibilité d'accéder à des marchés plus profonds afin de sécuriser le financement.
Ce type de mesure trouve néanmoins ses limites, l'Acoss gérant la trésorerie et n'ayant donc pas vocation à endosser le rôle de la Cades et à financer la dette à long terme de la sécurité sociale. Aussi, la CFE-CGC écarte l'idée d'une augmentation des prélèvements et privilégie le transfert de nouveaux montants de dettes à la Cades en décalant l'échéance de 2033 ce qui nécessite que le parlement adopte une loi organique en ce sens.

Synthèse
Contribution CFE-CGC au rapport des Hauts Conseils sur l'état des comptes sociaux (juin 2025)

Les constats sur la problématique du financement de la protection Sociale

La CFE-CGC déplore le manque à gagner côté recettes

La CFE-CGC relève un manque structurel de recettes de financement de la protection sociale, qu'elle attribue :

- À certains dysfonctionnements économiques : excès de concurrence, faible taux d'emploi des seniors, inégalités salariales femmes-hommes, croissance du recours au statut de micro-entrepreneurs.
- À des choix politiques contestables : exonérations de cotisations, aides aux entreprises sans contrepartie. Ces politiques reposent sur une logique de compétitivité-prix au détriment de la compétitivité hors coût, ce qui freine la montée en gamme de l'économie française et induit un manque de recettes pour la protection sociale. Les efforts pour maintenir la pérennité du système repose de ce fait sur les classes moyennes ce qui n'est pas acceptable.

En ce qui concerne les dépenses, la CFE-CGC considère qu'il faut fixer le niveau de couverture en adéquation avec les besoins

C'est pourquoi, elle estime que la recherche de l'équilibre à court terme n'a aucun sens économique et social et qu'il est plus pertinent d'adopter une stratégie de pilotage de la sécurité sociale de manière pluriannuelle. Elle s'oppose donc à toute règle d'or qui prive l'État d'une partie de sa capacité à agir en cas de récession économique.

Les pistes de réforme du financement de la protection sociale

La CFE-CGC milite pour repenser les circuits de financement selon la logique solidarité/contributivité

La CFE-CGC distingue deux types de risques :

- Ceux dont la couverture est universelle (famille, perte d'autonomie, handicap, prestations de santé en nature) qui peuvent être financés par l'impôt. Pour préserver la solidarité nationale, il y a quand même la nécessité de contribuer.
- Ceux dont la couverture vise à apporter un revenu de remplacement en lien avec l'activité professionnelle (indemnités journalières, retraite), financés par des cotisations, dans une logique assurantielle. Des dispositifs de solidarité peuvent ensuite venir compléter ces prestations.

Dans cet esprit, il convient d'opérer une déclinaison efficiente sur les différents risques

Repenser le mode de financement du système de santé :

Pour la CFE-CGC, il est essentiel de :

- Maîtriser les dépenses de santé tout en préservant la qualité des services et des soins.
- Lutter contre le non-recours et renforcer la prévention, colonne vertébrale du système de santé.
- Lutter contre la sous déclaration et la sous reconnaissance des ATMP notamment ceux d'ordre psychique.
- Responsabiliser les entreprises sur les sujets de la prévention des risques en améliorant les conditions de travail, facteur clé de réduction des arrêts de travail. Sur ce sujet, les managers ne peuvent être tenus responsables de conditions de travail dégradées.
- Refondre le cahier des charges du contrat responsable pour le réorienter vers les risques graves et coûteux.

La CFE-CGC rejette catégoriquement :

- L'instauration d'un jour de carence public.
- La mise en place d'un « bouclier sanitaire » individualisé, qui nuirait à l'égalité d'accès aux soins et pénaliserait les classes moyennes.

Relancer la politique familiale en réaffirmant son universalité :

La CFE-CGC milite pour un retour aux principes fondateurs de la politique familiale, en particulier la redistribution horizontale, qui vise à compenser les charges liées aux enfants, indépendamment des revenus des familles.

Elle réaffirme son attachement :

- Au maintien de la majoration de pension pour les familles nombreuses.
- Au crédit d'impôt pour l'emploi à domicile, dont la suppression favoriserait le travail dissimulé et nuirait à un secteur essentiel pour les familles.
- Au maintien d'un quotient conjugal distinct de celui du quotient familial

Elle partage le constat du HCFEA sur la nécessité de réformer en profondeur le congé parental dont elle propose de réduire la durée à un an, et de porter l'indemnisation à 80 % du salaire sans plafond.

Financer durablement la perte d'autonomie :

La prise en charge de la perte d'autonomie doit être obligatoire, universelle, largement mutualisée, et reposer le plus possible sur la solidarité nationale. La mise en place de couvertures complémentaires collectives peut être étudiée.

La CFE-CGC rejette :

- La création d'une nouvelle journée de solidarité car le financement de l'autonomie ne doit pas reposer uniquement sur les salariés.

- L'alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs ne lui semble pas non plus opportun compte-tenu de la situation sociale du pays.
- Les solutions qui font porter le financement sur la responsabilité individuelles (recours sur succession, prêts hypothécaires).

Elle soutient :

- Le fléchage de la CRDS vers la perte d'autonomie, la dette sociale due à la pandémie du COVID devant être prise en charge par l'État du fait de son caractère d'aléa exceptionnel.
- L'élargissement de son assiette aux indépendants.

Financer la retraite dans une perspective de globale de long terme (à l'échelle générationnelle) :

Cette thématique est traitée plus spécifiquement dans d'autres instances.

Côté recettes, la CFE-CGC défend la stratégie visant à générer davantage de recettes en favorisant la croissance

La CFE-CGC appelle à répondre aux dysfonctionnements de notre économie, ce qui passe par :

- Un meilleur partage de la valeur ajoutée en faveur de l'investissement de l'entreprise et de la rémunération des salariés.
- Une meilleure régulation de la concurrence.
- Une amélioration de notre structure productive en réindustrialisant l'économie via la montée en gamme des produits français.
- Un renforcement des dispositions visant à améliorer l'emploi des seniors en particulier en rendant opposable la réduction du temps de travail dans le cadre d'une demande de retraite progressive.
- Une correction des inégalités salariale femmes-hommes.
- Le maintien de l'abattement fiscal de 10 % pour les retraités.

Au-delà de la mobilisation du levier de la croissance, la CFE-CGC juge opportun d'élargir le socle de financement…

La CFE-CGC privilégie la création d'une cotisation sociale sur la consommation (CSC) à la hausse de CSG dont les recettes reposent à 70% sur les revenus d'activité. Ce dispositif consiste à supprimer partiellement les cotisations sociales employeurs et à les remplacer par une nouvelle cotisation assise sur la consommation : la CSC, outil qu'elle considère plus à même de protéger les revenus des actifs que la CSG.
Elle ne cible ni le taux super réduit à 2,1 %, s'appliquant aux médicaments, ni le taux réduit à 5,5 %, qui touche les biens de première nécessité et, en premier lieu, l'alimentaire. Elle propose en conséquence d'agir sur le taux normal de 20% et le taux intermédiaire de 10%.

Les recettes que procurerait la création de cette cotisation sociale sur la consommation seraient fléchées vers le financement de prestations sociales relevant de la solidarité.
Cette mesure aurait le double avantage de taxer les produits importés au même titre que les produits fabriqués et consommés en France et de renforcer la compétitivité de ces derniers à l'exportation.

Et de rationaliser les exonérations de cotisations

La CFE-CGC plaide pour :

- Évaluer systématiquement les allégements généraux et exonérations ciblées, les assortir de contreparties et les limiter dans le temps.
- Préserver les exemptions d'assiette en protection sociale complémentaire (prévoyance, santé), qui répondent à des besoins réels notamment pour les cadres dont les pertes de revenus sont particulièrement importantes lors de la réalisation d'un risque lourd (prévoyance).
- Compenser intégralement les exonérations, représentant un manque à gagner de 2,6 Mds € en 2024.

Enfin, la CFE-CGC plaide pour un nouveau transfert de dettes à la Cades

Elle écarte l'idée d'une augmentation des prélèvements pour financer la dette sociale et privilégie le transfert de nouveaux montants de dettes à la Cades en décalant l'échéance de 2033 ce qui nécessite que le parlement adopte une loi organique en ce sens.

Fédération syndicale unitaire - FSU

Pour la FSU, la saisine du Premier ministre qui demande d'établir un diagnostic sur les déséquilibres financiers de la sécurité sociale et d'identifier, les leviers de rétablissement des comptes sociaux n'est pas recevable en l'état, au-delà de la contrainte du temps court dans lequel les travaux être rendus.

En effet, dans sa formulation et ses orientations, la commande faite aux Hauts Conseils (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie : HCaam, Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge : HCFEA et Haut Conseil du financement de la protection sociale : HCFiPS) est biaisée. Elle sort du cadre de recommandations et d'avis liés à leurs rôles et leur assigne des travaux avec un objectif impératif qui relève déjà d'un diagnostic imposé par le Premier ministre et nécessitant l'élaboration d'un consensus partagé. La démarche est ainsi « fermée » et inhabituelle, choquante. Nous ne pouvons que la dénoncer d'autant plus qu'elle se réclamera d'une concertation large. L'objectif est clair : trouver plusieurs milliards d'économies par la baisse de la dépense publique alors que notre système de sécurité sociale peine déjà à répondre aux besoins de la population.

La FSU note aussi que la demande du Premier ministre intervient dans un contexte budgétaire lui aussi biaisé.

Depuis le milieu des années 2010, les politiques budgétaires menées par les gouvernements ont combiné une approche austéritaire, plus ou moins marquée selon les périodes, avec une politique de l'offre appuyée sur des politiques de développement de la marchandisation de la santé. Conséquence : la socialisation d'une part importante des revenus du travail a été affaiblie (exonérations de cotisations) ce qui a largement provoqué les déficits budgétaires et l'approfondissement de la dette publique. À titre d'illustration, en juillet 2024, la Cour des Comptes révélait que les mesures d'allègements des prélèvements sociaux et fiscaux avaient provoqué pour la seule année 2023 un manque à gagner de 62 milliards d'euros. En réponse à la situation ainsi créée, le gouvernement n'entend répondre que par des mesures d'aggravation des politiques menées, notamment par de nouvelles diminutions de la part des dépenses de la protection sociale. L'austérité budgétaire d'année en année conduit à entraver l'activité économique et à porter de nouvelles atteintes aux conditions de vie du plus grand nombre. Avec les restrictions budgétaires engagées et annoncées, le ratio de dette publique rapportée au PIB va mécaniquement augmenter.

L'absence d'ambition économique, sociale et écologique dans cette situation, ne peut être que facteur d'approfondissement de la crise que connaît le pays.

Dans ce contexte, et en contribution à ces rapports, la FSU souhaite rappeler quelques-unes de ses positions pour la sécurité sociale.

Malgré les attaques incessantes du patronat, des gouvernements successifs et les appétits du marché, la sécurité sociale, forte de principes fondamentaux (solidarité, universalité) décidés à la Libération, reste un système efficace, protecteur et solide économiquement. La démonstration n'est plus à faire. Son financement par les revenus du travail aboutit à l'affectation d'une part importante de la répartition de la richesse à la protection sociale de toutes et tous. Sa remise en cause par les politiques d'exonérations et salariales (intéressement, participation, primes) ou par le recours régulièrement accru à des mécanismes contributifs ou à d'autres taxes dont la TVA constituent un élément important de fragilisation. Au contraire, la mise en oeuvre des politiques d'augmentation des salaires et des traitements, de développement des emplois de qualité ou de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes, constituerait en soi une garantie et une dynamique de ressources suffisantes à la sécurité sociale afin qu'elle réponde aux besoins de la population en matière de santé, de retraite, d'autonomie, de politique familiale…

A la marchandisation croissante de la protection sociale, à sa fiscalisation et à son étatisation, nous opposons une approche fondée sur le financement solidaire et la démocratie sociale. La cotisation sociale fonde une répartition des richesses qui structure le pacte social.

Pour la FSU, les rapports des trois Hauts Conseils apportent des analyses et des éclairages importants ouvrant la voie à des débats et des arbitrages politiques qui doivent renforcer et non amoindrir la sécurité sociale et plus largement le système de protection sociale.

La FSU souhaite mettre en avant quelques points saillants. La FSU est très attachée au fait que les rapports rappellent un certains nombres de principes. Ainsi sont réaffirmés le rôle fondamental de la protection sociale et l'adhésion au système : « Les Français affirment l'importance de la sécurité sociale dans leur vie de tous les jours […] pour se soigner ou pour protéger leur famille. »

Les trois Hauts Conseils établissent un état des lieux très complet du système de santé et le diagnostic est commun : la situation est très difficile. Première conclusion affichée : il n'est pas possible de donner des pistes d'économie pour l'immédiat, sauf à la marge, sinon ce serait « affaiblir les fondamentaux ». En répondant dès maintenant aux besoins qui vont augmenter naturellement, des économies conséquentes sont possibles pour l'avenir : « si on est en meilleure santé on aura moins de besoins ». La Cour des comptes, citée dans le rapport du HCAAM rappelle qu'une année de vie en bonne santé pour l'ensemble de la population permet d'économiser 1,5 milliards d'euros. Ainsi, le principe n°5 du HCFiPS "concilier les mesures de court-terme et une stratégie de moyen-terme" guide l'ensemble des rapports qui dénoncent le manque de stratégie. Les rapports pointent également des besoins non couverts, notamment dans le domaine des maladies neurodégénératives.

Le HCAAM explique par ailleurs qu'économiser sur les dépenses de santé « impose de s'intéresser aux déterminants de la santé, qui se situent majoritairement en dehors du système de santé […] : éducation, conditions de travail, environnement. »

La FSU souscrit à la nécessité d'emplois de qualité et en nombre suffisant pour les personnels, pour garantir la qualité du service rendu, pour réduire les dépenses et améliorer les finances publiques (réduction de la « sinistralité »). Elle souscrit également à la condamnation des temps partiels contraints. Elle souscrit aussi à la volonté de lutter contre les inégalités sociales en matière de santé. Autre principe partagé : la nécessité de la démocratie au niveau local et national.

Tous les rapports mettent la prévention en mesure prioritaire, tout au long de la vie, sans barrière d'âge. Et les propositions sont nombreuses : service public d'accueil de l'enfance pour notamment répondre à la pauvreté des enfants et assurer la prévention des risques, par exemple, liés à l'alimentation (obésité), mais aussi santé au travail, prévention des chutes etc.

C'est aussi le Haut conseil de l'âge qui demande une loi « grand âge » de financement et de programmation. D'autres positionnements sur les Ehpad et les résidences autonomie vont aussi dans notre sens et constitueraient des avancées si elles se concrétisaient.

A l'inverse, certaines analyses ou propositions significatives peuvent être dangereuses dans leur interprétation. Certes, la FSU partage le constat que « la France présente un niveau de dépenses de santé qui n'est pas exceptionnel mais [qui] se situe parmi les plus élevés. » et qu'on ne peut envisager « la dépense d'assurance maladie comme un pur coût, sans prendre en compte son bénéfice collectif et individuel. » Pour autant, elle ne saurait partager une conclusion qui tendrait à accréditer l'idée que « la question des dépenses et de leur maîtrise est primordiale. »

Pour retrouver « une trajectoire d'équilibre des comptes sociaux », bien des pistes d'économies et de financements vont à l'encontre de nos principes et propositions qui défendent le financement de la protection sociale par la cotisation qui, seule, ouvre des droits.

Le constat est édifiant : le financement de la sécurité sociale pèse de moins en moins sur le travail au profit de la consommation des ménages. La baisse de cotisation des employeurs a été de 6 points entre 2017 et 2023 alors que les recettes fiscales ont doublé.

Malheureusement, les pistes proposées ne sont pas axées sur un renforcement des cotisations, mais visent salarié·es et retraité·es, pour la plupart.

Ainsi, la FSU s'oppose à l'hypothèse de travailler à une plus grande équité entre retraité.es et salarié.es, en précisant deux voies :

- le prélèvement par la remise en cause de l'abattement de 10% d'impôt sur le revenu et/ou par l'augmentation de la CSG.
- la gestion des prestations par une sous-indexation des retraites.

De même, le recours à la CSG pour « donner du pouvoir d'achat aux actif·ves en la substituant aux cotisations », y compris en instaurant une « CSG progressive » est à rejeter, même si l'assiette de la CSG est plus large que celle de la cotisation.

D'autres mesures sont envisagées, notamment la remise en cause de la majoration des pensions de retraite de 10% pour trois enfants et plus ou encore le retour d'une assurance obligatoire dépendance ou la proposition de gestion de l'APA par les régimes de retraite de base qui interpellent et inquiètent. La FSU rappelle que ni les retraité·es ni les salarié·es n'ont à porter un déficit sciemment organisé.

Parallèlement à la saisine du Premier ministre et aux travaux des Hauts Conseils, plusieurs propositions récurrentes dans le débat public sont, pour la FSU, des pistes dangereuses. Le HCFiPS rappelle dans différentes publications que la TVA a progressivement occupé une place de plus en plus grande dans le financement de la protection sociale. Ce processus s'est fait jusqu'à présent à bas bruits, mais il sert de prétexte au retour de propositions d'un financement par une TVA dite sociale. Pour la FSU, la TVA est un prélèvement sur la consommation par nature inégalitaire. Vouloir la qualifier de sociale, au prétexte qu'elle financerait des prestations sociales est une manipulation sémantique. En outre, comme le dit le rapport, l'augmentation du coût de la vie se répercute inévitablement sur les salaires. Le financement par la TVA n'aboutit in fine qu'à la fiscalisation et à l'étatisation de la sécurité sociale ou de l'Unedic, comme le fait la CSG, ce à quoi la FSU est opposée.

Par contre, l'augmentation des ressources par une politique de l'emploi ambitieuse, associée à une revalorisation notamment pour les plus faibles rémunérations et pour les fonctionnaires ainsi qu'à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, est une voie que la FSU appelle à poursuivre. Mais les propositions d'augmentation du taux d'emploi les plus récurrentes visent les séniors et donc à retarder encore plus l'âge de départ en retraite, les jeunes et les moins diplômés, par une politique de l'emploi uniquement fondée sur l'offre de travail. Les modalités de création d'emplois, par l'investissement notamment public et pour la transition écologique sont largement invisibilisées.

Union nationale des syndicats autonomes - UNSA

Introduction

Suite à la saisine commune du Premier ministre et en réaction aux travaux des trois Hauts Conseils, l'UNSA salue l'approche globale adoptée ainsi que la pertinence et la clarté du diagnostic établi dans ce rapport. Ce dernier constitue une base de travail riche et utile. Toutefois, la contrainte temporelle dans sa réalisation empêche d'en extraire un scénario « magique ». Il doit dès lors être politiquement renforcé pour répondre aux enjeux futurs et inciter à une réflexion globale, bien au-delà de simples mesures d'économie à court terme dans le cadre du futur PLFSS.

Contexte et enjeux

Le déficit de la sécurité sociale devrait atteindre 22 milliards d'euros en 2025 (soit -0,7 % du PIB). Même s'il apparaît significatif, il demeure bien mieux maîtrisé que celui de l'État, dont le déficit public dépasse 5 % du PIB. Nonobstant un ralentissement de l'inflation, les dépenses sociales continuent de croître plus rapidement que les recettes, sous l'effet de facteurs structurels – vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, croissance ralentie de la masse salariale et du PIB –. Malgré cela, la sécurité sociale reste un amortisseur social indispensable durant les crises. Pilier de solidarité, elle nous protège tous, sans distinction, et renforce le lien intergénérationnel, garant de cohésion et de justice sociale. Après plus de 80 ans, son rôle demeure incontournable et l'UNSA défend et continuera à défendre ce modèle solidaire d'avenir !
Pour l'UNSA, un changement de paradigme s'impose. La mission confiée aux trois Hauts Conseils doit aboutir à des décisions anticipatrices et ambitieuses. Plutôt que de se cantonner à de simples ajustements comptables, souvent douloureux et injustes, il est urgent d'agir sur les causes structurelles du déficit. L'objectif est de mettre en oeuvre des mesures de fond qui, à moyen et long terme, permettront non seulement de réduire, voire d'annuler le déficit, tout en préservant des garanties sociales fortes pour l'ensemble des assurés sociaux.

Ne pas éluder les causes structurelles du déficit

Au fil des années, une confusion s'est installée entre le budget de l'État et celui de la sécurité sociale. Pour des raisons politiques, de lisibilité, de transparence et de traçabilité, il est impératif que ces deux entités demeurent distinctes. La question se pose également quant à la non-compensation par l'État de certaines exonérations et allègements de cotisations, ainsi que le transfert à la CADES de dépenses (notamment celles liées au COVID) qui ne relèvent pas intrinsèquement de la sécurité sociale. Le principe fondamental doit être : toute dépense doit s'accompagner d'une recette.

Soutenir une diversification des recettes fondée sur la justice sociale

Pour assurer la soutenabilité du système, l'UNSA soutient plusieurs orientations visant à diversifier les sources de financement :

- **Fiscalité patrimoniale renforcée :** Créer de nouvelles recettes sur les transmissions de patrimoine par une fiscalité plus progressive, incluant une contribution plus élevée sur les successions, les gros héritages et les patrimoines conséquents.
- **Réforme de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) :** La rendre plus progressive et équitable.
- **Taxations ciblées :** Mettre en place une taxe sur l'assurance vie et accroître les taxes comportementales sur des secteurs spécifiques tels que les alcools, les écrans ou encore les jeux en ligne.
- **Cotisations sur dispositifs exonérés :** Envisager l'application de cotisations sociales (tant patronales que salariales) sur certaines formes de rémunération complémentaire bénéficiant actuellement d'exonérations totales ou partielles.
- **Extension de l'assiette de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) :** Élargir son application aux revenus des travailleurs indépendants afin d'assurer une participation équitable de la branche autonomie.
- **Optimisation de la politique d'endettement :** Libérer des recettes immédiates et augmenter la capacité de financement en revoyant la politique d'endettement par un allongement de la durée de remboursement de la dette gérée par la CADES, qu'elle soit actuelle ou future.
- **Mise à jour des niches sociales et fiscales :** Pour éviter des avantages induits et optimiser les recettes.

Conditionner les exonérations de cotisations sociales

Les allègements de cotisations, représentant près de 80 milliards d'euros par an, n'ont pas permis de revaloriser les salaires ni de réduire durablement la précarité ou de favoriser une réindustrialisation massive. L'UNSA demande donc que les exonérations soient conditionnées à des engagements concrets en matière sociale, environnementale et d'amélioration de la qualité de l'emploi.

Refuser une TVA dite sociale

Instaurer une TVA sociale, en uniformisant la taxation de la consommation, pénaliserait davantage les ménages modestes, qui consacrent une part plus importante de leur revenu aux dépenses courantes, creusant encore un peu plus les inégalités. Par ailleurs, cette mesure pourrait freiner la consommation et affaiblir la croissance économique avec des répercussions estimées par l'OFCE à -0,9 % du PIB sur cinq ans et l'emploi (-1,1 % sur cinq ans, chiffre DG Trésor). En substituant une fiscalité indirecte aux cotisations sociales patronales, elle brouille la gouvernance de la sécurité sociale et rend son financement plus opaque, sans garantie d'une augmentation des salaires en retour ou d'un renforcement pérenne des recettes. Cette mesure va à l'encontre des principes fondamentaux de justice sociale, faisant peser la charge sur les consommateurs plutôt contrairement à une fiscalité

progressive. Pour ces raisons, l'UNSA rejette catégoriquement cette solution qui ne répond ni aux enjeux de solidarité ni à une vision durable du financement de la sécurité sociale.

Renforcer la coordination et l'efficience du système de soins

Au-delà des simples ajustements comptables, l'UNSA plaide pour une réorganisation structurante du système de soins afin de ne plus cantonner la réponse aux défaillances du système à l'hôpital, perçu aujourd'hui comme le filet de sécurité unique. Nous proposons de développer le dispositif de Service d'Accès aux Soins (SAS) pour garantir une prise en charge optimale et désengorger l'hôpital public.

Pour ce faire, il est essentiel de favoriser la permanence des soins dans des structures adaptées — médecine générale, laboratoires d'analyses, radiologie, etc. La revalorisation et la coordination des services en ambulatoire apparaissent comme des leviers indispensables pour une réduction durable des dépenses humaines et financières, tout en préservant l'accès équitable aux soins.

Les mesures proposées comprennent :

- Coordination renforcée : Instaurer une synergie accrue entre les acteurs de la prévention, de l'accompagnement et du suivi des maladies.
- Transformation numérique : Soutenir la numérisation des parcours de soins pour améliorer la coordination et le suivi des patients.
- Structures hybrides expérimentales : Encourager des expérimentations intégrant prévention, soins curatifs et suivi post-hospitalier afin de mesurer concrètement l'impact sur la maîtrise des dépenses.
- Lutte contre les déserts médicaux : Mettre en place des contraintes pour favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-dotées.

Refuser la fragmentation du système de santé au détriment des plus vulnérables

Le rapport aborde de manière superficielle les dispositifs incitatifs pour les professionnels de santé, sans mesurer précisément leur efficacité ni leur impact sur l'attractivité territoriale. L'UNSA déplore l'absence d'un bilan global qui permettrait de rediriger, au besoin, les moyens financiers vers des mécanismes réellement justes et performants.

Nous rejetons fermement toute réforme de l'Assurance maladie ou du dispositif ALD fondée sur une segmentation « petit risque/gros risque ». Un tel découpage fragmente le système en excluant et stigmatisant les patients vulnérables—en particulier ceux qui n'ont pas accès à la complémentaire santé solidaire—alors que le développement et la complexité des pathologies chroniques exige une approche individualisée reposant sur le principe d'universalité.

De surcroît, l'augmentation des participations forfaitaires et des franchises, qui impose des contributions fixes aux patients, constitue une mesure inacceptable. Elle frappe durement les personnes les plus malades, sans offrir d'effet pédagogique ou de soutien préventif, et compromet les valeurs de solidarité et de justice sociale auxquelles repose notre système de sécurité sociale.

Investir dans la prévention et la promotion de la santé

Pour optimiser l'allocation des ressources, les dépenses curatives doivent céder la place à une logique proactive de prévention. L'expérience internationale, notamment dans le domaine de la vaccination (comme celle contre le papillomavirus), démontre qu'un investissement initial peut, sur le long terme, générer des économies substantielles et améliorer la qualité de vie.

L'UNSA soutient la mise en place d'un dispositif de coordination de la prévention reposant sur :

- **Coordinateur unique :** Mettre en place un coordinateur unique, idéalement l'Assurance Maladie, chargé d'orchestrer les actions de prévention sur l'ensemble du territoire. Ce rôle central permettrait de garantir une cohérence des initiatives et une meilleure allocation des moyens.
- **Observatoire de la prévention :** Créer un observatoire dédié à la prévention, chargé d'évaluer l'impact des politiques mises en oeuvre et de recommander des ajustements réguliers. Ce dispositif de suivi assurerait un retour d'expérience continu et favoriserait l'amélioration des stratégies de prévention.
- **Partenariats stratégiques :** Favoriser des partenariats entre les acteurs publics, associatifs et privés afin de multiplier les initiatives de prévention notamment entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. La mutualisation des compétences et des ressources renforcerait l'efficacité des actions et étendrait leur portée à l'ensemble du territoire.
- **Campagnes d'information et de soutien :** Mettre en oeuvre des campagnes d'information et de soutien visant à valoriser la prise en charge préventive, tant d'un point de vue économique que social. Une meilleure sensibilisation renforcerait l'adhésion des citoyens et améliorerait les comportements en matière de santé.
- **Réforme des dépassements d'honoraires :** Mettre fin aux dépassements d'honoraires pour les actes de prévention, tels que la colposcopie ou la mammographie, afin de garantir un accès universel.

Poursuivre des politiques familiales ambitieuses

Concernant la branche famille, plusieurs éléments nous paraissent être à souligner pour garantir la lisibilité, l'équité et la qualité des politiques familiales :

- **Congé parental :** Proposer un congé court mieux rémunéré (idéalement 6 mois pour chacun des parents avec maintien de 70% du salaire) et instaurer un bonus pour les couples partageant ce congé, en garantissant dès 15 mois un droit opposable à un mode d'accueil.
- **Modes d'accueil :** Développer les modes d'accueil pour les moins de 3 ans et les services pour les familles qui n'y recourent pas. Rehausser progressivement les taux d'encadrement pour offrir un accueil de qualité.
- **Réforme de la PSU :** Passer à une tarification à la journée ou à la demi-journée afin de simplifier le mode de calcul et éviter les dérives actuelles.

- **Extension des allocations familiales dès le premier enfant :** Soutenir cette évolution pour renforcer l'universalité du système et garantir une mesure de justice sociale, à condition qu'elle ne soit pas financée par des économies sur les familles ayant d'avantages d'enfants, en particulier les plus modestes.

Enfin, l'UNSA rappelle qu'il est légitime que les employeurs continuent de contribuer au financement de la branche famille, car les politiques familiales favorisent concrètement le retour à l'emploi. Les excédents de la branche famille doivent être affectés aux besoins des familles. Ils ne doivent pas servir de variable d'ajustement pour compenser les effets de politiques fiscales injustes.

Construire enfin une politique de l'autonomie à la hauteur des enjeux

Le rapport souligne l'essor des besoins engendrés par le vieillissement démographique, un constat que nous partageons pleinement. Nous appelons ainsi à approfondir plusieurs axes majeurs :

- **Soutien aux aidants :** Instaurer un congé indemnisé, améliorer les droits sociaux et mettre en place un accompagnement adapté pour mieux soutenir les aidants dans leur rôle essentiel.
- **Revalorisation des professionnels du lien :** Garantir une meilleure reconnaissance et revalorisation des métiers de l'accompagnement, tant en établissements qu'à domicile.
- **Encadrement en EHPAD :** Instaurer un ratio d'un soignant par résident afin d'assurer une prise en charge qualitative.
- **Transformation de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) :** Faire évoluer cette aide en une prestation sociale universelle, dégressive et sans recours sur succession.

L'UNSA insiste aussi sur la nécessité de clarifier la gouvernance de la branche autonomie. La proposition de confier à la branche retraite la gestion de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ne saurait être que transitoire. Nous soutenons la création de caisses locales de solidarité pour l'autonomie, coordonnées par la CNSA, avec une place renforcée des partenaires sociaux.

Pour un pilotage renouvelé de la sécurité sociale

Pour accompagner ces transformations, une refonte du pilotage s'impose. L'UNSA propose :

- **Concertation tripartite :** Réunir l'État et les partenaires sociaux pour définir des objectifs stratégiques à court, moyen et long terme.
- **Cadre d'évaluation transparent :** Définir des critères permettant d'anticiper les évolutions à court et moyen terme pour piloter plus efficacement les politiques sociales.

Conclusion

Ce rapport constitue une base de travail riche et utile. L'UNSA appelle à sortir d'une logique strictement comptable en adoptant des mesures courageuses et structurantes. Il est

essentiel de mobiliser les hauts patrimoines et les revenus du capital afin d'assurer un financement soutenable et équitable de la sécurité sociale. La mise en oeuvre rapide de mesures immédiates dans le cadre d'une stratégie de réforme à moyen et long terme garantira la pérennité d'un haut niveau de protection sociale, compatible avec un dynamisme économique et une capacité d'innovation.

Face aux défis actuels et futurs, l'UNSA se positionne résolument pour l'instauration d'un nouveau paradigme, où la clarification des budgets, la gouvernance renouvelée et l'adoption de mesures structurelles permettront de préserver et de renforcer le Pacte Social qui fait notre fierté et le socle de notre modèle social.

Contribution des organisations : CFE-CGC, CFTC, CGT, FGR-FP, FO, FSU, Ensemble & Solidaires

Contribution commune de l'Union confédérale retraités - CGT (UCR-CGT), l'Union confédérale des retraités - Force Ouvrière (UCR-FO), l'Union nationale des retraités de la CFTC (Unar-CFTC), l'Union nationale interprofessionnelle des retraités de la CFE-CGC (Unir-CFE-CGC), la Fédération générale des retraités de la fonction publique (FGR-FP), la section retraités de la Fédération syndicale unitaire (FSU), l'Union nationale des retraités et des personnes âgées (Ensemble et solidaires – UNRPA).

La saisine du Premier Ministre, afin d'établir « un diagnostic sur les déséquilibres financiers de la sécurité sociale et d'identifier les leviers de rétablissement des comptes sociaux » n'est pas recevable dans le contexte particulièrement difficile pour les personnes âgées et pour le secteur de l'autonomie, à l'abandon, au bord du gouffre. On nous demande de trouver des économies de plusieurs milliards alors que notre système de santé est au bord de la rupture. La grande majorité des EHPAD publics sont en déficit chronique et les services d'aides à domicile asphyxiés, les personnes âgées de plus en plus ne recourent plus aux soins prescrits.

Les prochaines années verront une augmentation particulièrement importante du nombre des personnes âgées en perte d'autonomie. Nous n'acceptons aucune « piste » qui diminuerait le pouvoir d'achat des retraité·es comme de nos enfants, en particulier la désindexation partielle ou totale des pensions par rapport à l'inflation alors que les dépenses contraintes augmentent et notamment le coût des complémentaires santé, hélas indispensables pour se soigner, du fait même de la remise en cause et des attaques contre la Sécurité Sociale. Comment ces personnes âgées pourront-elles se soigner faute de personnels, faute de structures et faute de ressources suffisantes pour financer le reste à charge ?

Le HCFEA qui, dans son rapport du 20 février 2024, dit : « *la politique française du vieillissement est caractérisée par un défaut notable d'anticipation et de planification*« et de

demander « *d'inscrire dans la loi l'impératif de prise en compte […] des enjeux du vieillissement de la population et la garantie du droit des personnes âgées de vivre de façon autonome et en pleine citoyenneté, avec tous les soutiens nécessaires* », réclamant, pour ce faire, « *une planification de moyen long terme* ».

L'augmentation des dépenses de santé dues au vieillissement de la population et au développement des techniques de soins est une évidence. Cette situation était tout à fait prévisible compte tenu de la pyramide des âges. Cependant aucune planification prévisionnelle n'a été faite ni même envisagée. Alors que les exonérations de cotisations sociales s'élèvent à 77 milliards pour la seule année 2025, alors que le gouvernement ne veut taxer ni les grandes fortunes ni les grandes entreprises qui bénéficient d'aides publiques sans contrepartie et qui ont redistribué 100 milliards de dividendes à leurs actionnaires en 2024, il vise les dépenses sociales publiques. La Sécurité sociale, les retraité·es, ne sont pas des variables d'ajustement de la dépense publique.

Faute de volonté politique pour prendre en charge la perte d'autonomie et résoudre les manques de personnels et le reste à charge exorbitant, l'Etat veut faire payer la population. La perte d'autonomie est un aléa de la vie et, à ce titre, relève de la prise en charge de la branche maladie de la Sécurité sociale. D'autres solutions sont possibles fondées sur une progression des recettes : réductions massives des exemptions de cotisations sociales, créations massives d'emplois pérennes et qualifiés dans le cadre de la réindustrialisation du pays, égalité salariale effective femmes/hommes, augmentation des salaires, lutte contre le chômage des jeunes et des seniors notamment, revenus du patrimoine, placements et dividendes soumis à cotisations etc.

Nous partageons, avec le projet d'avis, certaines approches et propositions.

Nous apprécions que dès l'introduction, l'avis rappelle fermement la nécessité et l'urgence d'une loi de programmation et de financement pour le grand âge avec une projection sur 10 ans. Il faut constater aussi que le Conseil de l'Âge (comme celui de la Famille) ne s'est pas seulement inscrit dans la recherche d'économies mais qu'il a insisté sur les besoins, l'exigence de réponses.

De même, nous nous retrouvons dans le propos qui insiste sur la nécessité d'une politique globale et pas simplement compensatoire. L'importance de la prévention à tous les âges de la vie sans barrière d'âge est un constat que nous partageons. À terme, elle est porteuse de dizaines de milliards d'économies. L'accent mis sur la prévention est essentiel : prévention tout au long de la vie et suppression de la barrière d'âge. Les investissements nécessaires à court terme permettront un progrès pour les personnes concernées et des économies : moindre glissement d'un GIR à l'autre, moindres hospitalisations, moindres dépenses de santé : gagner une année d'espérance de vie en bonne santé c'est 1,5 milliard d'économie ! De même, nous souscrivons à l'effort nécessaire qui doit être porté au logement personnel et à l'habitat partagé, sources de bien-être pour la personne et d'économies en termes de santé. Rappelons la nécessité de construire 108 000 places d'EHPAD d'ici 2030 selon la DREES.

Les analyses sur l'APA sont très pertinentes qui soulignent l'absence de prise en charge de toutes les personnes en perte d'autonomie notamment celles qui souffrent de troubles cognitifs. Le point d'alerte sur le « *rapprochement des résultats de l'enquête autonomie et l'évolution du nombre de bénéficiaires à l'APA à domicile* » est bienvenu. Nous souscrivons aussi à la proposition d'un relèvement du plafond de l'APA. La révision de la grille AGGIR est indispensable.
Elargir les périmètres des soins financés en EHPAD est une proposition à retenir ainsi qu'une réflexion sur la possibilité « d'*une pharmacie à usage intérieur* ».

Concernant les recettes et les besoins, nous souscrivons à la nécessité de mettre à contribution les recettes du capital. Nous rejoignons l'avis sur la progression attendue des dépenses d'autonomie et sur la crainte d'une sous-estimation des besoins. Effectivement, « un apport de recettes important de la branche autonomie est incontournable » si l'on veut répondre à la situation actuelle et anticiper. Il y a notamment le besoin de mesures financières nouvelles pour les établissements de santé, l'aide à domicile. L'embauche prévue de 50 000 ETP en EHPAD à l'horizon 2030 est insuffisante.

En revanche, rappelons nos désaccords et inquiétudes :

Nous nous opposons à la suppression de l'abattement fiscal de 10 % pour les personnes âgées, ce qui aurait des conséquences dramatiques pour nombre d'entre elles. Notamment celles qui deviendraient imposables, passeraient au taux de CSG supérieur, paieraient la CRDS et la CASA, perdraient certaines aides et allocations, l'accès au logement social etc. Nous refusons une éventuelle augmentation de la CSG. De même, nous refusons l'augmentation de la TVA et celle de la CASA.

Nous refusons la mise en place d'une assurance autonomie obligatoire.
Alors que le principe même de la loi de programmation ambitieuse pour le secteur de la perte d'autonomie avait été adopté, aujourd'hui alors que la situation s'est aggravée, un projet ressurgit : celui d'une assurance autonomie obligatoire pour limiter le reste à charge des ménages. Le constat est accablant : en établissement le reste à charge est de 2 000 euros en moyenne et nombre de personnes à domicile ne dépensent pas leur plan d'aide, faute de ressources suffisantes ou de personnels. L'accès à la santé est de plus en plus difficile notamment pour les retraité·es et personnes âgées plus fragiles, contraints de payer une complémentaire de plus en plus chère pourtant indispensable pour se soigner convenablement, 4% des personnes de plus de 60 ans n'en ont pas, d'ailleurs.

Nous sommes très inquiets de la proposition de faire gérer l'APA par les caisses de retraite et de fusionner de l'APA et aide sociale des caisses de retraite : proposition qui comporte le risque de « dénaturer » les missions des caisses de retraite et de faire peser de plus en plus la prise en charge de la perte d'autonomie par les retraités eux-mêmes au travers de leurs caisses.

Estimer à 2 milliards d'euros les besoins de financements nouveaux nous semble bien insuffisant si l'on veut répondre aux objectifs précités (coût immédiat de la prévention, des

mesures sur l'habitat, sur l'élargissement de l'APA et de son plafond, l'augmentation du nombre de personnels etc.). Nous aurions aimé une évaluation des besoins de financement à l'horizon 2030 d'autant plus que de très nombreux rapports ont tiré la sonnette d'alarme depuis de nombreuses années (rapport Iborra/Fiat, rapport Libault, rapport El Khomri…)

Même si nous apprécions les avancées de la dernière version du chapitre du Conseil de l'Age, reste la question majeure des pistes de financement qui sont bien vagues (taxation du capital, « *autres sources de financement* ») et qui évoquent l'augmentation de la CSG et n'évacuent pas clairement la « taxation » des retraité·es. Demeure le projet de la gestion de l'APA par les CARSAT qui provoque inquiétudes et opposition : la proposition de continuer d'en débattre au Conseil de l'Âge est bienvenue et indispensable.

En résumé :

Nous nous opposerons à toute mesure réduisant le pouvoir d'achat des retraités et actifs.

Nous attendons du gouvernement un PLFSS 2026 et une loi de programmation qui correspondent aux besoins !

Confédération française des retraités - CFR

1 - INTRODUCTION

Les retraités contribuent au financement de la protection sociale par la fiscalité, ils sont soumis à la contribution sociale généralisée CSG, au remboursement de la dette sociale et à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie CASA. Ils sont également soumis à une cotisation maladie au taux de 1% sur leurs cotisations aux assurances maladies complémentaires. Le pouvoir d'achat des retraites a diminué de 10% en 10 ans. On ne peut donc pas dire que les retraités ne sont pas mis à contribution.

Rappelons que leurs cotisations aux complémentaires santé sont versées au taux plein sans contribution d'un employeur et sans bénéficier d'avantage fiscal.

Rappelons également l'engagement des retraités dans le bénévolat, nombre de structures culturelles ou sportives ne pourraient pas fonctionner sans le temps des retraités. Nombre d'entre eux sont aidants d'une personne en perte d'autonomie.

2 - NOS PRINCIPES

La CFR défend tout d'abord les principes **d'équité** entre les générations et les différentes composantes de la société. Elle souhaite une réforme du système de retraite sur un principe **d'universalité** qui permettrait de réduire les inégalités et la complexité du système actuel.

Elle considère que l'élaboration des politiques sociales doit se faire en **associant** les personnes et leurs organisations, que ce soit dans le champ de la santé ou de l'autonomie, à tous les échelons territoriaux, État, région, département, commune. Les composantes de la CFR sont disposées à participer pleinement comme elles le font au Conseil de la CNSA, au HCFEA, dans les CDCA ainsi qu'à France Assos Santé.

La CFR estime que les travaux concernant la protection sociale doivent être basés sur les besoins et non pas sur l'offre et sur les seuls financements disponibles. C'est pourquoi la participation de nos fédérations et associations revêt une grande importance.

3 - L'APPLICATION

Tout d'abord les efforts doivent être répartis et ne pas porter sur une seule partie de la société, les retraités par exemple comme on l'entend bien souvent. Les exceptions devront être dûment motivées.

En premier lieu les problèmes de **gouvernance** devront être traités : les complexités et les redondances devront faire l'objet de réformes. Dans le champ de l'autonomie en particulier, les doubles financements et le partage de responsabilité entre le département et l'État (domicile/institution) doivent être soumis à un nouvel examen après 20 ans d'existence de la

CNSA et la mise en place d'une nouvelle branche de sécurité sociale. La mise en place du Service public départemental de l'autonomie devrait être l'occasion de changements dans ce domaine.

Cet empilement administratif est certainement la cause d'inefficiences. Or nous pensons que **l'efficience de la dépense** doit être un objectif partout recherché. Nous ne pouvons que constater que ce n'est pas souvent le cas, d'autres intérêts entrant en jeu.

La CFR est tout à fait favorable au déploiement d'une politique de **prévention** afin d'éviter les « mauvaise dépenses » (soins, hospitalisations). Nous pensons que c'est un thème où les champs de la santé et de l'autonomie se rejoignent : la bonne prévention dans le champ sanitaire devrait être la première pierre du « bien vieillir ». C'est un changement de mentalité qu'il va falloir instaurer, tant chez les professionnels que dans la population. La prévention est un investissement.

Le financement de la protection sociale repose pour l'essentiel sur des recettes provenant de l'activité, et donc de l'emploi. La CFR porte une attention particulière à **l'emploi des seniors.** Outre ses conséquences sociales, le chômage avant le départ en retraite, vers 55 ou 58 ans, constitue une perte de recettes pour la Sécurité Sociale que certains ont pu évaluer à la hauteur du déficit constaté. Tout effort dans ce domaine nous paraît nécessaire pour répondre à la demande du Premier Ministre.

Il est clair que les solutions ne pourront être toutes mises en œuvre, ou même avoir des effets, immédiatement. Toutes les remarques ci-dessus se placent dans une perspective de moyen terme, mais ne pas les envisager ne ferait que rendre plus difficile la tâche. En particulier dans le champ de l'autonomie la procrastination ne fera pas disparaître les besoins anticipés en 2030 dont nous voyons déjà les premiers signes. On n'a que trop tardé.

Mouvement des entreprises de France - MEDEF

Singularité française et symbole de notre contrat social, la sécurité sociale est un atout incontestable pour notre pays, ses citoyens et ses entreprises. Pour autant, sa pérennité est aujourd'hui fragilisée par des déséquilibres budgétaires structurels, amenés à s'aggraver. Avec un déficit public de 5,8 % et une dette atteignant 112 % du PIB, la France ne dispose plus que de faibles marges de manoeuvre. Au regard de notre niveau de prélèvements obligatoires record (45,6 % du PIB), une nouvelle hausse de recette serait insoutenable dans le contexte économique actuel.

Dans ce contexte, les dépenses de protection sociale, qui représentent plus de 50 % de la dépense publique, doivent faire l'objet d'une attention particulière. La situation de la sécurité sociale est préoccupante, avec un déficit attendu d'environ 22 Mds € cette année et une dette en augmentation constante (163,3Mds €). La reprise de nouvelles dettes par la CADES n'étant pas assurée, un risque réel de défaut de paiement pèse désormais sur l'URSSAF Caisse Nationale, menaçant également l'autonomie de la sphère sociale à laquelle nous sommes particulièrement attachés. Quand les déficits s'installent, quand la dette sociale finance des dépenses courantes plutôt que des investissements, c'est la stabilité même de notre contrat social qui vacille.

Pour autant, il n'y a pas de fatalité, la France dispose de leviers importants pour rétablir une trajectoire soutenable et assurer la pérennité de notre système pour les générations futures.

Pour éviter le pire, nous n'avons plus le choix, il faut agir.

Porter la croissance française et la production de richesse au niveau de notre ambition pour notre modèle social

Maintenir un système de protection sociale fort, protecteur et pérenne suppose en premier lieu de remettre à niveau notre économie, notre croissance et la production de richesse dont la France manque cruellement. Avec un PIB par habitant dans la moyenne européenne mais loin derrière certains de nos principaux concurrents, l'appauvrissement de notre économie pose directement la question de la soutenabilité de notre système social.

Il est ainsi essentiel d'affirmer que si nous souhaitons maintenir un modèle social de haut niveau, nous devons être en mesure de produire les richesses nécessaires à son financement. Ce manque de richesse s'explique aujourd'hui principalement par un taux d'emploi nettement inférieur à nos voisins. Comme le souligne le rapport, un alignement du taux d'emploi français sur celui de l'Allemagne permettrait la création d'environ 1,5 million d'emplois, soit une hausse des recettes sociales d'environ 15Mds€ d'euros et 5 Mds€ de

dépenses sociales en moins. Autre exemple, reflétant ce manque d'activité, avec un niveau de PIB par habitant identique à celui des Pays-Bas nos dépenses de retraites en % de PIB passerait de plus de 14% à 11,5%, proche de nos voisins européens.
De fait, avec près de 80% du financement de la sécurité sociale qui pèse sur les revenus d'activité et particulièrement sur les employeurs, **la France décroche en termes de compétitivité, freinant l'emploi, la croissance par ricochet, fragilise encore davantage notre modèle.**

Illustration de ce choix, les prélèvements sur le travail à la charge des employeurs représente 12% du PIB en France, contre 9,5% en Espagne et en Italie, 6,9% en Allemagne ou encore 8,4% dans la zone euro.

La France souffre donc moins d'un problème de financement que d'un problème de création de richesse.

En conséquence, nous rejetons les options et scénarios qui conduiraient à une nouvelle hausse nette du coût du travail, qu'elle soit directe via des hausses de cotisations ou indirecte via la réduction d'allègements ou d'exonérations, dont l'existence participe à l'efficacité des politiques publiques et dont les effets sont démontrés, notamment sur l'emploi. Comme le démontrent les travaux d'Antoine Bozio et d'Etienne Wasmer, la suppression des allègements de charges – proposition avancée par certains – entraînerait la destruction d'environ 1 million d'équivalents temps plein (ETP). La baisse de l'emploi et de l'activité résultant de la suppression des exonérations de cotisations annulerait par ailleurs le gain attendu en matière de finances publiques grâce aux cotisations supplémentaires.

Le MEDEF rappelle que la capacité contributive des entreprises est d'ores et déjà atteinte, et qu'il serait contre-productif de vouloir corriger un déséquilibre structurel de long terme en accentuant la pression sur un seul levier : le travail.

De surcroit, les entreprises ont déjà été la variable d'ajustement des derniers budgets du gouvernement (PLF/PLFSS), puisqu'elles ont été mises à contribution à hauteur de 15 Mds €, dont notamment :

- 8 Mds € de contribution exceptionnelle sur les bénéfices des grandes entreprises et 2 Mds € lié à la réduction des allègements généraux :
- Plus de 2 Md€ d'économies demandées aux industries de santé par une fiscalité sectorielle spécifique (clause de sauvegarde)
- Entre 0,6 et 1 Md € de transfert de la prise en charge des IJSS vers les complémentaires santé :
- 400 M € de hausse de la cotisation patronale sur les attributions gratuites d'actions :
- 300 M € de révision des avantages en nature pour les véhicules thermiques :
- Réduction des aides à l'apprentissage et à l'alternance

Diversifier les sources de financement vers des bases plus large redonner des marges de manoeuvre au travail pour tenir compte de l'universalisation de notre modèle

Plutôt que de multiplier les taxes ou de réajuster en permanence la fiscalité pour combler des déficits récurrents sans s'attaquer à leurs causes, il est temps de repenser en profondeur le financement de notre modèle. **L'objectif est clair : réduire le poids des dépenses qui pèsent sur le travail, mieux répartir l'effort entre les Français et les générations, et renforcer la lisibilité du système.**

Dans cette perspective, toute réforme du financement de la protection sociale doit commencer par une clarification entre les prestations universelles et celles destinées à remplacer des revenus du travail, pour mettre en cohérence leur mode de financement et desserrer l'étau qui pèse sur le travail dans notre pays. Ce raisonnement conduit naturellement à envisager un renforcement de la fiscalisation du financement de la sécurité sociale, notamment pour alléger le coût du travail et rendre nos entreprises plus compétitives et les rémunérations des actifs plus attractives. Concrètement, il s'agirait de transférer une partie des cotisations sociales patronales portant sur les branches maladie et famille – dont les prestations sont largement universelles – vers la TVA et la CSG avec des modulations possibles.

Sans préempter les futurs débats entre partenaires sociaux sur la question du financement de la sécurité sociale, le rapport montre les effets positifs d'un transfert des cotisations sociales vers la fiscalité.

Le rapport montre qu'à long terme, dans l'hypothèse d'un retour à l'équilibre d'ici un horizon de 10 ans, une substitution de 1 point de PIB de cotisations patronales par la TVA entraînerait : une hausse de 1 % du PIB, une augmentation de 1,9 % de l'emploi, et une amélioration du solde public de 0,5 point de PIB. L'effet positif sur le solde public est d'ailleurs supérieur dans ce scénario à celui obtenu par une hausse de 0,6 point de PIB de TVA combinée à une baisse des cotisations (employeurs ou salariés) de 0,4 point de PIB. Cela montre que l'amélioration du solde public à long terme passe moins par une augmentation nette des recettes que par une politique favorisant une meilleure production de richesse.

Dans le prolongement de la progression continue des prestations universelles, le levier de la CSG apparait également pertinent pour allier rendement à court terme et bénéfices économiques à moyen et long terme d'une substitution de cotisations par la fiscalité. Certains taux, comme le taux normal sur les pensions de retraite – aujourd'hui inférieur à celui appliqué aux actifs – pourraient être revus : la CSG pèse en effet proportionnellement davantage sur les revenus d'activité que sur les revenus de remplacement.
Cette nécessité de réduire les recettes issues du travail s'explique également par la situation démographique de notre pays.

Cette évolution est d'autant plus nécessaire que le vieillissement de la population rend notre système plus vulnérable. En effet, le vieillissement de la population va

mécaniquement faire baisser le nombre d'actifs et augmenter le nombre de retraités, minorant les recettes tout en accroissant les dépenses.
En 2019, si la pyramide des âges avait été celle prévue pour 2039, et en conservant les dépenses par tête de protection sociale, à chaque âge, à leur niveau de 2019, les dépenses de protection sociale auraient été supérieures de 100 Mds € à leur valeur réelle, les recettes inférieures de 20 Mds € et le solde de la protection sociale dégradé de 4,9 points de PIB. Nous ne pouvons faire fi de cette réalité. En effet, les branches maladie et vieillesse – déjà à l'origine des principaux déficits –seront les plus exposées à ces évolutions démographiques.

Toutefois, une réforme du financement ne saurait suffire. Un rééquilibrage durable impose aussi une maîtrise ambitieuse et assumée des dépenses sociales sans pour autant remettre en cause la solidarité de notre système.

Une réforme durable doit également inclure une meilleure maîtrise des dépenses sociales, dont la dynamique actuelle n'est plus soutenable.

Les dépenses de protection sociale en France représentent 32 % du PIB, soit 1 point de plus que la Finlande, deuxième pays de l'OCDE, et plus de 5 points au-dessus de la moyenne de l'Union européenne.
Des pays comme le Danemark ou la Suède, souvent cités comme références en matière de modèle social, consacrent respectivement 28 % et 27 % de leur PIB à la protection sociale. Cette différence s'explique en particulier par une meilleure maîtrise des dépenses de retraites et de santé.

Rapporté au PIB par habitant, l'écart est encore plus marqué. Il traduit à la fois un choix politique fort de socialisation en France, mais aussi une faiblesse de régulation de la dépense, en particulier dans le champ de la santé qui concentre les difficultés, notamment financière.

Qualité, efficience et responsabilisation sont des leviers clés pour mieux maitriser les dépenses de santé.

En matière de dépenses de santé, la France est également dans le peloton de tête avec 11,9 % du PIB, derrière l'Allemagne certes (12,6%), mais devant la Suède (10,7%) et le Danemark (9,5%). Pour autant, notre système de santé rencontre des difficultés importantes et des besoins croissants, particulièrement en ressources humaines.

Dans ce contexte, élargir le périmètre d'intervention de la sécurité sociale serait à la fois illusoire et contre-productif. La branche maladie subit déjà une pression accrue, avec des dépenses en hausse continue, malgré les transferts de charges vers les assureurs complémentaires. **Adopter un scénario de « Grande Sécu » fragiliserait davantage encore notre système.** En plus de la complexité d'une telle mise en oeuvre, dans un cadre où 96 % des Français sont couverts par une complémentaire, la charge financière serait insoutenable pour nos finances publiques : une hausse de 19 milliards d'euros des remboursements, une

perte de recettes de 3,5 milliards sur les contrats complémentaires, pour un coût total de 22,5 milliards d'euros, soit un doublement du déficit attendu cette année.

De même, nous ne sommes pas favorables aux pistes envisagées remettant en cause la légitimité et le fonctionnement même des organismes complémentaires (cf. 4 scénarios HCAAM 2021) : fixation administrée des tarifs et une remise en cause du régime fiscal et social des contrats collectifs, etc).

Il est important que toute mesure envisagée soit inscrite dans le cadre d'un partage public-privé anticipé et pluriannuel et avec des outils de pilotage et de maîtrise des risques.

Enfin, aucune mesure d'économie ne saurait à elles seules justifier un nouveau transfert de charges vers les entreprises (directement ou indirectement), contraire à l'objectif poursuivi par ce rapport.

Ces constats traduisent d'abord la nécessité de faire plus et mieux avec les moyens existants, en s'attaquant réellement aux questions de qualité, d'efficience, de pertinence et de responsabilisation, en impliquant l'ensemble des acteurs du système.

Nous souscrivons ainsi à la logique des pistes avancées par le rapport en faveur du renforcement la pertinence et de la qualité des soins :

- Encourager/faciliter le respect des recommandations scientifiques ;
- Diffuser des aides à la décision à dispositions des professionnels de santé ;
- Mieux maîtriser et contrôler les prescriptions médicales
- Mieux partager l'information entre les différents acteurs.

Il nous faudra notamment dans le cadre des négociations avec les professionnels de santé construire un cadre rénové autour de cet objectif d'efficience (ex : ACI dédié à la pertinence des soins) enfin dépasser le simple stade des constats.

Dans cette lignée, il devient impératif d'instaurer une véritable gestion pluriannuelle des dépenses de santé par une loi de programmation quinquennale, dont la LFSS permettrait la déclinaison annuelle, permettant de contractualiser les mesures d'économie sur la durée et d'anticiper plus efficacement les besoins à venir, qu'ils soient en soins ou en ressources humaines. Cela nécessite également une révision de notre logique de financement, afin de sortir du cloisonnement actuel et de privilégier des approches transversales axées sur les parcours de soins et la qualité, notamment au sein de l'ONDAM.

Enfin, la question de la gouvernance et de l'offre de soins territoriale doit progresser, afin de sortir du mille-feuille administratif où les compétences se chevauchent sans que les responsabilités soient clairement définies (Pilotage des politiques publiques, lien ville-hôpital, délégation de taches, carte hospitalière, etc). La rationalisation des moyens et la simplification de notre organisation, bien que souvent évoquées dans le débat public,

doivent désormais être traitées. Cela-dit, ces seules mesures ne permettront pas de répondre à l'ampleur et l'urgence des économies à réaliser : il faut prendre des mesures de court terme.

Réduire à court terme certaines dépenses excessives et croissantes pour tenir le cap du redressement

La situation budgétaire exige de contenir l'évolution des dépenses de santé dans un rythme soutenable, proche de notre croissance. Dès lors, nous appelons à des mesures de court terme, avec un objectif clair : **réaliser des économies. Notre conviction, c'est que la réalisation de ces économies peut se faire sans diminuer la qualité des soins**

En premier lieu, il convient d'agir sur les arrêts de travail, dont le coût des indemnités journalières est passé de 6,19 milliards d'euros en 2003 à 10,6 milliards en 2023, avec une accélération de la progression annuelle de 2,9 % durant les années 2010 à 6,4 % entre 2019 et 2023. Une part importante de cette augmentation ne s'explique pas par la conjoncture de l'emploi. **Dans ce cadre, les transferts vers les assurances complémentaires ne constituent en aucun cas une réponse structurelle, puisqu'ils n'ont pas d'impact sur la modération des dépenses, et ne répondent pas aux enjeux de hausse du cout du travail et de désorganisation de l'activité de l'entreprise provoqués par ces arrêts. Si la santé mentale devient un sujet croissant en termes de santé, c'est d'abord et avant tout un sujet de santé publique qui touche particulièrement les jeunes.**

Le phénomène est mondial, l'OMS relève qu'environ 970 millions de personnes dans le monde sont concernées par un trouble psychique soit 13% de la population mondiale[645]
Cela appelle une vigilance de la société dans son ensemble mais aussi à développer davantage la prévention en santé mentale.

Il faut d'ailleurs souligner que notre système de santé demeure encore trop largement tourné vers le « curatif » et peu vers le « préventif ». Si un virage préventif a été amorcé par l'Assurance maladie, notamment avec la mise en oeuvre des rendez santé aux « âges clés » de la vie, il est encore nécessaire de faire mieux en la matière. Ce levier peut être optimisé par une meilleure articulation avec le service « prévention » mis en place par l'Agirc Arrco dans le cadre de sa politique d'action sociale.
L'enjeu de la prévention renvoie aussi à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail. Sur le moyen et le long terme, si l'on constate que les accidents du travail n'ont cessé de diminuer dans notre pays, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas faire mieux en la matière car il est dans l'intérêt de tous les acteurs de l'entreprise de mieux prévenir les risques au travail. L'allongement de la durée des carrières et le vieillissement de notre population active nécessitent ainsi de porter une attention accrue à la prévention de l'usure professionnelle et au risque de désinsertion professionnelle.

[645] OMS, Rapport mondial sur la santé mentale, 2022.

Il faut cependant relever que ces dernières années ont été marquées par des évolutions d'ampleur sur la prévention des risques professionnels et de l'usure professionnelle, dont un nombre important relève d'ailleurs de l'initiative des partenaires sociaux interprofessionnels au travers de 2 accords nationaux interprofessionnels structurants. Ainsi, que ce soit sur la médecine du travail ou la Branche AT/MP, il est désormais nécessaire de finaliser et de déployer pleinement les réformes en cours.

Outre les mécanismes de contrôle, tels que la dématérialisation, et les mesures d'aménagement, **il est essentiel d'instaurer un délai de carence d'ordre public, à l'image de ce qui existe dans la fonction publique, afin de mieux maîtriser le coût croissant des arrêts de travail.**

En second lieu, **il importe de retravailler le contenu du contrat responsable**, qui concerne 96 % des contrats complémentaires, ainsi que le panier de soins associé issu de la réforme 100% santé. Initialement pensé pour construire les parcours de soins et responsabiliser les acteurs, **il est devenu un outil de la généralisation de la complémentaires santé et donc principalement un levier de solvabilisation des dépenses, au détriment de la maîtrise des dépenses.** La couverture d'entreprise atteint des niveaux assez élevés standardisés qui s'éloignent des besoins et dont ni les entreprises ni les salariés n'ont véritablement les moyens d'assumer le coût. Cela solvabilise certains postes de garantie, y compris sur des actes faiblement remboursés par l'AMO, et alimente la hausse des dépenses globales, notamment depuis l'intégration du « 100 % santé » sur le dentaire, l'aide auditive et l'optique. Il est donc nécessaire de revenir au panier minimal issu de l'ANI de 2013, sur lequel les partenaires sociaux pourront définir librement les niveaux de garanties et de financements employeurs, sans contraintes réglementaires supplémentaires.

En outre, dans une perspective de modernisation et de responsabilisation du système de santé, il apparaît nécessaire d'accroître la transparence sur les coûts supportés. Cela implique de communiquer de manière claire, tant aux assurés qu'aux prescripteurs, le coût réel des prestations et produits de santé consommés ou prescrits.
Il conviendrait également de travailler sur un **délistage additionnel de certains médicaments**, au regard des propositions des entreprises du médicament et des pratiques européennes, Ces derniers seraient alors disponibles à l'achat direct, sans ordonnance permettant des économies immédiates pour le prochain budget. Ce travail pourrait être complété par une réflexion plus globale entre les entreprises du médicament et les acteurs publics dont la CNAM sur la sobriété médicamenteuse.

Enfin, un effort renforcé contre la fraude pourrait aussi générer un rendement net. Une meilleure coordination dans la lutte contre la fraude par une meilleure synergie et des partenariats renforcés entre le privé et le public (AMO/AMC), avec une autorisation des partages des informations sur des suspicions de fraudes et des fraudes avérées qui permettrait dans un premier temps d'identifier les fraudeurs et de les sanctionner en lien éventuellement les ordres.

La lutte contre la fraude peut être particulièrement efficace sur le poste des indemnités journalières avec des possibilités de suspensions automatiques en cas de fraude avérée. Par ailleurs, il importe de rendre opposables les contrôles menés par les assureurs.

Anticiper les besoins liés à la dépendance et prévenir la survenance du risque

Avec l'augmentation continue de l'espérance de vie, la part des personnes âgées de 85 ans ou plus devrait passer de 3,7 % en 2025 à 8 % en 2070, accentuant mécaniquement la survenance du risque de dépendance. Pour atténuer et anticiper cet impact, il est essentiel de développer dès aujourd'hui une politique ambitieuse de prévention, visant à prolonger l'autonomie des personnes âgées et à favoriser leur maintien à domicile. Cette politique gagnera en efficience si elle est coconstruite avec les acteurs privés dont l'AGIRC ARRCO qui développe plusieurs actions en direction des personnes âgées de 85 ans ou plus.

Toutefois, les besoins – notamment financiers – liés à l'adaptation du domicile comme à l'accueil en établissement, vont croître de manière significative. Il devient donc crucial d'anticiper ces évolutions par une diversification des sources de financement, afin de garantir une prise en charge durable, équitablement répartie, sans alourdir excessivement la charge pesant sur les actifs. Il existe des pistes de financement privé qu'il convient d'expertiser et ne pas rejeter d'emblée comme la mise en place d'un « contrat dépendance solidaire » intégré aux contrats de complémentaire santé responsable afin de réduire les restes à charge pour les familles, ou en permettant à partir de l'épargne existant des compartiments d'épargne/de sortie pour participer au financement du risque dépendance etc.

Soutenir la conciliation vie professionnelle – vie personnelle

- L'entreprise est le lieu où l'on observe l'importance et la prégnance des difficultés de la conciliation vie familiale-vie professionnelle. Des salariés sont aujourd'hui en difficulté pour avoir à leur charge de jeunes enfants et en même temps celle de parents dépendants. Ce sujet est donc un enjeu de politique Rh et donc de négociations collectives.

- Dans ce cadre, elles sont nombreuses à utiliser le Crédit d'impôt famille (CIFAM), pour aider les parents à faire garder leurs enfants soit en créant des crèches d'entreprise ou en finançant des crèches pour réserver un « berceau » au profit des salariés. Cet avantage fiscal doit être préservé, en particulier dans le contexte de tensions démographiques.

Fédération des particuliers employeurs de France - FEPEM

L'emploi à domicile constitue un levier important pour répondre aux enjeux démographiques et sociaux actuels, en particulier dans un contexte marqué par la baisse de la natalité, le vieillissement de la population et les tensions budgétaires croissantes. Ce mode d'emploi, centré sur l'accompagnement du jeune enfant comme des personnes en perte d'autonomie, représente une réponse à la fois adaptée aux besoins des usagers et aux attentes des pouvoirs publics.

L'écosystème de solvabilisation du particulier employeur, repose sur un ensemble de dispositifs (exonérations/abattements de cotisations sociales, prestations sociales/familiales et crédit d'impôt) constituant un équilibre organique fragile qu'il convient de préserver. Remettre en cause un de ces dispositifs reviendrait à remettre en cause l'ensemble et entraînerait inévitablement une hausse du travail dissimulé.

Par ailleurs, l'emploi à domicile se distingue comme un modèle vertueux pour les finances publiques : il est le moins coûteux pour les finances publiques[646], tout en offrant une rémunération plus favorable aux salariés[647]. Ces spécificités permettent une maîtrise plus efficace de la dépense publique, tout en favorisant le lien social, facteur clé de prévention contre la perte d'autonomie.

La professionnalisation des salariés du particulier employeur est au cœur de l'engagement des partenaires sociaux avec 120 000 départs en formation chaque année.

Il convient de rappeler également l'importance de la réforme du CMG emploi direct qui favorise un meilleur accès à l'accueil individuel, notamment pour les familles modestes, et contribue à l'insertion professionnelle.

La prévention de la perte d'autonomie est au cœur du modèle, grâce au lien de confiance durable qui s'instaure entre particulier employeur et salarié, permettant une intervention précoce et adaptée. Cette relation renforce l'acceptabilité de l'accompagnement, satisfait la volonté exprimée par 92% des Français de vieillir à domicile et stimule le lien social.

Enfin, il est nécessaire de lever les freins au cumul emploi-retraite, véritable levier de la contribution économique et sociale des seniors. D'ailleurs, 1 personne sur 5 qui cumule

[646] Cour des comptes, Le soutien de l'État aux services à la personne, mars 2024.
[647] Rapport conjoint INSEE/DARES, janvier 2024.

emploi et retraite choisit de le faire dans les métiers de l'emploi à domicile. Simplifier les règles permettrait de favoriser ce cumul, bénéfique à la fois pour les salariés, les employeurs, et les finances sociales.

Par conséquent un maintien et une consolidation des dispositifs garantissant la solvabilisation du particulier employeur et la qualité de l'emploi à domicile permettra de pérenniser un modèle d'accompagnement humain et vertueux pour les finances publiques.

Union nationale des associations familiales - UNAF

Contribution de l'Unaf
Rapport Commun HCFEA, HCFIPS, HCAAM
Saisine du Premier ministre
sur l'équilibre budgétaire du système de protection sociale
Juin 2025

En dépit des délais très contraints de la saisine du Premier Ministre, les Hauts conseils ont mis en place une véritable concertation dans l'élaboration des rapports. L'Unaf tient à saluer cette méthode ainsi que la prise en compte de la plupart de ses remarques émises dans les conseils où elle siège.

Il a été proposé aux organisations membres, d'adresser leurs contributions qui seront annexées au rapport final. C'est l'objet du présent document adressé par l'Unaf.

I/ Positions Unaf sur le volet "Recettes" du HCFiPS

- Hausse de la TVA pour financer la sécurité sociale : une mesure structurellement injuste pour les familles ayant charge d'enfants.

L'Unaf relève que la mise en place d'une hausse de la TVA pour financer la sécurité sociale est en contradiction avec le principe de la sécurité sociale : « contribuer selon ses moyens, recevoir selon ses besoins ». En effet, une hausse de TVA ne tient pas compte des moyens différenciés des ménages pour y faire face. Elle va avoir un impact bien plus fort pour les couples ayant charge d'enfant, les familles monoparentales et les familles modestes, qui

consacrent une part de leur revenu plus importante que les autres Français à la consommation.

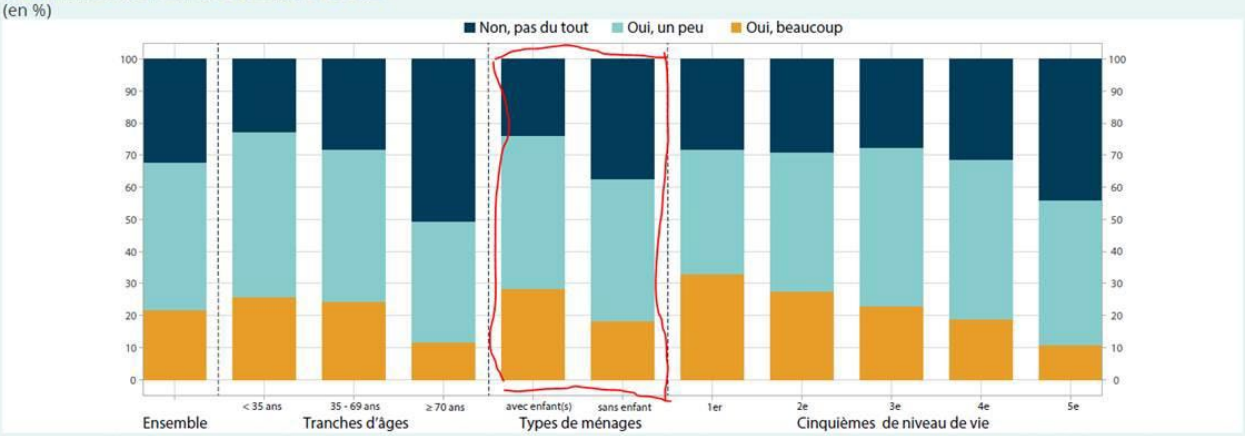
Selon les budgets types de l'Unaf, un couple ayant 2 enfants doit dépenser 3700€ par mois pour vivre décemment. Une hausse de 1% de TVA accroit ce besoin financier d'environ 440 euros par an, soit l'équivalent d'un trimestre d'allocations familiales. **Surtout, leurs besoins financiers augmenteront jusqu'à deux fois plus qu'un couple sans enfant** : une réforme structurellement injuste.

Par ailleurs, **la fragilisation financière issue d'une hausse de TVA sera plus fréquente chez les parents.** En effet, les parents d'enfants à charge sont 35% à ne pas pouvoir faire face à une dépense imprévue, contre 23% des personnes sans enfant à charge (SRCV 2024).

Enfin, toute augmentation de la TVA joue comme une poussée d'inflation. Or, on sait que la forte inflation post-Covid a davantage dégradé le niveau de vie des couples ayant charge d'enfants. Ainsi, comme le soulignent France Stratégie et le rapport du HCFEA de 2023[1][648], les ménages avec enfant **ont beaucoup plus souvent modifié leurs habitudes de consommation** que les ménages n'ayant pas ou plus d'enfant à charge, et ont été plus que les autres concernés par une hausse de la précarité alimentaire.

►1. Part des ménages déclarant avoir changé leurs habitudes de consommation depuis un an à cause de l'inflation en décembre 2022

(en %)



Lecture : en décembre 2022, 68 % des ménages déclarent avoir changé leurs habitudes de consommation depuis un an à cause de l'inflation (Oui un peu, Oui beaucoup).
Champ : ménages vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
Source : Insee, enquête Camme.

15 mars 2023 - Éclairage 7

Pour l'Unaf, afin d'éviter d'appauvrir les familles avec charge d'enfant et en particulier les familles modestes, une hausse de la TVA devrait nécessairement être compensée par une hausse des prestations familiales et un allègement du système d'imposition pour ces familles, des mesures elles-mêmes coûteuses.

- Hausse de la CSG : acceptable si et seulement si elle est familialisée

[648] Eléments de France Stratégie (https://www.strategie.gouv.fr/publications/hcfea-pouvoir-dachat-familles-face-choc-dinflation) et rapport du HCFEA intitulé « Le pouvoir d'achat des familles face au choc d'inflation »

L'Unaf partage les positions du HCFiPS selon laquelle la CSG « doit demeurer une ressource essentielle de la sécurité sociale » et que certains taux de CSG pourraient être majorés.

Néanmoins pour l'Unaf, afin d'améliorer l'équité de ce prélèvement déjà massif dans les ressources publiques, il est absolument nécessaire d'aller vers **une CSG progressive et donc familialisée**[649], comme c'est déjà le cas pour les revenus de remplacement (retraites, allocations chômage) depuis la fin des années 20103[650]. Dans ce cadre la CSG serait un outil efficace de plus grande justice fiscale.

Aussi, l'Unaf soutient la proposition du HCFiPS, au sein de ce rapport, d'une hausse de la CSG incluant une progressivité. Une familialisation généralisée de la CSG serait simple à mettre en oeuvre de manière paramétrique puisqu'elle est déjà pratiquée – en matière de retraites notamment - et ne nécessiterait pas de fusion avec l'IR.

- **Une mobilisation possible des Droits de Mutations (DTMG) à deux conditions : le maintien d'une taxation différenciée selon le lien familial et la non-augmentation des transmissions entre vifs.**

Une piste de financement possible concerne la mobilisation des patrimoines, comme l'augmentation des Droits de mutations à titre gratuit (DMTG), soit les droits sur les successions et les donations4[651]. Notons que les actifs taxables vont eux-mêmes fortement et mécaniquement faire progresser le produit des DMTG, sans augmentation des taux de taxation.

L'Unaf est favorable à un **fléchage de ces suppléments de produits vers la sécurité sociale, et notamment sur la dépendance et la perte d'autonomie**. Toutefois, toute piste d'alourdissement éventuel des droits de succession doit s'accompagner **d'une réflexion sur la facilitation des donations[652] dans un but de fluidification des patrimoines et d'équité intergénérationnelle.**

Si une augmentation devait être décidée, elle devrait donc absolument respecter deux principes :

D'une part, conserver une logique familiale en conservant une taxation différenciée selon le lien familial (en privilégiant les liens parents / enfants)

---

[649] Le conseil constitutionnel a bien établi que la CSG ne pourrait devenir progressive qu'en étant, d'une manière ou d'une autre, familialisée. Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021

https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2021/2021832DC.htm

[650] Depuis 2019, il existe 3 taux de CSG différents pour les pensions de retraite, dont l'accès dépend par des seuils de revenu dépendant du nombre de parts de quotient familial. Concernant les allocations chômage, depuis 2015 l'accès au taux réduit de CSG dépend explicitement du nombre de parts de quotient familial.

[651] Cette mesure est également mentionnée dans le rapport issu des travaux du Conseil de l'âge.

[652] Voir les propositions de l'Unaf lors des élections présidentielles de 2017 : « Faciliter les donations en réduisant les délais de reconstitution de l'abattement sur les droits de succession de 15 à 10 ans, afin de favoriser les transmissions entre générations au profit des jeunes ».

D'autre part, ne pas augmenter, voire alléger, la taxation des transmissions entre vifs.

- Assurance dépendance : une piste supplémentaire et lisible de recettes pour la branche Autonomie

Une mesure n'apparait pas dans le présent rapport : la mise en place d'une nouvelle cotisation obligatoire, à savoir, « une assurance dépendance » pour financer la perte d'autonomie. Pour l'Unaf, **cette assurance pourrait être élaborée sur le modèle de celui de l'assurance maladie obligatoire** : tous les salariés, non-salariés et retraités cotiseraient en fonction de leur revenu et de leur situation familiale et recevraient lors de l'entrée en dépendance la même prestation annuelle en fonction de leur situation de dépendance[653]

Le Dr Françoise Forette propose une cotisation moyenne de 1 € par jour, fonction du revenu (7 euros par mois par les plus bas revenus), ainsi qu'une prestation mensuelle de 1 275€ pour les plus dépendants et de 925€ pour une dépendance modérée. Un tel ratio cotisation/prestation permettrait de rester excédentaire puisque seuls 8% des plus de 60 ans sont atteints de dépendance, soit 2.6% des cotisants.

- Taxes comportementales : acceptables si elles sont pilotées dans une logique de prévention à la santé et non de rentabilité

La mise en place de taxes comportementales est également évoquée au sujet de la prévention tant par le HCFiPS que par le HCAAM. Elle cible par exemple l'alcool et les écrans.

Pour l'Unaf, de telles mesures peuvent être efficaces pour modifier les comportements, mais **il faut veiller à ce qu'elles soient conçues de manière à ne pas pénaliser les populations les plus vulnérables et afin que le public en comprenne l'intérêt pour la santé publique** et ne voit pas cela comme une mesure purement fiscale ou punitive. L'Unaf partage en ce sens la position du HCAAM : "ces taxes doivent poursuivre un objectif comportemental et non de rendement".

II/ Positions Unaf sur les propositions du Conseil de la famille du HCFEA

Pour l'Unaf, rééquilibrer les comptes sociaux en faisant à nouveau des coupes au sein de la branche famille au détriment du niveau de vie des familles et au détriment des dispositifs qui facilitent leur conciliation avec l'emploi, serait un contre-sens majeur.

- Une fécondité historiquement basse, qui ne cesse de chuter, et une détérioration des soutiens apportés aux familles

[653] Le Dr Françoise Forette propose une cotisation moyenne de 1 € par jour, fonction du revenu (7 euros par mois par les plus bas revenus), ainsi qu'une prestation mensuelle de 1 275€ pour les plus dépendants et de 925€ pour une dépendance modérée. Un tel ratio cotisation/prestation permettrait de rester excédentaire puisque seuls 8% des plus de 60 ans sont atteints de dépendance, soit 2.6% des cotisants.

Plus personne n'exclut la possibilité d'un lien entre cette dégradation débutée en 2014 et les coupes et transferts massifs effectués aux dépens de la politique familiale, rappelés dans le rapport du Conseil de la famille.

Poursuivre sur cette voie continuerait à dégrader et à fragiliser notre situation démographique pourtant au coeur des équilibres de notre modèle de protection sociale.

- La branche Famille a déjà été largement mise à contribution pour compenser les déficits des autres branches.

Le bilan est impressionnant :

- Pertes de recettes (4Mds d'euros en 10 ans) ;
- Transferts de charges aux dépens de la branche famille pour réduire le déficit des autres branches (dernier en date : 2Mds de congé maternité post natal)
- Coupes massives dans les dépenses (réforme de l'indemnisation du congé parental ; modulation des allocations familiales ; démantèlement de l'AB de la PAJE).
- La branche Famille n'est pas en déficit

Elle reste – malgré ces transferts – en **excédent budgétaire structurel.** Il est chiffré à plus de 1 Milliard d'euros en 2024 et au moins 0,5 Milliard en 2025. **La branche famille n'a donc pas besoin de nouvelles ponctions aux dépens des familles pour être à l'équilibre.**

- La politique familiale (y compris les prestations dites d'entretien) contribue à la conciliation vie familiale- vie professionnelle des parents, et donc à l'emploi

Les indicateurs de cette conciliation se dégradent massivement depuis plusieurs années[654]

Affaiblir encore davantage cette politique, conduirait à détériorer encore les instruments de cette conciliation, le taux d'emploi des mères – déjà en stagnation – les recettes de la protection sociale et donc l'équilibre de protection sociale de demain.

- Une compensation des charges d'enfants largement insuffisante

Le niveau de vie des familles avec enfants s'est dégradé par rapport au reste de la population. Le Conseil de la famille a montré que les prestations familiales n'avaient pas compensé la vague inflationniste qui a touché les familles avec charge d'enfants.

Même le Conseil des prélèvements obligatoires (CPO) considère que **la compensation des charges d'enfant n'est plus suffisante en France** et recommande par exemple depuis 2024 un relèvement du plafond des demi-parts enfant du quotient familial.

---

[654] 38% des parents en emploi trouvent au moins plusieurs fois par mois difficile de remplir leurs responsabilités familiales parce qu'ils passent trop de temps à leur travail » (Enquête Unaf/opinionway observatoire 2023)
C'était 17% en 2007 (enquête Eurofound EQLS)

Pour toutes ces raisons, le principe même de diminuer encore les aides aux familles avec enfants serait une grave erreur.

- Une priorité à mettre en oeuvre : la réforme de l'indemnisation du congé parental. C'est une réforme favorable aux familles, à l'emploi et au redressement à terme des comptes sociaux

Pour l'Unaf, une mesure est aujourd'hui indispensable : l'amélioration forte de l'indemnisation du congé parental. 6

Cette mesure :

- Est très attendue par les jeunes familles
- Elle est favorable au bien-être et au développement des enfants
- Elle permet le maintien dans l'emploi des parents, des mères en particulier, emploi qui constitue un facteur majeur d'équilibre des comptes sociaux
- Elle contribue à lever un des freins à la fécondité puisque les enquêtes sur le désir d'enfant montrent leur intérêt pour des congés familiaux plus favorables
- Elle est facteur d'égalité entre les femmes et les hommes.

- L'Unaf formule les plus grandes réserves sur les pistes de redéploiement avancées

Le risque est de renforcer le ciblage (resserrement du bénéfice des prestations autour de catégories très étroites de familles), dans la continuité de la logique adoptée par les pouvoirs publics depuis des années, avec des résultats peu probants.

Cette politique a clairement montré son **inefficacité puisque tous les indicateurs de la politique familiale se sont dégradés** : taux d'emploi des parents, fécondité, et même le taux de pauvreté des enfants malgré ce ciblage accentué.

Pour l'Unaf, le principe de solidarité horizontale qui devrait être au coeur de la politique familiale, **doit, au contraire, être réaffirmé**. Il est notamment **protecteur pour les classes moyennes**.

S'agissant de la majoration pour âge à 14 ans des allocations familiales, l'Unaf rappelle que les trois quarts des montants bénéficient aux familles nombreuses, dont le niveau de vie est moindre, et qui selon la Cour des comptes « *ont été plus affectées que les autres par les mesures de maîtrise des dépenses sociales et fiscales décidées entre 2011 et 2021* ». En outre, il s'agit d'une des dernières prestations – même modulée – qui bénéficie à l'ensemble des familles.

Imaginer des redéploiements très ciblés sur certaines familles à partir d'une éventuelle suppression de cette majoration, reviendrait donc à porter à nouveau atteinte à l'universalité de la politique familiale, pourtant déjà très réduite.

Parmi les autres pistes soulevées, celle sur « plafonnement du quotient conjugal » et celle sur la remise en cause de la majoration de pension pour les parents de familles nombreuses, n'ont pas fait l'objet d'un examen au fond, ni d'un débat au sein du Conseil de la famille.

Il s'agit au demeurant de sujets très complexes. On ne saurait présenter ces réformes sous un angle exclusivement positif alors qu'elles peuvent être porteuses de risques : préjudices importants pour les femmes, à travers la réversion notamment, rupture d'égalité entre ménages qui, ayant le même niveau de vie, seraient imposés différemment, et risques que les recettes fiscales ne soient pas au bénéfice de la branche Famille, ni même des comptes sociaux, ce qui est pourtant l'objectif de la saisine du Premier ministre.

III/ Positions Unaf sur les propositions du Conseil de l'Âge du HCFEA

- L'accélération du développement de l'offre d'habitats intermédiaires est nécessaire

Le rapport propose d'accélérer et de faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires, ce que l'Unaf soutient. Ces habitats dits « intermédiaires » incluent notamment l'habitat inclusif, les colocations accompagnées, les résidences accueil ou les pensions de famille.

Pour l'Unaf, ce développement doit :

- Répondre aux besoins réels des personnes et des territoires ;
- S'appuyer sur un cadre juridique sécurisé, un financement pérenne et une coordination renforcée.

L'Unaf estime que ces types d'habitats constituent une solution durable pour les personnes âgées, qui se présentent comme étant une véritable alternative à l'institutionnalisation et des coûts engendrés par celle-ci, en établissements. Cependant, il faut veiller à ce que cette offre soit articulée avec le virage domiciliaire et permette une véritable coordination des soins requis par les habitants, au-delà d'un simple objectif de rationalisation des interventions et donc d'un moindre coût de fonctionnement.

- Pour la mise en place d'une logique de parcours au sein de véritables filières gériatriques

Le Conseil de l'Âge souhaite la mise en place d'un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées. Il propose un transfert des dépenses d'hospitalisation complète vers une consolidation des parcours de santé et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées. En effet, la logique de parcours sous-tend l'objectif d'éviter notamment les hospitalisations des personnes âgées si elles n'en relèvent pas.

Par ailleurs, l'Unaf s'est déjà exprimée sur la nécessité de renforcer de véritables filières gériatriques visant à améliorer la coordination des acteurs prenant en charge les personnes âgées et optimiser la pertinence des actes réalisés.

Il est enfin essentiel de revoir les organisations et la structuration des financements que ce schéma implique, autour d'indicateurs de santé publique, partagées par tous et tenant compte des spécificités liées au territoire concerné.

- L'impact pour les familles d'une refonte éventuelle de l'APA doit être expertisée

Le Conseil de l'Âge émet diverses propositions touchant à l'APA, sur lesquelles l'Unaf émet certaines réserves.

Si l'élargissement de l'éligibilité à l'APA peut être envisagée, l'Unaf tient à rappeler qu'**il faut prendre en compte les ressources humaines nécessaires** d'une telle réforme, au-delà du coût que représente l'ouverture du bénéfice de l'APA. Il est important que les délais de traitement restent satisfaisants, un élargissement donnant lieu à de nouvelles demandes initiales et de révision.

De plus, la DREES a précédemment fait état que près d'un bénéficiaire sur deux ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifiée (*L'aide et l'action sociales en France*, *DREES* (2022)), en raison du reste à charge que cette allocation implique pour le bénéficiaire. La création de 2 compartiments relatifs aux aides humaines et techniques pourrait être une piste mais **il faut alors mesurer l'impact que cela aurait sur le reste à charge des familles et veiller à l'effectivité de leurs mobilisations simultanées.**

Concernant la création d'un troisième compartiment portant sur le répit, **une telle réforme devrait être articulée avec des travaux plus larges concernant le répit des aidants.** En effet, il est important de dissocier les droits de la personne âgée de la réponse apportée aux besoins des aidants. Le module répit, dans sa forme actuelle, ne permet pas une réponse satisfaisante aux besoins des aidants en raison d'un critère de saturation flou et d'une application hétérogène selon les territoires.

IV/ Positions Unaf sur les propositions du Conseil de l'enfance du HCFEA

L'Unaf relève que contrairement aux deux autres conseils du HCFEA, dont celui de la famille, le conseil de l'enfance a considéré ne pas avoir à instruire de rapport ou avis sur la question des comptes sociaux ou le PLFSS, ses missions renvoyant à l'élaboration de conditions favorables au développement des enfants et des adolescents.

Cependant le Conseil de l'enfance du HCFEA préconise un certain nombre de mesures visant à diminuer la prescription de psychotropes chez les enfants, une meilleure reconnaissance des jeunes proches en psychiatrie dans les politiques de prévention en santé mentale ainsi que la mise en place d'une meilleure organisation territoriale des soins, un renforcement des moyens affectés aux PMI afin de renforcer l'accompagnement des publics vulnérables, et une amélioration du suivi de la mère et du nouveau née afin de répondre à la hausse de la mortalité infantile.

L'Unaf soutient ces mesures, car elles sont susceptibles de générer des économies indirectes pour le système de protection sociale et de contribuer à la réduction des inégalités en santé.

V/ Positions Unaf sur les propositions du HCAAM

L'Unaf souligne plusieurs points positifs dans le rapport du HCAAM :

- Concernant **la pertinence et le bon usage des soins**, l'Unaf est **favorable à une information plus exhaustive** : information sur les bonnes pratiques dès l'établissement d'un diagnostic ou d'une prescription ainsi qu'une information sur les risques de la surprescription. Sur ce sujet, **il est nécessaire de mobiliser les sociétés savantes** afin qu'elles identifient, pour leurs spécialités, 5 prescriptions pour lesquelles la balance bénéfice – risque doit être évaluée avec soin et où le risque de non-pertinence est réel.

- Concernant **la prévention**, l'Unaf est favorable d'une part, au **développement des actions d'aller-vers**, qui permettent de capter les populations éloignées du système de santé, et d'autre part, au renforcement du rôle de la responsabilité populationnelle.

- Concernant **la lutte contre la fraude**, l'Unaf souhaite que les actions déployées visent l'ensemble des acteurs et adoptent un champ plus large, dont **notamment les pratiques tarifaires abusives** telles que la "revoyure".

• Pour un partage de compétences renforcé

L'Unaf rejoint la demande du HCAAM de clarification des différents niveaux de coordination, qui est parfois incompréhensible pour la population et donc inopérant pour l'amélioration des parcours. Il y a donc lieu d'évaluer la pertinence de ces structures, et éventuellement de simplifier ces organisations.

L'Unaf a également indiqué à de multiples reprises son approbation quant à l'expérimentation des partages de compétences. En cas d'évaluation positive, il faut accélérer le mouvement afin de passer de l'expérimentation à la généralisation. Là encore la communication auprès du public sur ces nouveaux partages de compétences doit se développer afin que les usagers comprennent l'intérêt de ces nouvelles missions.

• Pour un renforcement de la gradation des soins et des prises en charges et d'un exercice coordonné

Concernant **la gradation des soins et des prises en charges,** l'Unaf rejoint l'analyse des conseils concernant la nécessité de revoir l'organisation de la gradation des soins et des prises en charges.

Pour l'Unaf, il est **impératif de réfléchir l'organisation du système de santé dans le cadre de parcours plus intégratifs** embarquant l'ensemble des acteurs et des organisations. Dans ce cadre, il lui parait essentiel que continuent à se développer, comme d'ailleurs le préconise le HCAAM, la généralisation des formes d'exercice collectif, la mise en place d'une organisation qui facilite le développement des soins au domicile, la généralisation des organisations visant à mieux coordonner les différents acteurs.

On peut par ailleurs s'interroger sur la pertinence de garder la référence d'un médecin traitant alors même que l'organisation future que nous préconisons nécessite l'intervention d'une équipe structurée. Il serait donc utile de parler dorénavant « d'équipe traitante » plutôt que de « médecin traitant ».

Ces modifications organisationnelles impliquent de faire évoluer les logiques de financement avec notamment la continuation de la réflexion visant à **faire diminuer le paiement à l'acte des professionnels pour développer d'autres modalités comme la forfaitisation au parcours par exemple.**

- Participation financière plus forte des familles : une mesure inadaptée

L'Unaf s'oppose à la mise en place de nouvelles mesures qui visent à contraindre la liberté d'usage du système de santé par les familles, en tant que levier participant à la pertinence et la qualité du système de santé (doublement des franchises médicales et participations forfaitaires, hausse du ticket modérateur...).

Pour l'Unaf, celles-ci constituent des réponses de très court-terme. Elles ne pourront pas régler le déficit structurel de l'Assurance maladie si elles ne s'articulent pas avec une stratégie de moyen-terme.

- Pour le développement des soins à domicile organisés et prenant en compte la situation de chaque patient

Le rapport préconise également **le développement plus systématique de l'hospitalisation et des soins à domicile**. Il est certain que le coût d'une journée en HAD est largement moindre que celui d'une hospitalisation classique. Il reste que là encore **la proposition de l'HAD doit prioritairement permettre une prise en charge adaptée aux besoins du patient** et non avoir pour seul objectif de « libérer » un lit dans le service.

Il faut également veiller à ce que l'articulation avec l'offre de soins en ambulatoire permette les collaborations afin que l'accompagnement des patients et de leurs aidants au domicile soit organisé et ne fasse pas reposer sur les épaules des aidants la prise en charge à domicile. Par ailleurs, la coordination entre les services d'HAD et les services de soins à domicile doit être fluide afin qu'il n'y ait pas de rupture lors de la sortie du patient de l'HAD.

- Il est urgent d'investir dans de véritables politiques de prévention

L'Unaf est favorable au renforcement des actions de prévention et souhaite le développement de véritables politiques de prévention, avec les financements et les ressources humaines nécessaires, afin qu'elles soient pérennes et à la hauteur des enjeux recherchés.

Pour soutenir les innovations organisationnelles, le HCAAM propose que la stratégie nationale de santé détermine d'une manière pluri annuelle (5 et 10 ans) les objectifs priorisés pour atteindre un certain nombre d'objectifs. Il faut cependant qu'il y ait bien une stratégie nationale de santé. Pour l'Unaf, **il est incompréhensible que la stratégie nationale de santé pour la période 2024-2034 ne soit toujours pas publiée** alors même que son élaboration est une obligation légale (loi de 2016) et qu'un texte avait été soumis à concertation. **Cela nuit fortement à la visibilité d'une feuille de route**, à la cohérence des financements, à la priorisation des objectifs et enfin au déploiement des innovations organisationnelles.

Mutualité Française - MF

SAISINE DU PREMIER MINISTRE

Contribution au rapport conjoint
des trois Hauts Conseils
2 mai 2025

LA CONSTRUCTION D'UNE PROTECTION SOCIALE DURABLE

La saisine conjointe par le Premier ministre des trois Hauts Conseils sur l'amélioration des comptes sociaux constitue une opportunité inédite de poser les bases d'une réflexion structurée et globalisante sur l'avenir de notre système de protection sociale. La Mutualité Française étant représentée aux trois Hauts Conseils, elle a choisi de formuler une contribution unique visant à apporter quelques orientations à la réflexion, en se concentrant sur les principes devant guider la réponse à la saisine conjointe du Premier ministre et sur les pistes de réforme.

S'agissant de l'état des lieux, considérant qu'il est déjà bien documenté par les productions des Hauts Conseils, la Mutualité Française se limitera à attirer l'attention sur deux points.

En premier lieu, elle souhaite rappeler que le modèle de protection sociale s'est nativement construit avec des acteurs publics et privés :

- Dans l'organisation : des soins avec des professionnels de santé libéraux et des centres de santé pour le premier recours, des établissements de santé et médico-sociaux privés à caractère lucratif et non lucratif, dans le secteur de la petite enfance, de l'insertion etc.
- Dans le financement : en particulier de la santé, de la retraite et de la perte d'autonomie.

Cette construction « sur deux jambes » est une des conditions nécessaires à sa soutenabilité et sa robustesse car elle renforce et diversifie, dans le respect des attributions de chacun, les possibilités d'anticipation et de de réponses aux besoins. Dans ces conditions, la Mutualité Française sera attentive à ce que l'état des lieux qui sera produit dans le rapport conjoint n'occulte pas, en tout ou partie, la contribution de ces acteurs privés (par ex,

épargne retraite en complément des pensions, dépense totale de santé et non réduite à la CSBM,..). (annexe 1 : note déformation des dépenses)

En second lieu, la Mutualité Française considère que **le modèle social a atteint plusieurs limites** : d'un côté, des besoins croissants à satisfaire sans que les pouvoirs publics ne verbalisent auprès des assurés sociaux ceux auxquels ils peuvent ou envisagent de répondre et de l'autre, un mode de financement encore majoritairement dépendant de la croissance économique et largement compromis notamment par la dégradation du rapport entre le nombre d'actifs et de retraités, la transformation environnementale et l'impact de la révolution digitale.

Les propositions que formuleront les trois Hauts Conseils doivent viser des objectifs d'efficience et de durabilité et s'appuyer sur les principes de solidarité, de redistribution et de responsabilité. C'est ainsi par exemple que la Mutualité Française soutiendra toute mesure visant à faire assumer par leurs auteurs les externalités négatives des activités néfastes pour la santé, par exemple en les faisant contribuer à des dispositifs favorisant des comportements vertueux et/ou accompagnant celles et ceux ayant moins de capacités économiques pour arbitrer leur consommation. En revanche, elle s'opposera à toute mesure opposant et divisant les bénéficiaires, notamment des mesures se fondant sur des généralités telles que « le niveau de vie des retraités étant meilleur que celui des actifs, il est légitime qu'ils contribuent plus et/ou reçoivent moins » ou plus généralement des mesures liant le niveau de protection aux ressources ou encore des mesures visant à supprimer ou dégrader la couverture apportée par l'aide médicale d'Etat et l'accès aux soins des étrangers ou personnes en situation d'exil.

LES PISTES/SCENARIOS SOUTENUS

Pour la Mutualité Française, il n'est plus possible d'envisager des mesures, ponctuelles comme structurantes, sans reposer et repenser le sens et les finalités du système de protection sociale à l'aune, d'une part, des besoins sociaux à couvrir et, d'autre part, des ressources socialisées et mutualisées que nous sommes disposés à lui accorder. En ce sens, l'une des exigences que nous devons collectivement nous fixer est celle de **la reconstruction d'une citoyenneté sociale**. Reconnecter les assurés sociaux et expliciter les principes fondateurs et d'organisation de la protection sociale est une condition nécessaire et dans la durée à leur responsabilisation et à l'acceptation du modèle social. Elle estime nécessaire de **rechercher un consensus social**, avec l'ensemble des parties prenantes (bénéficiaires finaux, offreurs de soins et de services, financeurs, partenaires sociaux, etc) visant à s'accorder sur les besoins devant être couverts par le modèle social et sur les voies et moyens pour y parvenir, notamment la part de la richesse nationale que nous sommes collectivement disposés à y consacrer (25% du PIB dans les années 1980 ; 31,5% en 2023). Ces débats devraient aussi être l'occasion de **réinterroger le partage de la valeur entre capital et travail** plutôt que de compenser les pertes de pouvoir d'achat par des filets

sociaux ou fiscaux ou en faisant croire que rapprocher le salaire net du salaire brut rendrait du pouvoir d'achat, alors que cela dégraderait les protections sociales. Rééquilibrer ce partage au bénéfice du salaire et de la participation, en permettant de mieux vivre de son travail, engendrerait plus de recettes fiscales et sociales.

S'agissant de la gouvernance, considérant la protection sociale comme un patrimoine collectif, la Mutualité Française juge que **chaque acteur – public, libéral, privé non lucratif – joue un rôle singulier et complémentaire dans la protection sociale, chacun avec ses valeurs et ses principes d'action**. Le mouvement mutualiste par exemple porte une vision et des réflexions concourant aux communs de la société et reposant sur une éthique de la solidarité et une exigence de la responsabilité au service d'une émancipation individuelle et collective. Il convient de respecter les contributions de chaque acteur et de favoriser un cadre de coopération et une logique partenariale. Pour cela, les pouvoirs publics doivent troquer un schéma classique de réglementation contre un cadre de confiance assorti d'objectifs partagés. C'est en ce sens par exemple que la Mutualité Française et France assureurs proposent une évolution structurante de la complémentaire santé, assortie de mesures d'efficience, d'un partage de responsabilités entre les financeurs, les professionnels de santé et les assurés sociaux et d'une révision des obligations des contrats de complémentaires santé. Ces propositions basées sur la coopération et la confiance restaurent un équilibre entre régulation par les acteurs et marges de liberté aux adhérents (annexe 2).

S'agissant plus généralement de la gouvernance partagée entre l'assurance maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les professionnels de santé, la Mutualité Française plaide pour **le renforcement d'un trilogue UNCAM-UNOCAM-UNPS pour rénover et piloter en responsabilité les négociations conventionnelles et gérer le risque** et reconnaître pleinement le champ conventionnel, en particulier dans sa dimension pluriprofessionnelle, comme un levier d'efficience, d'organisation et de financement de la santé.

Sur le versant des recettes, et plus généralement de l'équilibre financier, la Mutualité Française propose de soumettre les recettes à des critères d'efficacité du prélèvement (largeur de l'assiette, stabilité dans le temps), de simplification (en distinguant la dimension de faisabilité technique et celle de la lisibilité et du sens), de respect du partage impôt / cotisation et de non-dégressivité. Dès lors, et sans préjudice d'autres pistes qui pourraient être formulées, nous proposons :

- Que **l'équilibre financier**, hors période de crise, soit **mesuré sur le cœur d'activité de la Sécurité sociale** (c'est-à-dire sa dimension de redistribution par répartition), en excluant les dépenses d'investissement (hôpital et prévention notamment). En cas de déficit, les ajustements viseraient un retour à l'équilibre à court ou moyen terme (4 ou 5 ans par exemple).

En cas de crise majeure, la protection sociale jouant un rôle d'amortisseur, l'équilibre financier pourrait être recouvré dans un délai plus long mais sans toutefois que cela conduise à un alourdissement de la dette sociale ;

- Le retour à une compensation systématique et intégrale des exonérations de cotisations sociales ;
- La CSG pour accroître les ressources de la protection sociale : la CSG est en effet l'impôt apparaissant comme le plus redistributif et de nature à partager équitablement les efforts, à rebours de la TSA, impôt de consommation assis sur la cotisation à la mutuelle, notamment particulièrement injuste pour les retraités dont la cotisation augmente avec l'âge et qui ne bénéficient d'aucune mesure d'exonération ou d'aide au paiement ;
- Une contribution spécifique des activités qui ont des conséquences négatives sur l'environnement, la santé ou les conditions de travail.

S'agissant des dépenses, il convient tout d'abord de collectivement s'assurer qu'aucun euro dépensé ou investi dans la protection sociale ne participe à la financiarisation du système. En effet, du secteur de la petite enfance à celui du grand âge en passant par les soins de 1er recours (« centres de santé », biologie, radiologie, santé visuelle, etc) ou la santé mentale, des pans entiers de la protection sociale, financés par les cotisations sociales et patronales, les impôts et les cotisations aux mutuelles, non seulement enrichissent des groupes privés lucratifs voire des fonds de pensions étrangers mais de surcroît alimentent le dérapage des dépenses. Ainsi, la Mutualité Française d'une part revendique la reconnaissance des acteurs du privé solidaire, passant notamment par une équité de traitement et une prise en compte automatique des structures et personnels dans les mesures de financement ou salariales décidées nationalement et, d'autre part, appelle des mesures fortes et urgentes qui pourraient être la limitation de la place du lucratif dans certains secteurs ou des excédents possibles sur les activités relevant de la cohésion sociale.

Il convient également de restaurer la capacité du système à financer et investir dans des dépenses d'innovation en ne renonçant pas à agir sur celles qui peuvent apparaître comme une fatalité parce que résultant de tendances structurelles de défauts organisationnels (vieillissement de la population, baisse de la natalité, hausse des maladies chroniques, dépenses redondantes, sinistralité au travail, détérioration de l'environnement,…). Ainsi, toute mesure visant à améliorer l'efficience des dépenses doit être valorisée :

- La gestion du risque ;
- Une meilleure observance des recommandations sur les pratiques et prescriptions, en particulier les recommandations de la HAS ;
- La reconnaissance de la prévention comme une prestation et un investissement massif dans la prévention ; c'est en effet la seule voie pour casser la courbe des maladies

chroniques et des risques professionnels ainsi que de retarder l'entrée en dépendance et d'en atténuer les effets ;

- Une meilleure organisation des soins de 1er recours, dans un contexte de pénurie de l'offre médicale, qui vise également à améliorer l'accès aux soins, à éviter des retards de prises en charge et à préserver l'hôpital. La Mutualité Française plaide ainsi pour un meilleur partage des compétences entre professions, pour l'instauration d'équipes de soins traitantes et pour une meilleure valorisation des données de santé (annexe 3). Elle plaide également pour lancer une réflexion sur le modèle conventionnel pour en faire un levier de l'organisation pluri-professionnelle.

Pour concrétiser ces différentes ambitions, des conditions préalables sont requises :

- Un cadre pluriannuel contraignant permettant de partager des objectifs de moyen terme, de prévoir les besoins de financement et de programmer les investissements nécessaires ; sans une vision pluriannuelle qui impose régulièrement de reposer les objectifs et de valider les moyens pour y parvenir, nous nous exposons à des arbitrages comptables qui nuisent à la cohésion et à l'acceptabilité des mesures et de la cotisation et qui favorisent la financiarisation ;
- Un cadre juridique libérant les potentialités de valorisation secondaire des données de santé ; en effet, la Cnil interprète strictement les finalités permises empêchant ainsi plusieurs acteurs, notamment les organismes complémentaires, de développer des actions de prévention secondaire et tertiaire dont l'impact positif est pourtant largement documenté ;
- De même, en matière de lutte contre la fraude, une base légale est nécessaire pour autoriser sans ambiguïté les organismes complémentaires à mobiliser toute donnée et à échanger avec les régimes obligatoires.

Enfin, la Mutualité Française considère que la situation financière dégradée de la protection sociale ne doit pas nous empêcher de penser et nous inciter à reporter des évolutions nécessaires pour améliorer les couvertures sociales :

- Tout d'abord, considérant à la fois une méconnaissance du risque de prévoyance et une inégalité de couverture entre actifs, nous proposons des mécanismes visant à généraliser la prévoyance à tous les actifs, d'autant plus nécessaires avec l'augmentation de la durée de vie active, sur la base d'un socle commun autorisant la portabilité, complété de façon optionnelle suivant les besoins (branches, régimes de bases). Cette généralisation de la prévoyance devra être associée à des mesures de prévention des risques professionnels et au renforcement des capacités des employeurs et des organismes d'assurance à gérer et piloter le risque.
- S'agissant de la perte d'autonomie, la Mutualité Française considère que sa prise en charge relève de la responsabilité collective et que le risque doit être avant tout supporté par la solidarité nationale. Néanmoins, elle propose en complément, une

généralisation de la couverture de la perte d'autonomie par répartition et par adossement à la complémentaire santé (Annexe 4). Cette mesure permettrait aux personnes les plus dépendantes (GIR 1 & 2) de percevoir une rente mensuelle pouvant atteindre 500€, sans influer sur les finances publiques. Ce projet, partagé avec France Assureurs, a été repris dans une recommandation publiée début 2024 par le Comité consultatif du secteur financier.

- La Mutualité Française est favorable à proposer un système de financement dans lequel chacun doit participer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins : proposition d'une prestation sociale se substituant à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) prise en charge par la cinquième branche qui en assurerait aussi la gestion locale. Elle serait dégressive en fonction des revenus, et plafonnée. En cela, la Mutualité Française soutient un système qui mette fin aux inégalités territoriales et prenne en compte un reste à charge soutenable
- La Mutualité Française soutient les propositions visant à remplacer l'APA par une prestation plus universelle de soutien à l'autonomie pour favoriser l'aller-vers les personnes, la simplification des procédures et des parcours

*

La protection sociale française se trouve dans une situation critique marquée par un déficit chronique, une dette sociale en augmentation et un pilotage déficient. Les ajustements budgétaires, sans agir sur les déterminants des dépenses, n'infléchissent pas la trajectoire déficitaire et l'absence de réformes structurelles durables compromet la viabilité du système. Face à l'insatisfaction et à l'inquiétude croissantes des Français, il est urgent d'adopter une réforme en profondeur, alliant maîtrise des dépenses et justice sociale. Un engagement politique fort est indispensable pour stabiliser durablement les finances de la protection sociale et éviter un report perpétuel des difficultés sur les générations futures.

SAISINE DU PREMIER MINISTRE

Contribution complémentaire au HCAAM
Bouclier sanitaire
21 mai 2025

Le bouclier sanitaire vise à remplacer les dispositifs d'exonération existants par un plafond de reste à charge.

En préambule, **la Mutualité Française rappelle que, si le principe de bouclier sanitaire revient régulièrement dans les propositions expertisées par les corps de contrôle et les inspections générales, le scénario de bouclier sanitaire n'a jamais fait partie des propositions adoptées formellement par les membres du HCAAM.**

Dès lors, comme plusieurs membres l'ont exprimé en séance plénière, **la Mutualité Française demande, que le HCAAM retire du rapport qui sera remis au Premier ministre les développements consacrés au bouclier sanitaire.**

A tout le moins, il ne devra y avoir aucune ambiguïté sur le fait que le HCAAM ne l'endosse pas en tant que proposition. Dans ce dernier cas, la Mutualité Française estime indispensable de mettre en lumière avec objectivité les conséquences liées à la mise en place d'un système tel que le bouclier sanitaire :

- Remise en cause de l'universalité de l'assurance maladie obligatoire et du principe originel « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »
- Fort risque de démutualisation : le dispositif de boucler sanitaire emporte le risque de désaffiliation de la complémentaire santé des bien portants et des plus aisés, du fait du plafonnement du reste à charge. Le financement serait alors essentiellement à la charge des personnes à risque, avec un coût croissant et non solidaire de la cotisation.
- Inégalités entre malades et biens portants, hauts revenus et bas revenus, jeunes et personnes âgées. Le rapport IGAS IGF met en lumière qu'un système de bouclier avec un RAC plafonné à 1000€ serait défavorable à 82% des personnes en ALD.
- Illisibilité du système pour les assurés sociaux qui resteraient exposés à des dépenses non prises en compte dans le périmètre du bouclier

Au final, il s'agit plus d'un « bouclier économique » pour les finances publiques plutôt qu'un bouclier sanitaire.

Les solutions sont donc ailleurs :

- Organisation des soins et de parcours de santé

- Efficience de la dépense de santé
- Développement de la prévention
- Lutte contre la financiarisation
- Réflexion sur les postes occasionnant les RAC les plus élevés notamment pour les personnes en ALD. Un des postes à traiter en priorité est le RAC à l'hôpital.
  Parmi les 1 % des patients hospitalisés en court séjour aux RAC les plus élevés se trouvent des personnes plus âgées et une plus forte proportion de patients en ALD (54 % contre 43 %) que sur le total des patients hospitalisés.
  La Mutualité Française propose de réformer les modalités de participation de l'assuré à l'hôpital au travers d'une forfaitisation du reste à charge par séjour.

Note conjointe France Assureurs-Mutualité Française

Proposition d'évolution du contrat solidaire et responsable

Notre système de santé et de protection sociale est à un moment charnière, avec plus de 15 Md€ de déficit en 2025, principalement porté par la branche maladie.

C'est une perspective de 40Md€ d'économies à réaliser d'ici 2029 pour revenir à l'équilibre, conjuguée à l'accroissement des besoins de santé lié tout particulièrement au vieillissement démographique et au progrès médical.

Cette trajectoire ne se fera pas sans remettre au centre :

- les succès de notre modèle, un haut niveau de protection contre le risque maladie, et un reste à charge limité, assurés par l'intervention conjointe de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ;
- mais aussi les limites liées au mauvais usage de notre système de santé (inefficience, non pertinence, consumérisme), à une organisation complexe et des défauts d'accès aux soins ;
- et surtout les défis, mieux prévenir les risques de santé, mieux organiser et réguler, agir de manière plus efficace en s'appuyant sur la richesse des données et promouvoir la responsabilité collective et individuelle.

Elle ne se fera pas non plus sans affirmer la place des organismes complémentaires et leur action pour cette nécessaire transformation.

Ils sont prêts à y prendre leur part, en responsabilité, et dans une démarche de dialogue et de vision pluriannuelle permettant à chacun d'investir et d'orienter ces efforts vers un résultat commun.

La réflexion sur « l'outil » contrat responsable s'inscrit dans cette dynamique et s'insère dans une réflexion d'ensemble.

I- Pourquoi faire évoluer le contrat solidaire et responsable ?

96% de la population française est aujourd'hui couverte par une complémentaire santé et à 96% par des contrats solidaires et responsables. La diffusion de la couverture

complémentaire est donc un succès, et le contrat solidaire et responsable constitue un élément majeur de notre système de protection sociale à deux étages auquel les Français sont attachés. Il a contribué à façonner les spécificités de la complémentaire santé en France.

La réglementation du contrat solidaire et responsable a considérablement évolué, s'est élargie et a intégré des objectifs successifs. 20 ans après, dans un contexte qui a profondément changé en termes d'accès aux soins, de dynamique des dépenses de santé, de comportement face aux soins, de protection sociale, de maturité des acteurs, il est légitime et nécessaire de la questionner aujourd'hui, en dressant un bilan et en proposant des marges d'évolution.

Nous réaffirmons en premier lieu, le principe intangible de la solidarité, qui avec la loi Evin de 1989 notamment, fonde l'accès à l'assurance complémentaire santé sur une absence de sélection des risques ou de discrimination fondée sur l'état de santé.

Nous réaffirmons également le rôle et la place des organismes complémentaires au sein de la protection sociale, tout à la fois pour assurer un haut niveau de protection contre les aléas de santé mais aussi chacun avec ses spécificités, pour apporter l'expertise de son métier de gestionnaire du risque, la connaissance de ses assurés et sa capacité d'innovation.

Le marché de la complémentaire santé est soumis à des impératifs multiples :

- Ceux partagés avec l'assurance maladie : une dépense de santé dynamique et soumise aux enjeux de transitions démographique, épidémiologique et technologique / des difficultés d'accès aux soins / un mauvais usage du système de santé / le développement de la fraude / la soutenabilité
- Ceux liés aux exigences du métiers d'assureurs : des règlementations nombreuses exigeant une solvabilité rigoureuse, une professionnalisation renforcée de toutes les fonctions clés, des exigences renforcées de reporting
- Ceux liés à l'évolution des besoins en soins et le rapport au système de santé : virage préventif à prendre, personnalisation des parcours à renforcer, consumérisme

L'évolution du cahier des charges du contrat responsable, c'est-à-dire le corpus de règles qui fixent les obligations et interdictions de prise en charge et imposent aux organismes complémentaires certaines démarches (comme les informations à communiquer ou l'obligation de tiers payant), s'inscrit dans ce contexte. Il est aujourd'hui impératif de le revoir.

Pourquoi ?

Parce que ce corpus « responsable » qui s'est construit par strates successives, cherchant à répondre à des objectifs pluriels et divers, ne joue plus parfaitement son rôle en 2025 :

- Les organismes complémentaires interpellent de plus en plus fortement cette réglementation, eu égard aux coûts qu'elle engendre, renchérissant les prix des contrats complémentaires santé, à ses effets sur l'évolution des dépenses de santé et sur leurs marges d'action en termes de gestion du risque et d'innovation.

- Les assurés n'en comprennent pas la complexité et s'interrogent sur l'articulation entre ce qui est imposé versus ce qui est de leur libre choix, conduisant certains à être tentés par des contrats non responsables, jugés mieux adaptés à leurs besoins et moins chers, et impliquant en conséquence un risque de démutualisation sur des soins essentiels.

- L'assurance maladie obligatoire elle-même, pourtant en première ligne lors de la création du contrat responsable, ne reconnait plus en cette réglementation un levier de coopération entre régime obligatoire et assureurs complémentaires dans les mécanismes de régulation mis en place.

- Les acteurs du système de santé (comme les professionnels et établissements de santé) que l'on a cherché à responsabiliser/réguler au travers de cette règlementation la trouvent totalement illisible.

- La représentation nationale la juge extrêmement complexe et déconnectée des enjeux en 2025 de notre système de santé, de sa soutenabilité, d'un nécessaire équilibre entre solidarité/mutualisation et responsabilisation, et des préoccupations des Français (en lien avec leurs besoins en santé et leur pouvoir d'achat).

Pour la Mutualité Française et France Assureurs, deux grands principes doivent conduire les réflexions :

- Premièrement, partager le fait que le contrat complémentaire santé est un tout et que chacun, de par sa situation personnelle et son lieu de vie, n'a pas les mêmes besoins, en termes d'accès aux soins, de services et de prestations. A l'heure où les traitements sont de plus en plus personnalisés, où on comprend les enjeux d'un meilleur ciblage des politiques de santé et de l'aller vers, il est important de le reconnaître, en veillant à ce que cela ne soit pas source d'inégalité ou d'iniquité entre les Français. Le reconnaître, c'est aussi affirmer le besoin de redonner des marges de manœuvre financière aux assurés (individus d'un côté, branches et entreprises de l'autre), dans un contexte où la croissance des dépenses de santé pèse sur les cotisations et rendent les contrats très chers, sans faculté réelle de choix et de modulation des garanties.

- Deuxièmement, assumer la place et le rôle du contrat complémentaire santé et des organismes qui le portent dans l'évolution de notre système de santé, dans leur capacité à accompagner certaines orientations ou réformes (ex du virage préventif), à promouvoir la pertinence des soins et des prescriptions en encourageant par exemple certaines pratiques et comportements conformément aux recommandations de la HAS et des autorités compétentes, à contribuer, aux côtés de l'assurance maladie obligatoire, à lutter contre les dépenses inutiles et évitables, contre les abus et les fraudes. Le contrat complémentaire est un levier important, parce qu'il repose sur une relation directe avec l'assuré, de gestion du risque. Le reconnaitre, c'est penser la refonte du contrat responsable comme un des leviers à même de répondre aux défis de notre système de santé en termes d'accès aux soins, de soutenabilité et d'efficience.

II. Comment faire évoluer le contrat solidaire et responsable ? : la proposition de la Mutualité Française et de France Assureurs

La proposition de la Mutualité Française et de France Assureurs s'articule autour de l'idée de redonner du sens aux couvertures complémentaires (maintien d'un socle mais resserré et en soutien de possibilités de personnalisation), en permettant aux organismes complémentaires de retrouver une capacité de gestion du risque sur ces couvertures et de s'adosser à un environnement mieux régulé et responsabilisant pour les parties prenantes.

Pourquoi ?

- Parce que pour faciliter l'accès aux soins tout en garantissant la soutenabilité des couvertures complémentaires, il est nécessaire de revoir les curseurs.

- Un socle présente les avantages d'une mutualisation large et d'une couverture minimale identique pour tous. En termes de lisibilité et d'égalité d'accès aux soins, c'est important.

- Pour autant, un socle trop large présente l'inconvénient d'imposer à tous un coût contraint et d'obérer les choix et arbitrages que chacun est en droit de pouvoir réaliser, en fonction de ses besoins et de sa situation personnelle. C'est pourquoi, le socle actuel doit être simplifié et resserré. Cela permettra l'accès à d'autres garanties, prestations et services, en réponse aux besoins des assurés et de façon à augmenter la surface de mutualisation sur cette partie personnalisable.

- La couverture complémentaire santé doit aussi comporter les garde-fous nécessaires à une bonne exécution du contrat, permettant d'identifier, de contrôler et d'éviter les dépenses abusives ou inadaptées et de renforcer les moyens de lutter contre la fraude.

- En complément de ces leviers, d'autres mesures de régulation et de responsabilisation des acteurs doivent accompagner cette démarche (limiter les dérives commerciales et consuméristes).

Le détail de la proposition de la Mutualité Française et de France Assureurs :

1. Redonner du sens aux couvertures complémentaires en maintenant un socle mais resserré et plus lisible

Dans un premier temps, et dans l'objectif de ne pas trop s'éloigner de l'existant, ce socle reprendrait les obligations actuelles de prise en charge (TM, FJH et 100% santé en optique, audiologie et dentaire) mais :

- en n'imposant plus aucune obligation de remboursement sur les paniers libres et maîtrisé en optique, audio et dentaire (fin de l'obligation de prise en charge du TM) :
    - les équipements relevant du 100% santé offrent aujourd'hui une gamme d'équipements et de prothèses qui répondent aux besoins des Français. Il n'y a donc aucun sens à obliger les organismes à aller au-delà dès lors que cette offre répond à un objectif de couverture minimal. Bien sûr, chaque assuré resterait libre de souscrire des garanties permettant de couvrir des équipements à prix libres qui revêtent des caractéristiques techniques ou technologiques différentes.
    - Cette règle plus simple serait plus compréhensible des Français et davantage en phase avec la réforme du 100% santé. On gagnerait en lisibilité.
- en sortant du champ les protections menstruelles (pas d'obligation de prise en charge du TM)
    - les protections menstruelles réutilisables sont emblématiques d'un sujet d'égalité et de santé publique mais dont la réponse n'est pas assurantielle. Aussi, il n'y a aucune raison de l'imposer à tous comme obligation de prise en charge : elle doit être laissée à la discrétion de chacun.
- en supprimant toute possibilité d'extension du 100% santé sans échange préalable et étude d'impact
    - le principe du 100% santé a des avantages mais aussi des inconvénients. S'il permet de garantir une prise en charge totale et automatique, et donc de neutraliser le reste à charge, il crée aussi les conditions d'optimisation de rémunération pour les professionnels de santé, voire de consumérisme par les assurés. Puisque c'est remboursé, c'est facturé au prix maximum et autant de fois que souhaité. Le caractère assurable n'est plus questionné, les leviers de la gestion du risque sont limités. En tous cas, il ne peut être systématique utilisé,

sans s'interroger sur d'autres modalités tout aussi efficaces, et sans en mesurer la globalité des impacts.

2. Retrouver de la capacité à gérer le risque, responsabiliser et agir contre les dépenses abusives et frauduleuses

Le contrat responsable doit redonner du sens à la gestion du risque et permettre aux OCAM d'apporter leur savoir-faire, leur métier pour créer de la valeur pour le système de santé, en contribuant à l'efficience et au juste recours aux soins.

- **Cela suppose un cadre réglementaire qui favorise les outils de gestion du risque et les comportements de bon usage du système de santé** :

- Introduire la possibilité de délais de carence en priorité, sur les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire, y compris sur les paniers 100% santé

    - Il s'agit de lutter contre des comportements opportunistes de souscription (avant résiliation) de contrats ou garanties à des fins consuméristes.

- Introduire la possibilité d'entente préalable, et plus largement de mécanismes permettant de tenir compte des recommandations de la HAS et des autorités sanitaires en matière de prescription et de bonnes pratiques

    - Au-delà d'un certain montant ou d'un certain nombre d'actes, il peut être légitime de vérifier le bien-fondé de certaines dépenses. Ce type de procédure, classique et efficace, permet un juste équilibre entre couverture et contrôle, discriminant les dépenses abusives ou frauduleuses de celles parfaitement justifiées, notamment dans les domaines où des dérives sont constatées (comme en dentaire). En sus, d'autres mécanismes du même type, prenant appui sur les recommandations publiques, trouvent tout leur sens, comme dans le domaine des transports par exemple.

- Maintenir des interdictions de prise en charge des incitations au parcours de soins et des franchises et participations forfaitaires ainsi que des limitations applicables aux garanties couvertes de manière optionnelle (planchers/plafonds de prise en charge)

    - Il est indispensable que les contrats complémentaires continuent d'être en soutien des actions de régulation mises en place par l'AMO

- **Cela suppose une règlementation qui renforce la capacité à lutter plus efficacement contre la fraude** :

- Supprimer l'obligation de tiers payant en cas de fraude d'un professionnel de santé

- Si le tiers payant facilite l'accès aux soins, notamment pour les ménages les plus modestes, en contrepartie, il peut encourager les démarches frauduleuses. C'est pourquoi il est proposé d'assortir ce principe d'obligation de tiers payant des organismes complémentaires à des garde-fous, comme celui de pouvoir lever cette obligation en cas de professionnel de santé frauduleux. L'enjeu est de pouvoir agir a priori, en suspendant certains paiements, et éviter ensuite des indus.

- **Enfin, cela peut faire naître de nouveaux engagements au bénéfice du virage préventif du système de santé** :

- Introduire un engagement de tous les organismes complémentaires à promouvoir ou co- porter une ou plusieurs campagnes publiques de prévention en cohérence avec leurs populations protégées.
  - Il s'agit, par cette règle, d'engager les organismes à s'investir collectivement et en coopération avec les pouvoirs publics et/ou l'assurance maladie obligatoire, en faveur de la prévention.

Pour être mises en œuvre, ces mesures supposent de :

→ Faire évoluer le cadre de traitement des données de santé par les OCAM aux fins d'exécution du contrat, de lutte contre la fraude et de prévention

→ Intégrer les fédérations de complémentaires dans le pilotage des grandes priorités de santé publique et prévention au niveau politique, et opérationnel avec l'assurance maladie obligatoire

3. Accompagner ces évolutions par un environnement mieux régulé, responsabilisant l'ensemble des acteurs, et facilitant l'accès à une complémentaire santé

Si ces évolutions de la réglementation peuvent amener le contrat complémentaire à constituer un levier au service de la pertinence et du juste recours aux soins, d'autres mesures, qui touchent à l'environnement et à la responsabilisation des acteurs, doivent être prises en accompagnement, notamment sur les postes les plus coûteux pour les complémentaires :

- Evolution des contours de la réforme du 100% santé : allongement du délai de renouvellement des équipements en optique de 2 à 3 ans, application et renforcement des dispositions de régulations prix/volumes sur les 3 postes du 100% santé, interdiction de la publicité en optique et audiologie
  - Au vu des éléments partagés (cf. les publications de la DREES), ces mesures paraissent aujourd'hui nécessaires, et participent des actions d'efficience et

de pertinence destinées à freiner et contenir les dépenses dans ces 3 domaines.

- Ouverture d'une réflexion sur la participation de l'assuré à l'hôpital
    - Au-delà de leur complexité (qui milite pour une véritable simplification), les règles de participation de l'assuré à l'hôpital sont aujourd'hui synonymes de restes à charge très hétérogènes, au détriment des séniors pour lesquels le poste hospitalisation pèse lourdement. C'est pourquoi à l'aune de la refonte des modalités de financements des établissements hospitaliers, il pourrait être judicieux de corriger ces disparités.

- Baisse de la fiscalité sur les contrats complémentaires santé
    - C'est un facteur majeur de renchérissement du coût de la complémentaire santé, injustifié et incohérent avec l'objectif de faciliter l'accès aux soins en France.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCFEA
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCFEA
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

Les Hauts Conseils sont membres du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex