

N° 3199

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 septembre 2026.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la **mission d'évaluation et de contrôle**
des **lois de financement de la sécurité sociale**
sur la **répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire**
et l'**assurance maladie complémentaire***

ET PRÉSENTÉ PAR

MM. THIBAUT BAZIN, THIERRY FRAPPÉ ET JÉRÔME GUEDJ,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	11
I. LA COMBINAISON DU MAINTIEN D'UN ESPACE CONCURRENTIEL ET DE L'ASSOCIATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AUX OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE A ENTRAÎNÉ LA CRÉATION D'UN SYSTÈME COMPLEXE ET À LA GESTION COÛTEUSE, EN LIMITANT LA PART DES DÉPENSES À LA CHARGE DES ASSURÉS	19
A. L'ASSOCIATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AUX BUTS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET SES LIMITES	20
1. La gouvernance d'un système dual	21
a. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie	21
b. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.....	22
2. L'intégration des copaiements pour faciliter l'accès à certains soins ou dispositifs médicaux	24
3. Une réglementation des garanties adossée à une incitation fiscale : les contrats solidaires et responsables	27
4. La généralisation de la couverture complémentaire : une combinaison d'obligations juridiques, d'incitations socio-fiscales et de mécanismes de redistribution	29
a. Une complémentaire publique : la complémentaire santé solidaire.....	29
i. Deux modes d'accès mais un panier de soins commun	30
ii. Un effectif et un coût croissants	31
iii. Une gestion relevant surtout de la branche maladie	35
b. L'intensification de la couverture collective : l'accord national interprofessionnel et son élargissement au secteur public.....	36
i. Dans les entreprises	36
ii. Au sein de l'État, des collectivités territoriales et, à terme, des hôpitaux	40
5. Le pilotage indirect des tarifs de l'assurance maladie complémentaire par la fiscalité : le cas des contributions permanentes et exceptionnelle.....	48
a. La taxe de solidarité additionnelle	49
b. La contribution pour les forfaits de patientèle des médecins traitants	51
c. Des contributions ponctuelles	52
i. Les pandémies de 2010 et 2020	52

ii. Le cas du ticket modérateur en 2025-2026.....	52
6. Le rôle de l'assurance maladie complémentaire en matière de lutte contre la fraude.....	54
a. La lutte contre la fraude par les complémentaires repose historiquement sur la nécessité de protéger leurs intérêts contractuels	54
b. Le rôle des organismes complémentaires en matière de lutte contre la fraude a été renforcé par la loi du 25 juin 2026 pour ériger ces derniers en véritables acteurs de la lutte contre la fraude sociale	56
c. Le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude est toutefois strictement encadré.....	58
7. La prise en charge des dépenses de médecine non conventionnelle par l'assurance maladie complémentaire	61
a. La prise en charge des pratiques de soins non conventionnelles par les complémentaires en dehors du panier de soins s'est fortement développée.....	61
b. L'essor des « forfaits de médecines douces » proposés par les complémentaires santé interroge aujourd'hui quant à l'opportunité d'un encadrement plus strict.....	62
8. L'assurance maladie complémentaire et les dépassements d'honoraires.....	63
B. LA RÉGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE A FAVORISÉ SA RESTRUCTURATION	71
1. Le maintien de trois familles d'organismes complémentaires avec des modèles économiques et des modalités de gestions distincts.....	71
2. Les effets respectifs de la concurrence et des exigences prudentielles sur la concentration du champ de l'assurance maladie complémentaire et le rassemblement d'organismes de nature différente	74
3. Le maintien des frais de gestion des complémentaires à des niveaux supérieurs à ceux de l'assurance maladie obligatoire.....	78
a. La modernisation de la gestion de l'assurance maladie complémentaire, les restructurations du secteur et les évolutions des garanties ont pu entraîner une augmentation transitoire des frais de gestion.....	78
b. Plusieurs facteurs devraient toutefois contribuer à réduire le niveau de ces frais.....	81
c. La décomposition des frais de gestions des organismes complémentaires demeure imparfaitement connue	82
d. La comparaison entre les frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires présente des limites.....	83
II. CETTE ARTICULATION EST MISE SOUS TENSION PAR L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LES RESTRUCTURATIONS DU SECTEUR DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.....	84
A. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, L'ACCROISSEMENT DES PATHOLOGIES MULTIPLES ET CHRONIQUES EN SON SEIN ET LE PROGRÈS TECHNIQUE ENTRAÎNENT UNE HAUSSE TENDANCIELLE DE LA PART DES DÉPENSES PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE, CE QUI A PU JUSTIFIER DES TRANSFERTS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE VERS L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	84
1. Le dispositif des affections de longue durée permet une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de dépenses qui seraient en temps normal imparties à l'assurance maladie complémentaire	86

2. La mise en place de transferts est conçue comme une réponse à cette évolution spontanée de la répartition des prises en charge	89
3. La difficulté d'évaluer et donc de maîtriser l'incidence de ces transferts et de la fiscalité sur les tarifs de l'assurance maladie complémentaire	93
a. Une hausse des cotisations indiscutable	95
b. La contribution de ces transferts aux hausses de cotisations est difficile à objectiver..	98
c. Des enjeux à l'actualité forte	100
i. La voie du gel des cotisations et sa fragilité	100
ii. La voie de négociation et des effets encore incertains	102
B. LA RESTRUCTURATION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AUTOUR D'UN FINANCEMENT PAR L'EMPLOYEUR TEND À FRAGILISER LA PROTECTION DES INACTIFS ET DES NON-SALARIÉS VOIRE À EMPORTER UN RISQUE DE DÉMUTUALISATION...	103
1. Des contrats collectifs qui se caractérisent par des frais de gestion limités et une couverture ample des assurés	104
2. Des contrats individuels qui poussent la logique de marché à son cas limite, au risque de l'exclusion des publics les moins rentables	108
3. Des avantages sociaux et fiscaux confus et anti-redistributifs, qui mériteraient d'être plus largement remis en question	111
4. La mise en œuvre de la généralisation de la protection sociale complémentaire dans le secteur public	115
III. ANALYSE DES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE L'ARTICULATION ENTRE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET DE PISTES D'AMÉLIORATION COMMUNES À CES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS	117
A. EXAMEN DES PRINCIPAUX SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION	117
1. Des ajustements dans l'architecture en vigueur : deux exemples	117
a. Une adaptation pour améliorer la couverture des retraités modestes	118
i. La couverture dégradée des retraités modestes : un triple effet de ciseau	118
ii. Vers la création d'un troisième niveau de C2S spécifique aux seniors ?	119
b. Une complémentaire santé solidaire pour les jeunes ou l'urgence de simplifier et d'individualiser l'affiliation à la protection complémentaire	119
i. Dans les faits, des jeunes trop souvent dépourvus de protection complémentaire, ce qui induit des renoncements aux soins importants	119
ii. Simplifier et individualiser l'accès des jeunes à la C2S	120
2. La création d'une complémentaire publique obligatoire : un exemple	121
a. Trois considérations sur les plans du droit et de l'incidence financière	122
b. Des propositions sérieuses dans le débat public	125
c. Le système alsaco-mosellan	128
i. La singularité du système d'Alsace et de Moselle	129
ii. Financement	129
iii. Prestations	131
iv. Équilibre financier	134

v. Articulation du régime local avec les complémentaires	135
vi. Une inspiration réelle mais une extension qui soulève plusieurs enjeux, tant pour son champ d'intervention propre que pour une généralisation à toute la France	136
3. Le plafonnement des restes à charge par l'instauration d'un « bouclier sanitaire ».....	138
a. Une proposition relativement ancienne visant à améliorer la soutenabilité collective et individuelle du système de santé par plus de redistribution.....	138
i. Les facteurs expliquant l'insoutenabilité tendancielle du modèle de protection sociale	138
ii. La notion de « bouclier sanitaire » et ses principes généraux de fonctionnement, une tentative de réponse aux défis du système actuel	139
b. L'illustration d'une l'absence de consensus quant à la répartition souhaitable de l'effort pour des dépenses de santé en constante augmentation.....	141
4. L'augmentation des taux de remboursement de la sécurité sociale	147
a. Modalités.....	147
b. Implications financières et organisationnelles	149
c. Avantages et limites	151
5. Le décroisement des prises en charge	154
a. Modalités.....	154
b. Implications financières et effets sur les assurés	156
B. PISTES D'ÉVOLUTION TRANSVERSALES	158
1. L'amélioration du suivi des tarifs et des frais de gestion des organismes complémentaires d'assurance maladie	158
2. Le renforcement du rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie dans certains champs.....	159
a. La prévention	159
b. La prévoyance.....	160
TRAVAUX DE LA COMMISSION	165
ANNEXE N° 1 : DONNÉES ET RÉFLEXIONS FOURNIES PAR UNE SÉLECTION D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE ET PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX.....	167
ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS ..	179
ANNEXE N° 3 : LISTES DES STRUCTURES AYANT ADRESSÉ UNE CONTRIBUTION ÉCRITE AUX RAPPORTEURS.....	183

AVANT-PROPOS

● Le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie a été envisagé à nouveaux frais dans le débat parlementaire au cours des dernières années à la faveur des réflexions, voire des controverses, portant sur les modalités de fixation des tarifs des contrats et plus particulièrement sur la manière dont s'y répercutent les transferts de charges, que ceux-ci soient menés à leur terme ou simplement envisagés, puis abandonnés. Chacun garde à l'esprit l'enchaînement de l'annonce, par le Gouvernement de M. Michel Barnier, d'une augmentation prochaine du ticket modérateur sur les consultations de généralistes et de sages-femmes, suivie du renoncement à cette mesure puis de l'instauration, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 ⁽¹⁾, d'une contribution exceptionnelle destinée à recueillir, au profit de la branche maladie, le surcroît de cotisations perçu par les organismes complémentaires qui avaient défini leurs tarifs en tenant compte par anticipation du transfert projeté.

L'actualité législative a ainsi corroboré l'intuition des membres de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) qui, au mois de décembre 2024, ont voulu élargir la focale et replacer ces mouvements dans le contexte général de l'architecture des assurances maladie obligatoire et complémentaire issue de la création de la sécurité sociale et de sa progressive universalisation. À ce titre, le thème retenu par la mission épousait le patron des précédentes évaluations dites « structurantes » menées par cet organe, qui au cours des XVI^e et XVII^e législatures auront conduit ses membres – et plus largement ceux de la commission des affaires sociales – à étudier successivement plusieurs questions de première importance pour la définition du périmètre du système de protection sociale, sa soutenabilité financière et sa capacité à répondre aux besoins pour la satisfaction desquels il a été établi ⁽²⁾.

Suivant une méthode déjà mise en œuvre à l'occasion d'autres travaux de la Mecss, les auteurs du présent rapport sont convenus de consacrer le corps de celui-ci, d'une part, à la présentation de constats partagés par l'ensemble d'entre eux et, d'autre part, à l'analyse des principales pistes de réforme mentionnées au cours des auditions ou plus largement dans le débat public, et de réserver par conséquent au présent avant-propos l'expression de leurs préférences personnelles. En cela, ils se sont voulu fidèles à la vocation de la Mecss, dont la fonction première est de fournir aux membres du Parlement et aux citoyens les informations et les éléments d'appréciation nécessaires pour se déterminer quant au devenir des politiques de sécurité sociale. Cette méthode fait d'ailleurs écho à celle qu'avait retenue le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) dans son rapport de

(1) Article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) En 2023, l'efficacité et la maîtrise des allègements généraux de cotisations patronales dans le contexte d'une augmentation rapide de leur montant ; en 2024, la gestion de la dette sociale à une période marquée par la reconstitution rapide des passifs et la nécessité de définir les modalités de leur couverture ; enfin, en 2025 et en 2026, l'architecture de l'assurance maladie.

janvier 2022 ⁽¹⁾. En élaborant quatre scénarios d'évolution de l'articulation entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires, le Hcaam a constitué un précieux cadre d'analyse et défini durablement les coordonnées du débat public sur cette question. Les rapporteurs ont usé de cette grille d'analyse comme d'un point de départ pour former leurs propres réflexions, qui divergent en partie.

- Pour les rapporteurs Thibault Bazin et Thierry Frappé, le système actuel comporte de réelles marges d'amélioration, tandis que les scénarios les plus ambitieux de refonte de l'architecture des assurances maladie présentent chacun des limites qui en compromettent la mise en œuvre. Dès lors, il leur semble que l'effort devrait porter sur la résorption des incohérences et des éléments de complexité qui grèvent l'architecture en vigueur et contribuent à la dérive des dépenses de santé.

À cet égard, le rapporteur Thibault Bazin voudrait mettre l'accent sur la diversité des objectifs assignés au contrat responsable, conçu à la fois comme un instrument de responsabilisation des assurés, un moyen d'améliorer la couverture dont ces derniers bénéficient en favorisant leur accès aux soins et un outil de maîtrise des dépenses de santé. Outre qu'elles ont vraisemblablement une incidence inflationniste sur le montant des primes, les modifications répétées apportées à son contenu engendrent une complexité susceptible de renchérir la gestion des contrats. Aussi, le rapporteur général considère la simplification normative – y compris la redéfinition des clauses du contrat responsable – comme un levier pour redonner aux organismes complémentaires les marges de manœuvre nécessaires pour proposer des garanties répondant aux besoins spécifiques de différentes populations, voire pour contribuer directement à la fourniture de soins. De même la situation, pour rare que soient les cas dans lesquels elle se présente, d'assurés souscrivant cumulativement plusieurs offres complémentaires pour ne renoncer à certaines d'entre elles qu'après avoir bénéficié de remboursements à concurrence de leurs besoins et à hauteur de leurs préférences pose-t-elle un sérieux problème d'allocation des ressources.

Dans un autre registre, il a été porté à la connaissance des rapporteurs que certains contrats souscrits pour la couverture complémentaire des agents publics prévoient la prise en charge de prestations de soins non conventionnels, au risque de renchérir le coût de cette souscription. Il est regrettable que l'État – et peut-être à l'avenir d'autres employeurs publics – ne se conforme pas, dans le choix des garanties de santé dont il souhaite faire bénéficier ses agents, aux préconisations des autorités sanitaires.

Il paraît d'autant plus nécessaire de résorber ces incohérences que les logiques de solidarité intergénérationnelle et de mutualisation des risques sur lesquelles repose notre système de santé ne semblent plus toujours aller de soi, en particulier au sein des jeunes générations, et que l'augmentation tendancielle des dépenses de santé compromet la soutenabilité de leur prise en charge.

(1) *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire, janvier 2022.*

Le rapporteur Thibault Bazin tient notamment à éviter que le déficit persistant de la branche maladie ne conduise à remettre en cause le financement d'autres politiques de sécurité sociale – en particulier au sein de la branche famille. De surcroît, il estime que l'offre des organismes complémentaires, singulièrement en matière collective, devrait mieux s'adapter aux enjeux propres à certains secteurs, ce qui outre une meilleure prise en charge des frais de santé des salariés intéressés serait le support d'une réduction des accidents du travail et maladies professionnelles et d'un renforcement du taux d'emploi.

Il précise néanmoins, en sa qualité parallèle de rapporteur général de la commission des affaires sociales, que bien des suggestions que lui-même, ses deux corapporteurs ou les autres membres du Parlement pourraient formuler ne relèvent pas du domaine de la loi de financement de la sécurité sociale, ni même de la loi : ainsi en va-t-il, par exemple, des clauses des contrat responsables et solidaires.

- Sans méconnaître ces marges de progression, le rapporteur Jérôme Guedj estime que le scénario d'une augmentation des taux de remboursement de la sécurité sociale est, face au risque de démutualisation des prises en charge, le mieux à même de conforter la dimension de solidarité du système d'assurance maladie tout en simplifiant sa gestion.

Il lui semble utile de replacer la réflexion concernant l'instauration d'une « sécurité sociale augmentée », communément qualifiée de « grande sécu », dans la perspective du mouvement d'universalisation de l'assurance maladie qui a pris corps en 1999 ⁽¹⁾ et trouve aujourd'hui un prolongement, en particulier, dans le dispositif de la complémentaire santé solidaire (C2S). De fait, l'architecture actuelle des assurances maladie comporte déjà plusieurs espaces au sein desquels, pour des raisons différentes, une plus large part des prises en charge relève de la solidarité publique.

Il en va d'abord ainsi des bénéficiaires de la C2S, et plus particulièrement de ceux de la C2S gratuite ; tel est aussi le cas des personnes relevant du dispositif des affections de longue durée (ALD), dont les soins et traitements sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans la limite de la base de remboursement de la sécurité sociale ; selon des modalités distinctes et pour des raisons historiques particulières, les assurés du régime local d'Alsace-Moselle, qui bénéficient d'une assurance complémentaire obligatoire gérée par les représentants des salariés et financée par des cotisations proportionnelles aux revenus, constituent un troisième cas d'élargissement des assurances maladie publiques.

Ces trois dispositifs – fondés respectivement sur les ressources des assurés, sur leur état de santé et sur leur lieu de résidence – constituent autant de figures d'une généralisation de l'assurance maladie dont le rapporteur Jérôme Guedj espère avec force qu'ils occuperont pleinement la place qu'ils méritent dans les débats que le pays tout entier s'appête à conduire.

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une assurance maladie universelle.

Dans le cas où s’engagerait le mouvement vers une sécurité sociale intégrale, certains enjeux devraient faire l’objet d’une attention particulière.

En premier lieu, pour être pleinement efficient, le nouveau système devrait prendre en charge uniquement les prescriptions et les actes dont l’efficacité est reconnue – y compris les dépenses afférentes aux soins dentaires, à l’optique ou encore aux audioprothèses –, qui seuls relèvent de la solidarité nationale. À l’inverse, il n’appartiendrait pas à l’assurance maladie d’assurer le remboursement des médicaments les moins efficaces ou des soins non conventionnels ni, pour des raisons différentes, de prendre en charge les dépassements d’honoraires qui pourraient subsister dans ce nouveau système. Il serait par conséquent nécessaire de construire une véritable politique d’amélioration de la pertinence des prescriptions et des actes jointe et d’harmonisation des pratiques, qui fait actuellement défaut, comme en témoignent en particulier les écarts mis en évidence dans l’Atlas des variations des pratiques médicales et ses prolongements ⁽¹⁾. La mise en place d’une sécurité sociale intégrale devrait donc être envisagée comme le catalyseur d’un ensemble de réformes dans le champ de la santé.

En second lieu, la fixation des tarifs des actes et la définition de leur niveau de prise en charge constitueraient sans doute l’un des enjeux les plus décisifs dans le cadre de la transition vers cette nouvelle architecture. À cet égard, le rapporteur Jérôme Guedj estime que le conventionnement avec les professionnels relevant du secteur 2 pourrait dans un premier temps être limité à ceux d’entre eux qui relèvent de l’option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et exercent à ce titre une partie de leur activité au tarif du secteur 1. Dans un second temps, un nouveau secteur unique pourrait être constitué dans le cadre d’un pacte global liant l’assurance maladie et les professionnels de santé, impliquant en particulier la révision de certains tarifs – en particulier ceux d’entre eux qui n’ont plus été revalorisés au cours de la période récente –, plus largement des modes de rémunération, et une graduation des soins dans des filières adaptées.

(1) Cf. Atlas des variations des pratiques médicales – recours à onze interventions chirurgicales, édition 2023, et plus généralement les travaux de l’Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur cette question, en particulier ceux de Mme Zeynep Or.

INTRODUCTION

Objet central de la solidarité – selon l'époque, de la charité – au sein d'une société organisée, la couverture collective des dépenses que la maladie entraîne chez un individu ou les membres de sa famille a pris au cours de l'histoire récente de notre pays une forme assurancielle, qui reflète l'évolution du visage du monde du travail et du rôle des pouvoirs publics.

La protection était d'abord privée et la construction d'une assurance maladie obligatoire (AMO) publique, d'ailleurs moins paritaire que d'autres branches de la sécurité sociale, a mené à repenser régulièrement le cadre d'intervention des acteurs concurrentiels.

Dans ce glissement progressif du barycentre de la protection maladie, depuis la prévoyance mutualiste volontaire vers l'adhésion de fait ou de droit obligatoire puis un système de solidarité nationale, trois *momenta* se distinguent, sans que l'on puisse jamais voir de substitution brutale de l'office de tel intervenant – les structures privées, l'État, les régimes – à celui de tel autre.

- Le premier va de la toute fin du XIX^e siècle à l'entre-deux-guerres.

Quand la III^e République s'installe, la couverture du risque de maladie repose presque seulement sur la prévoyance volontaire et sur les sociétés de secours mutuel : la loi du 1^{er} avril 1898 relative à ces dernières, prestigieusement surnommée **Charte de la mutualité**, dispose à son article 1^{er} qu'elles « *se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : assurer à leurs membres participants et à leurs familles des secours en cas de maladie, blessures ou infirmités, leur constituer des pensions de retraites, contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, pourvoir aux frais des funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, veuves ou orphelins des membres participants décédés* » et qu'elles « *peuvent, en outre, accessoirement, créer au profit de leurs membres des cours professionnels, des offices gratuits de placement et accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu ces trois ordres de dépenses au moyen de cotisations ou de recettes spéciales* ». L'intention tout à la fois sociale et libérale du législateur est évidente : la couverture est facultative, tandis que les organes qui la prestent ont une gestion démocratique.

Avec la montée des divergences entre le capital et le monde ouvrier – ainsi qu'à l'intérieur de ce dernier – et plus largement dans la conjoncture fragile qui suit le conflit que d'aucuns croyaient pourtant être « *la der des der* » et que perturbe plus encore la crise économique de 1929, l'exigence d'une protection obligatoire trouve une concrétisation avec les **lois des 5 avril 1928, 5 août 1929 et 30 avril 1930 sur les assurances sociales** – dont l'élégance et la clarté ne peuvent que servir de modèle aux auteurs contemporains de textes normatifs – réservées aux salariés de droit privé et sous condition de revenus. Le système s'appuie, pour sa gestion, sur un équilibre

entre des caisses primaires et les organes mutualistes. La première de ces trois lois pose le principe du ticket modérateur.

• Une deuxième étape est celle, amplement décrite par ailleurs à l'occasion de son anniversaire ⁽¹⁾, est la création de la sécurité sociale telle qu'on la connaît.

À la Libération, inspiré par des travaux du Conseil national de la Résistance, le ministre du travail **Alexandre Parodi** et le conseiller d'État **Pierre Laroque** ont voulu bâtir une institution de solidarité nationale universelle : à l'Assemblée consultative provisoire, le premier déclare que son projet est une « *relève de la mutualité par le syndicalisme* », car les nouvelles caisses devaient être administrées par les syndicats et le patronat – ce qui, en 2026, est plus ou moins vrai selon les branches et les régimes. L'**ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale** indique ainsi que la nouvelle organisation est « *destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent* ».

En ce qui concerne la maladie, ce texte ne revient pas à effacer les mutuelles : l'**ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité** et les **lois n° 47-60 du 19 mars 1947 sur l'organisation administrative de la sécurité sociale dans l'intérêt de la Mutualité française** et **n° 47-649 du 9 avril 1947 portant ratification du décret relatif à l'institution du régime de sécurité sociale des fonctionnaires, dites Morice**, leur retirent certes leur place dans la gestion de ce que de nos jours on appelle les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) ⁽²⁾, mais leur rôle propre de prévoyance et de couverture solidaire en complément des caisses primaires est pérennisé. Dans le même temps, les lois Morice interdisent aux caisses primaires d'assurance maladie de créer des complémentaires (sauf précisément dans le cas de l'Alsace et de la Moselle où les syndicats de salariés s'appuient administrativement sur les caisses du régime général pour gérer le système d'assurance maladie complémentaire publique et obligatoire).

(1) Un exemple parmi tant d'autres est le colloque organisé le 26 mars 2026 au Conseil d'État, dont les [actes](#) sont publiés sur le site de ce dernier.

(2) À une notable exception figurant toujours à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, dont les deuxième et troisième disposent que « les mutuelles ou groupements de mutuelles [...] sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des fonctionnaires et des anciens fonctionnaires de l'État, ne relevant pas de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, ainsi que de leurs ayants droit ; les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires ». Les I et II de l'article R. 160-26 du même code prévoient que « les opérations de gestion mises en œuvre par les mutuelles ou groupements de mutuelles [...] constitués pour la prise en charge des frais de santé des fonctionnaires civils de l'État et des magistrats [...], font l'objet d'une convention conclue entre ces mutuelles ou groupements de mutuelles et la Caisse nationale de l'assurance maladie [...] conclue pour la même période que la convention d'objectifs et de gestion qui est applicable à la Caisse nationale de l'assurance maladie ». Cependant, aux termes de son IV, « en cas d'absence de conclusion ou de reconduction de la convention [...], un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe les dispositions permettant la prise en charge des opérations de gestion par la Caisse nationale de l'assurance maladie ». Les rapporteurs ont pris connaissance par voie de presse du fait que le Gouvernement réfléchissait à retirer au monde mutualiste la gestion déléguée de l'assurance maladie obligatoire pour ses fonctionnaires. Ils estiment à tout le moins qu'à ce stade ce bouleversement ne serait pas étayé.

- Une troisième période, plus longue, trouve son unité dans l'essor d'une complémentaire santé plus réglementée, plus collective et plus obligatoire.

Alors qu'à côté des mutuelles, des prestations complémentaires de santé sont prestées par des compagnies d'assurance et institutions de prévoyance, la **loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (**dite « Évin »**) détermine le cadre d'ordre public des garanties collectives, notamment dans le champ de la maladie, de l'invalidité, de l'incapacité et du décès, et prescrit des règles d'information et de maintien des droits.

La **loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle** a ensuite voulu répondre au besoin d'accès aux soins des populations qui ne bénéficiaient pas d'une couverture professionnelle et pour qui le prix d'un contrat individuel était trop élevé : le texte prévoit un double mécanisme, de base (CMU) et complémentaire (CMU-C) ; cela deviendra la complémentaire santé solidaire (C2S) avec la **loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016**.

Ces toutes dernières années, enfin, ont donné lieu à la conclusion de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2023 et, pour ne mentionner ici que l'État, de l'accord interministériel du 26 janvier 2022 : assortis de la **loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi** et de l'**ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021** relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, ils imposent une prise en charge d'au moins 50 % des cotisations d'assurance maladie complémentaire (AMC) par l'employeur privé ou public, sur un panier minimal.

Au terme de ces évolutions, et sans que cela exonère la première de critiques ou retire ses mérites à la seconde, l'assurance maladie publique est singulièrement plus redistributive que les complémentaires santé.

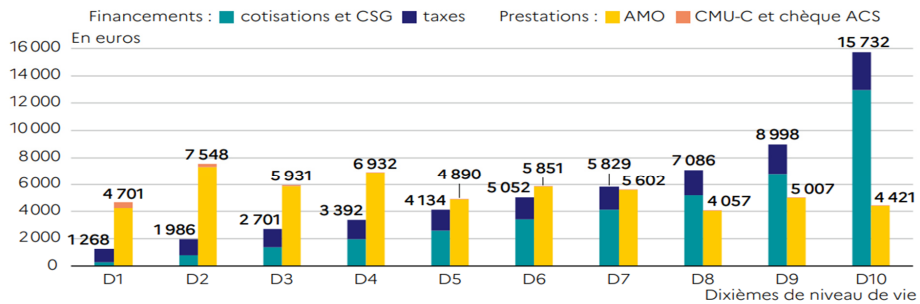
Il est ainsi régulièrement souligné que la France est le pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) où les ménages ont le plus bas reste à charge. Compte tenu des complexités inhérentes à toute comparaison internationale (définitions de la consommation de soins de santé et tout bonnement de la notion de ménage, etc.), selon les années, soit ce point extrêmement positif est tout à fait avéré, soit la France se place en troisième position, derrière le Luxembourg et la Croatie (pour une différence de l'ordre d'un demi-point de pourcentage au plus, de 9,7 % à 10,2 % en 2022).

Encore faut-il, pour éviter que cette donnée soit faussement comprise, préciser que malgré un usage large du terme il existe une différence entre le reste à charge après intervention de la seule AMO, d'environ 20 %, et le reste à charge après qu'à la fois l'AMO et l'AMC aient assumé leur part du remboursement, d'environ 10 % suivant la dépense courante de santé au sens international (DCSI) mais de moins de 8 % sur le périmètre statistique français plus usuel de la consommation de santé et de soins médicaux (CSBM).

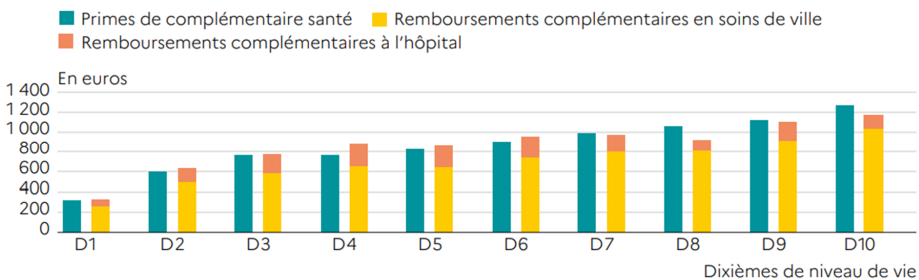
À cet égard, le rapporteur Jérôme Guedj tient à souligner dès la présente introduction que toute augmentation des sommes restant à la charge des assurés, avec ou sans bouclier sanitaire, entraîne, pour les titulaires de bas revenus – lorsqu’ils ne bénéficient pas de la C2S – un moindre recours aux soins dont aucune étude ne montre qu’il concerne les prescriptions et les actes dépourvus de justification médicale. De telles augmentations lui semblent au demeurant contradictoires avec l’objectif d’inciter les assurés à s’engager dans des actions de prévention et à ne pas attendre que leur situation s’aggrave pour recevoir les traitements les plus appropriés.

FINANCEMENTS ET PRESTATIONS DE L’ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE (haut) ET COMPLÉMENTAIRE (bas) SELON LE NIVEAU DE VIE EN 2019

(en euros)



ACS : aide au paiement d’une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSG : contribution sociale généralisée.



Source : direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, juillet 2024.

Outre cette forte redistributivité de l’AMO et à titre de relativisation des critiques de l’AMC pour ce qui concerne les « transferts de charges » de la première à la seconde, la sécurité sociale poursuit un mouvement régulier d’extension de ses prises en charge.

La Mutualité sociale agricole (MSA) a tenu à le souligner envers la Mecss : parcours pour l’obésité des enfants de 3 à 12 ans, absence de participation de l’assuré pour les transports sanitaires urgents préhospitaliers, hausse du plafond de séances du forfait de prévention chez le pédicure-podologue pour les patients diabétiques, contrats de frein des dépassements dans le secteur 2, dispense d’avance de frais ou gratuité pour les dépistages du virus de l’immunodéficience humaine, de plusieurs infections sexuellement transmissibles et des préservatifs pour les moins de 26 ans,

consultations longues pour les patients de plus de 85 ans et les femmes au moment de la ménopause, deux bilans annuels pour le syndrome « main-pied » dans le cadre de certaines chimiothérapies ou thérapies ciblées, bilans dans le champ bucco-dentaire pour les enfants, revalorisation du tarif et hausse du nombre de séances pour « Mon Soutien psy », renforcement majeur de la prise en charge des soins et dispositifs prescrits ayant un caractère spécifique au traitement du cancer du sein ou à ses suites, gratuité des produits de protection périodique réutilisables inscrits sur une liste pour les assurées de moins de 26 ans ⁽¹⁾, accompagnement préventif pour les patients chroniques, activité physique adaptée, etc. – tout cela pour les seules cinq dernières années ⁽²⁾.

Or, comme le dit le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) : *« les politiques publiques sont contradictoires : limiter la dépense publique [...] a pu conduire à des transferts [...] vers l'AMC, or dans le même temps l'acquisition d'une couverture complémentaire santé fait l'objet d'importantes aides publiques (exemption de cotisations sociales de la participation de l'employeur, exonération fiscale "Madelin", complémentaire santé solidaire) ; laisser au patient un reste à charge [était] censé limiter la consommation de soins, [mais] ont [été] multiplié les dispositifs visant à réduire le reste à charge (généralisation de la couverture complémentaire santé en entreprise puis extension à la fonction publique, définition des contrats responsables, 100 % santé) ; les préférences des individus pour consommer telle ou telle prestation peuvent différer, ce qui pourrait rendre légitime un espace de liberté laissé pour souscrire ou non à une garantie, [mais] les risques d'anti-sélection peuvent conduire à limiter cette faculté de choix : en pratique, avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise et son extension à la fonction publique, une majorité de la population est couverte dans un cadre obligatoire, sans avoir le choix de ne pas se couvrir ni la possibilité de choisir ses garanties ou son niveau de couverture »...* ce à quoi s'ajouterait un problème de « soutenabilité réglementaire », car *« l'encadrement législatif et réglementaire des complémentaires santé a atteint une telle densité et une telle complexité qu'il semble être arrivé au bout de sa logique »* ⁽³⁾.

*

* *

Compte tenu de ces considérations historiques et de la place déterminante qu'occupe la couverture contre les risques de la maladie dans notre système social, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) a voulu, dès les premiers mois de la XVII^e législature, mener une **évaluation « structurante »** de la répartition des dépenses entre la part

(1) Troisième chapitre du rapport n° 2875 de MM. Jérôme Guedj, Cyrille Isaac-Sibille et Sébastien Peytavie en conclusion d'auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2026.

(2) Réponses écrites de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au questionnaire des rapporteurs.

(3) Réponses écrites du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au questionnaire des rapporteurs.

obligatoire (AMO) – donc la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) – et la part complémentaire (AMC) de l’assurance maladie.

L’intérêt propre de ce thème, son ampleur, l’important effectif des experts qu’il convenait d’entendre, le renouvellement permanent de son actualité, mais aussi les chamboulements considérables de l’agenda des assemblées parlementaires du fait de l’instabilité politique et de l’encombrement de l’ordre du jour ont conduit à ce que le présent rapport soit publié à la fin du mois de septembre 2026, alors que la Mecss avait décidé d’engager son travail en décembre 2024.

Au cours de la période, ont pu se succéder comme rapporteurs :

- M. Jérôme Guedj, co-président de la Mecss ;
- M. Yannick Neuder, rapporteur général, puis, à compter de l’entrée de celui-ci au Gouvernement, M. Thibault Bazin, rapporteur général ;
- Mme Joëlle Mélin puis, à partir du moment où celle-ci s’est investie à titre principal dans ses fonctions de rapporteure de la commission d’enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale, M. Christophe Bentz puis M. Thierry Frappé.

L’articulation entre l’intervention publique de l’AMO et l’activité privée mais encadrée des organismes complémentaires d’assurance maladie (Ocam), certes, ne manque pas d’être éclairée de nombreuses publications administratives :

– tâche considérable que les rapporteurs saluent d’emblée, la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees) élabore au dernier trimestre de chaque année, conformément au 5° du I de l’article 12 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, un rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé ;

– ce dernier rapport annuel s’appuie sur les données que collecte l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), placée auprès de la Banque de France et présidée par son gouverneur ;

– saisie, précisément, par la commission des affaires sociales au milieu de la XV^e législature, la Cour des comptes jugeait « coûteux » et « en partie inégalitaire » le modèle dualiste français ⁽¹⁾ ;

(1) *Cour des comptes*, Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient, *communication à la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale*, 21 juillet 2021.

– la Drees publie aussi des études plus ponctuelles, parmi lesquelles on peut donner l'exemple de celle consacrée au printemps dernier au fait que les personnes sous le seuil de pauvreté restent plus longtemps sans complémentaire ⁽¹⁾ ;

– pour ne prendre ici qu'un exemple saillant, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a remis il y a plus de quatre ans un rapport analytique et prospectif faisant singulièrement référence (à telle enseigne que tout au long de leurs réflexions et jusque dans le plan du présent rapport, les rapporteurs de la Mecss se sont appuyés dessus) et suggérant quatre axes pour faire évoluer les relations entre l'AMO et l'AMC ⁽²⁾ ;

– une mission d'information du Sénat s'est intéressée, il y a environ deux ans, à l'effort que représente le paiement des cotisations, ce avant quoi elle a fait un portrait complet des « *deux mécanismes de solidarité différents* », des « *disparités [de reste à charge] selon le profil de soin et le profil des assurés* », des « *arguments des complémentaires [quant à] des pressions structurelles à la hausse sur leurs coûts, alourdies par des décisions politiques récentes* », qu'il convient de « *relativiser* », d'une « *urgence de renforcer la mutualisation* » et d'un « *défaut de lisibilité des offres* », ainsi que d'une « *gouvernance à revoir* » ⁽³⁾ ;

– l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) s'est souvent penchée sur la question et a encore en juin dernier présenté un rapport sur la protection sociale en entreprise (cf. *infra* dans le b du 4 du A du I), etc.

Tant s'en faut, la Mecss de l'Assemblée nationale n'a pas eu pour intention de refaire chacune de ces études ; les sous-sujets seraient en effet trop nombreux pour être susceptibles d'un traitement qui saurait éviter le double écueil de la superficialité et de l'illisibilité : régime général et autres régimes de base, organisation du marché et enjeux européens de solvabilité, affections de longue durée, médicaments, contrats individuels ou collectifs, liens avec la prévoyance, ville et hôpital, complémentaire santé solidaire (C2S) qui a remplacé les anciennes couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dépassements d'honoraires, fiscalité, lutte contre la fraude, etc.

Sur ce large spectre, la Mecss a cherché un équilibre :

– faire un état des lieux fidèle au droit existant et aux propos recueillis pendant les auditions ou à la faveur d'échanges écrits ;

– souligner des points positifs ou des difficultés ;

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, dossier n° 137, 1^{er} avril 2026.

(2) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire, 14 janvier 2022.

(3) Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français, rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, enregistré à la présidence du Sénat le 24 septembre 2024.

– mettre en avant des suggestions de réforme paraissant pertinentes, alors qu’approchent des échéances démocratiques très sensibles : l’examen des projets de budget de l’État et de la sécurité sociale pour 2027, la campagne précédant l’élection du Président de la République et probablement, dans l’immédiate foulée ou un peu plus tard, une dissolution de l’Assemblée nationale.

Les rapporteurs remercient donc les près de soixante personnes qui, représentant les caisses de sécurité sociale, les complémentaires, l’administration centrale ou bien invitées à raison de leur qualification propre, ont été reçues, ainsi que celles qui leur ont adressé des contributions d’une grande qualité.

Un rapport complémentaire remis concomitamment au Gouvernement

Hasard du calendrier – ou confirmation de l’actualité des travaux de la Mecss –, le rapport commandé par les ministres de l’économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, de la santé, des familles, de l’autonomie et des personnes handicapées et de l’action et des comptes publics sur « *l’articulation cohérente entre assurances maladie obligatoire et complémentaires* » (lettre de mission) leur a été présenté le 23 septembre 2026 par Mme Élisabeth Hubert, ancienne ministre, alors présidente de la Fédération nationale des établissements d’hospitalisation à domicile, et MM. Franck von Lennep, conseiller-maître à la Cour des comptes, ancien directeur de la sécurité sociale, Stéphane Junique, président du groupe mutualiste *Vjv*, et Nicolas Bouzou, économiste.

Ces quatre personnalités formulent, dans leur présentation de l’architecture en vigueur, des constats qui recoupent dans une large mesure les observations des rapporteurs. En revanche, tandis que les rapporteurs ont fait le choix de rendre compte des avantages et des inconvénients respectifs de plusieurs pistes de réforme sans les hiérarchiser, le rapport remis au Gouvernement écarte explicitement certains scénarios – soit l’augmentation des taux de remboursement de l’assurance maladie, le plafonnement des sommes restant à la charge des assurés par l’instauration d’un « bouclier tarifaire », ou encore la généralisation d’un modèle proche de celui du régime alsaco-mosellan – et propose un chemin qu’il qualifie de « *pragmatique et ambitieux* ». Parmi les recommandations qu’il comporte, figurent notamment : le renforcement du rôle de l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire (Unocam), dont les décisions pourraient éventuellement être rendues opposables à l’ensemble de ces organismes – qui seraient par ailleurs qualifiés d’organismes d’assurance santé (Odas) ; la mise en œuvre de « *transferts de responsabilité ciblés* » vers l’assurance maladie complémentaire, soit un décroisement partiel des prises en charge qui concernerait les remboursements afférents à l’optique, aux audioprothèses et au transport sanitaire ; le remplacement du contrat responsable par un « *contrat essentiel* » resserré sur un panier de soins régulièrement actualisé sur la base de la science ; la généralisation d’une couverture minimale de prévoyance pour l’ensemble des salariés ; le transfert d’une part des indemnités journalières pour congé maladie aux employeurs ; ou encore la fixation d’une part minimale du montant des cotisations collectées par ces organismes qui serait consacrée à des actions de prévention.

I. LA COMBINAISON DU MAINTIEN D'UN ESPACE CONCURRENTIEL ET DE L'ASSOCIATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AUX OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE A ENTRAÎNÉ LA CRÉATION D'UN SYSTÈME COMPLEXE ET À LA GESTION COÛTEUSE, EN LIMITANT LA PART DES DÉPENSES À LA CHARGE DES ASSURÉS

Dans une formule qui n'est pas sans rappeler le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale indique que *« toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé [...] »*.

Pour ne pas être intégrale, car des sommes – à ne pas négliger en valeur pour les intéressés mais faibles en volume, surtout si on compare la situation de la France à celle de ses voisins – restent assumées par les assurés, cette prise en charge est large et relève de trois catégories d'intervenants.

D'après une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) parue un an avant le présent rapport ⁽¹⁾, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) était financée, en 2024 :

- pour 78,7 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), laquelle forme l'essentiel de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), lesquels sont des administrations de sécurité sociale (Asso) ;

- pour 12,8 % par l'assurance maladie complémentaire (AMC), servie par des mutuelles, des compagnies d'assurance et des institutions de prévoyance, toutes personnes qui sont de droit privé ;

- pour 7,8 % par les ménages, ce qui fait de la France le pays européen dans lequel le reste à charge est le plus modéré ;

- pour 0,7 % par l'État, à raison de l'aide médicale de l'État (AME) et des frais du service de santé des armées (SSA).

L'articulation de l'AMO et de l'AMC poursuit plusieurs finalités :

- assurer la couverture de la plus grande partie de la population en limitant le reste à charge (RAC) des ménages ;

- maîtriser l'évolution des dépenses de santé ;

- contenir le coût de la couverture complémentaire pour les assurés tout en garantissant la solvabilité des acteurs de l'AMC.

(1) Drees, Les dépenses de santé en 2024, septembre 2025 (l'édition de 2026, avec des chiffres arrêtés en 2025, devrait être publiée quelques jours après l'adoption du présent rapport).

**PRISE EN CHARGE DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
SELON LES SECTEURS ET PAR FINANCEURS EN 2024**

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

	AMO	AMC	Ménages	État	Total
Soins hospitaliers	112,1	4,6	2,7	1,3	120,8
Soins de médecins et sages-femmes	16,5	4,0	2,1	0,1	22,7
Soins dentaires	4,7	6,4	2,0	0,0	13,2
Soins des auxiliaires médicaux	14,9	2,3	3,7	0,1	21,0
Soins en centre de santé	2,3	1,1	0,4	0,0	3,8
Laboratoires, transports et cures	14,0	2,1	0,9	0,1	17,0
Médicaments en ambulatoire	26,2	3,8	4,3	0,2	34,5
Dispositifs médicaux	9,7	8,2	3,8	0,0	21,7
Ensemble					
Valeur	200,5	32,5	20,0	1,8	254,8
Volume	78,7 %	12,8 %	7,8 %	0,7 %	100,0 %

Source : commission des affaires sociales d'après la Drees.

**La CSBM et la DCSI :
deux mesures des dépenses de santé distinctes des charges de la branche maladie**

Sans définition en droit, par exemple dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lolfss), la CSBM est un agrégat économique comprenant les soins hospitaliers (y compris les honoraires des médecins libéraux dans les établissements privés, ceux des externes dans les établissements publics et les dépenses liées aux produits inscrits sur la liste en sus) pour environ 47 %, les soins ambulatoires (en cabinet libéral, en centre de santé, en dispensaire, dans les laboratoires de biologie et d'imagerie ou pour les transports sanitaires) pour 31 % et les biens médicaux servis en ville pour 22 %. En 2024, la consommation de soins et de biens médicaux s'élevait à 254,8 milliards d'euros, en hausse de 4,8 %, pour représenter 8,7 % du produit intérieur brut (PIB) ou une moyenne de 3 723 euros par habitant. Il est possible d'ajouter à la CSBM les soins de longue durée, la prévention et la gestion des structures concernées, auquel cas l'on obtient une autre valeur statistique, toujours sans portée budgétaire mais permettant des comparaisons avec les membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : la dépense courante de santé au sens international (DCSI), laquelle atteignait 333 milliards d'euros en 2024, avec une hausse de 3,6 % et un poids de 11,4 % du PIB.

Source : commission des affaires sociales d'après la Drees.

**A. L'ASSOCIATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AUX
BUTS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
ET SES LIMITES**

De manière générale, la direction de la sécurité sociale (DSS) juge que « le système actuel présente de nombreux inconvénients ; [...] deux assureurs interviennent sur le même panier de soins, contribuant à démultiplier les actes et les coûts de gestion, alors que les comparaisons internationales et la théorie

économique enseignent qu'il est plus cohérent d'avoir un assureur unique » ⁽¹⁾. Tel est bien également le point de départ de la réflexion des rapporteurs.

1. La gouvernance d'un système dual

Compte tenu de la diversité des régimes, relative pour l'AMO et importante pour l'AMC, deux instances de coordination ont été mises en place : leur rôle, défini par les sections 1 et 2 du chapitre II *bis* du titre VIII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, est réel, même s'il demeure assez formel.

a. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour le régime général ⁽²⁾ et la Caisse nationale de mutualité sociale agricole (CCMSA) pour la branche maladie des régimes des salariés et des non-salariés agricoles forment l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Les articles L. 182-2 à L. 182-2-7 du code de la sécurité sociale disposent :

– qu'elle est un établissement public national à caractère administratif dont les ressources sont notamment constituées de contributions des deux caisses ;

– qu'elle est dotée :

* d'un conseil avec douze représentants de la Cnam, trois du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) et trois de la CCMSA, dont le président des trois structures qui en forment le bureau ;

* d'un collège réunissant le directeur général des deux caisses et d'un directeur général, qui est *ès qualités* celui de la Cnam ⁽³⁾ et dispose de deux voix, étant entendu que la gestion administrative de l'Uncam est assurée par la Cnam ;

– que, dans le respect des objectifs de la politique de santé et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), elle :

* négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, avenants, annexes, accords et contrats prévus pour les relations avec les professionnels de santé, centres de santé et établissements thermaux ;

* fournit son secrétariat au Haut Conseil des nomenclatures ;

(1) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

(2) Le Régime social des indépendants (RSI) et la couverture des étudiants été intégrés au régime général par, d'une part, l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et l'article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 et, d'autre part, l'article 11 de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants.

(3) La précision analogue concernant la présidence du conseil de l'Uncam par le président du conseil de la Cnam figure à l'article R. 182-2-2 du code de la sécurité sociale.

* fixe, après l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et en l'absence d'opposition du ministre chargé de la santé, la participation proportionnelle ou forfaitaire de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul d'une longue liste de prestations (couverture des frais de médecine générale et spéciale, de soins et de prothèses dentaires, d'appareillage, d'examens de biologie médicale, d'hospitalisation ou de passage aux urgences non suivi de séjour, d'accompagnement psychologique, d'interventions chirurgicales, des médicaments, produits contraceptifs, etc.) que l'on désigne comme le ticket modérateur et qui doit respecter des limites fixées par décret en Conseil d'État ;

* assure les relations de la branche maladie des Robs avec l'Unocam ;

* rend un avis motivé et public sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie et sur les projets de LFSS ;

* établit le référentiel, ensuite homologué par l'État, précisant le cadre de plusieurs actions de contrôle des dépenses et de lutte contre la fraude (*cf. infra* dans le 6 du présent A) ;

* signe avec l'autorité compétente de l'État un contrat intitulé « plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins », dont la validité est de deux ans et qui est décliné par région, dans le respect d'un contrat type défini par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Des détails sur la durée du mandat des membres du conseil de l'Unocam ou la compétence du directeur général en matière contentieuse et budgétaire sont données par plusieurs textes réglementaires, regroupés dans la partie idoine du même code.

b. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Selon l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) regroupe, sous la forme d'une association, des représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance, du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (Rlam ; *cf. infra*) et des entreprises d'assurance qui offrent des garanties de maladie ; le décret n° 2007-659 du 30 avril 2007 précise qu'il s'agit « *au moins de l'organisme professionnel le plus représentatif* » de chaque catégorie : ce sont la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), France Assureurs (anciennement Fédération française des sociétés d'assurance), la Fédération des institutions paritaires de protection sociale (Fips, anciennement Centre technique des institutions de prévoyance), la Fédération des institutions paritaires de protection sociale et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim), en plus donc de l'instance de gestion du Rlam.

L'Unocam est dotée d'un conseil et rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de LFSS (celui sur le PLFSS pour 2026 et la lettre rectificative dont il a ensuite été assorti était unanimement défavorable),

ainsi que sur les propositions de décisions relevant de l'Uncam en matière tarifaire – à la notable exception de la participation de l'assuré au prix des spécialités pharmaceutiques. Elle peut participer à la négociation et à la conclusion de certains accords, conventions ou avenants (avec les professionnels de santé, les transporteurs sanitaires, etc.). Elle prend part aux travaux du Comité économique des produits de santé (Ceps) pour la tarification des médicaments et dispositifs médicaux.

Dans son rapport annuel pour 2025, paru le 2 juillet 2026, l'Unocam indique par la voix de son président, par ailleurs président de la FNMF, que : *« chacun a déjà en tête les échéances démocratiques importantes qui sont devant nous [en 2027] ; alors que certains voudraient mettre à mal le modèle dual “à la française” [entre l']AMO [et l']AMC, nous devons continuer à faire de la pédagogie sur ce que nous sommes, organismes complémentaires santé [sic], et sur ce que nous apportons à nos assurés et au système de santé ; les complémentaires santé ne sont pas le problème, les organismes et leurs fédérations participent aux solutions ! »*.

L'Unocam est un interlocuteur des pouvoirs publics – son dernier rapport annuel évoque un *« dialogue constant mais difficile »* et son souhait de *« retrouver des conditions sereines et constructives »*.

Cependant, les administrations entendues par les rapporteurs ont indiqué que leur habitude tenait plutôt à des échanges directs avec les associations des familles de complémentaires.

Si, selon sa brochure de juillet 2024, l'Unocam se donne aussi pour mission de *« favoriser une meilleure information des assurés et leurs adhérents sur leurs contrats et leurs garanties »*, elle n'est pas un consortium ou un quelconque intervenant du jeu concurrentiel ⁽¹⁾.

Les deux unions (Uncam et Unocam) examinent ensemble leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé et déterminent annuellement leurs actions communes en matière de gestion du risque (*cf. infra* dans le 6 du présent A abordant la lutte contre la fraude).

(1) Pour ces raisons, la négociation prévue par le IV de l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 ne présente aux yeux des rapporteurs aucune contrariété aux règles européennes (article 101 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : « sont incompatibles avec le marché intérieur et interdits tous accords [explicites ou tacites] entre entreprises, toutes décisions d'associations d'entreprises et toutes pratiques concertées, qui sont susceptibles d'affecter le commerce entre États membres et qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché intérieur ») ou nationales (article L. 420-1 du code de commerce : « sont prohibées [...] lorsqu'elles ont pour objet ou peuvent avoir pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence sur un marché, les actions concertées, conventions, ententes expresses ou tacites ou coalitions, notamment lorsqu'elles tendent à : limiter l'accès au marché ou le libre exercice de la concurrence par d'autres entreprises [ou] faire obstacle à la fixation des prix par le libre jeu du marché en favorisant artificiellement leur hausse ou leur baisse [...] ») afférentes aux ententes illicites.

2. L'intégration des copaiements pour faciliter l'accès à certains soins ou dispositifs médicaux

Comme l'indique la Drees dans son étude de juillet 2024 susmentionnée, « l'assurance privée volontaire [en santé] est dite “duplicative” lorsqu'elle double la couverture de base et prend en charge des soins reçus dans le privé qui correspondent au souhait de l'assuré, soit d'avoir le choix de son professionnel de santé, soit d'éviter les files d'attente ; elle est dite “complémentaire” lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les copaiements laissés à la charge des assurés ; elle est dite “supplémentaire” lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base ». Une partie seulement des copaiements est assumée par l'AMC, mais des mesures de limitation du reste à charge des assurés ont été prises pour que l'intervention de l'AMO et de l'AMC dans des cas ciblés.

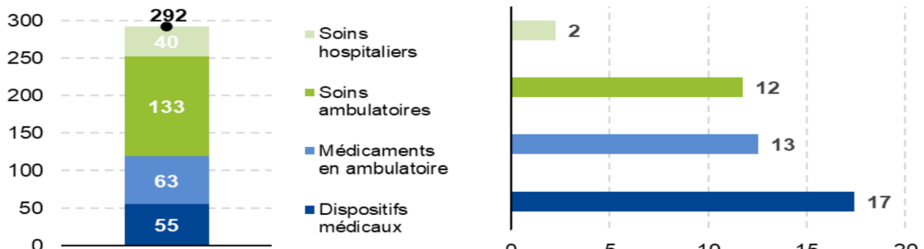
FONCTIONS DE L'ASSURANCE PRIVÉE VOLONTAIRE SELON LE MODE DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ – GRILLE DE COMPARAISON INTERNATIONALE

	Services nationaux de santé	Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques	Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés
Assurance duplicative	Remboursement de frais engagés auprès de fournisseurs de soins de santé privés (pour une prise en charge plus rapide, un meilleur confort, pour choisir un médecin traitant dans une autre zone géographique).		Prise en charge hors de la zone géographique de résidence.
Assurance complémentaire		Remboursement de frais médicaux en complément de ceux de l'assurance maladie (tickets modérateurs, dépassements d'honoraires...).	
Assurance supplémentaire	Participation à certains frais non intégralement couverts par le régime obligatoire (optique, dentaire...).	Remboursement de frais non couverts par le régime obligatoire (suppléments pour confort à l'hôpital, médecines alternatives, optique, dentaire...).	Remboursement de certains frais non couverts par le régime obligatoire (suppléments pour confort à l'hôpital, certains soins dentaires et optiques, notamment pour les adultes...).

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

MONTANT MOYEN DU RESTE À CHARGE (gauche) ET PART DANS LES FRAIS DE SANTÉ (droite) EN FRANCE EN 2024

(en euros ; en pourcentage)



Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (branche maladie) annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2025.

- Pour ce qui concerne la trésorerie des ménages, le levier du **tiers payant** est bien entendu la principale facilitation, puisqu'il s'agit d'une dispense d'avance de frais sur la part remboursée par l'AMO, voire sur celle prise en charge par l'AMO et par l'AMC : accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), soins pour un bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (C2S), honoraires à la faveur d'une hospitalisation dans un établissement conventionné, divers actes de prévention (dépistages notamment) ou liés à la grossesse ou à la contraception. Il ne paraît pas utile de revenir plus amplement sur ce mécanisme connu et dont la généralisation (au premier chef au panier du « 100 % santé » – *cf. infra*) est accompagnée par les pouvoirs publics, en contrepartie d'une garantie de paiement pour les professionnels et de contrôles.

- L'élément le plus saillant dans cette démarche de baisse des copaiements est la **réforme du « 100 % santé »**, parfois (plutôt au début de sa conduite) désignée « reste à charge zéro ».

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a modifié le cahier des charges des contrats dits responsables et solidaires (*cf. infra* dans le 3 du présent A) en prévoyant que, dans ces trois secteurs, un accès à des équipements de qualité sans reste à charge soit garanti.

Sont ainsi distingués :

- pour les lunettes de vue, un panier de classe A (depuis le 1^{er} janvier 2020) soumis à des prix limites de vente, avec une base de remboursement par la sécurité sociale revalorisée et une couverture intégrale du reliquat par les complémentaires, et un panier de classe B dont les tarifs sont libres et dont la prise en charge est variable suivant le contrat complémentaire ;

- pour l'audiologie (hors piles et accessoires), un panier de classe I (depuis le 1^{er} janvier 2021) plafonné à 950 euros et un panier de classe II, avec la même base de remboursement mais un plafonnement de la part de l'AMC dans le second cas ;

- pour les prothèses dentaires, une convention avec la profession ayant été signée en avril 2019, un premier panier intégralement couvert par les contrats responsables (bridges, couronnes et prothèses amovibles), un deuxième dans lequel les tarifs sont « maîtrisés » et un troisième dans lequel ils sont libres.

L'exploitant ou le distributeur au détail ont l'obligation de proposer à leur clientèle ou patientèle les équipements du 100 % santé dans le devis.

Les LFSS pour 2023 et 2024 ont engagé une extension du panier à certaines prothèses capillaires et véhicules de location pour personnes handicapées.

D'après le Sénat, « à n'en pas douter, le 100 % santé a été une réforme utile en ce qu'il a permis un net progrès de l'équipement en dentaire et en audiologie, et a garanti, dans ces deux secteurs, une diminution de 20 points du reste à charge

moyen pour les ménages ; pour autant, l'équilibre financier de la réforme pour les complémentaires santé, qui reposait sur des économies à réaliser en optique, a été compromis par ses résultats mitigés dans ce secteur, avec un faible taux de pénétration du panier 100 % santé ; l'Unocam estime que les prestations versées par les Ocam sur les trois postes du 100 % santé ont augmenté de 1,6 milliard d'euros dans les deux ans suivant le déploiement de la réforme ; le 100 % santé est donc déterminant dans l'augmentation récente des prestations versées par les complémentaires santé ; [...] pourtant, aucune mesure de mitigation du surcoût n'a été mise en œuvre, résultat d'un pilotage insuffisant » ⁽¹⁾. Les trois rapporteurs souscrivent à ces constats qui demeurent actuels.

Le Hcaam est d'avis que « la réforme du 100 % santé pousse à son terme la confusion entre les rôles de l'AMO et de l'AMC : en organisant un reste à charge zéro théorique sur les prestations du 100 % santé, alors même qu'on renforce le reste à charge sur des soins qui peuvent sembler plus essentiels (hausse des franchises et participations forfaitaires) ; en fixant des obligations de prise en charge sur des prestations qui relèvent davantage de la consommation que du soin (optique) ; en faisant financer par l'AMC une promesse politique d'accessibilité financière des soins, ce qui contribue à la confusion entre les rôles [...] » ⁽²⁾.

L'Unocam a publié, en janvier puis juillet 2022, deux baromètres sur l'effet de la réforme du « 100 % santé » envers les complémentaires : elle y fait état d'une croissance de 23 % des prestations versées par les Ocam entre 2019 et 2021, qui sont passées de 6,9 milliards d'euros à 8,5 milliards d'euros, sur les trois postes concernés, qui représentaient ainsi 27 % des leurs prestations en 2021.

La mission d'information sénatoriale a cependant trouvé « remarquable que les chiffres de l'Unocam pour 2021 s'éloignent de ceux calculés par la Drees, qui chiffre la dépense des Ocam à 4,3 milliards d'euros sur les prothèses dentaires, 5,1 milliards d'euros en optique et 750 millions d'euros en audiologie, soit un total de 10,1 milliards d'euros » ⁽³⁾.

Figurent ci-dessous les données de la Drees pour 2024.

(1) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

(2) Réponses écrites du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au questionnaire des rapporteurs.

(3) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

**RÉPARTITION DE LA PRISE EN CHARGE EN OPTIQUE MÉDICALE (haut),
EN AUDIOLOGIE (milieu) ET EN PROTHÈSES DENTAIRES (bas) EN 2024**

(en valeur ; en pourcentage)

	Total optique médicale		Panier A « 100 % santé »		Panier B « Tarif libre »		Lentilles correctrices	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en mil- lions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	345	4	293	63	47	1	5	1
État	1	0	1	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	5 642	68	169	37	4 788	69	685	80
Ménages	2 285	28	0	0	2 114	30	171	20
Total	8 273	100	463	100	6 949	100	861	100

	Ensemble		Classe I (100% santé)		Classe II (prix libres)		Autres	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	474	24,3	112	28,3	337	22,2	25	61,0
État	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Organismes complémentaires	989	50,7	284	71,7	695	45,9	10	24,4
Ménages	488	25,0	0	0,0	481	31,7	7	17,1
Total	1 952	100,0	396	100,0	1 515	100,0	41	100,0

	Total prothèses dentaires		Panier 100 % santé		Panier tarifs maîtrisés		Panier tarifs libres	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	1 280	19,6	694	22,8	410	20,0	176	12,2
État	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
Organismes complémentaires	4 495	68,7	2 351	77,2	1 042	50,7	1 097	76,0
Ménages	766	11,7	0	0,0	601	29,3	170	11,8
Ensemble	6 543	100,0	3 046	100,0	2 054	100,0	1 444	100,0

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2025.

3. Une réglementation des garanties adossée à une incitation fiscale : les contrats solidaires et responsables

Dans le but de favoriser l'affiliation une affiliation large et au coût modéré aux complémentaires santé, deux types d'offres bénéficient d'une réduction du taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA – cf. *infra* dans le 5 du présent A) dès lors qu'elles respectent des exigences minimales ⁽¹⁾.

• Les **contrats** d'assurance maladie complémentaire (AMC) **responsables** sont tenus de couvrir :

(1) Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

– l’intégralité du ticket modérateur sur les tarifs de prise en charge par l’assurance maladie obligatoire (AMO) pour l’ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermique ou d’homéopathie et les médicaments au service médical rendu (SMR) faible ou modéré, et le forfait journalier hospitalier ;

– tout le reste à charge sur le « 100 % santé » (*cf. supra* dans le 2) ;

– sous certains plafonds, les dépenses de soins elles-mêmes (en complément de la participation de l’assuré et naturellement de la part de base), sous des plafonds visant à maîtriser les pratiques tarifaires de certains professionnels de santé, ce qui revient à une solvabilisation pour les organismes payeurs (des exemples figurent *supra* dans le 2 du présent A pour l’optique et l’audition ou *infra* dans le 8 pour les dépassements d’honoraires).

À l’inverse, les contrats responsables doivent favoriser la responsabilisation des patients en encourageant le respect du parcours de soins coordonné et en excluant de leurs garanties les participations forfaitaires et franchises médicales.

● Les **contrats** sont qualifiés de **solidaires** lorsque l’organisme compétent ne recueille pas d’informations médicales auprès de l’assuré-client ou des personnes bénéficiant de sa couverture et que les tarifs ne dépendent pas de son état de santé.

● Les contrats à la fois **responsables et solidaires**, qui représentaient 96,5 % du marché en 2024, se voient appliquer un taux de TSA de 13,27 % (voire 6,27 % dans le champ agricole) contre 20,27 % : compte tenu de leur diffusion, il faudrait presque parler de taux majoré, sous forme de sanction, pour les complémentaires non solidaires et responsables, que de minoration pour ceux qui respectent le décret.

Il convient de noter – et de regretter – que la variation de ces taux est la seule manière pour les parlementaires d’intervenir sur les types de contrats des organismes complémentaires : les paramètres de l’impôt qu’est la TSA relèvent évidemment de la loi, mais tout le reste des caractéristiques des offres responsables et solidaire est de rang réglementaire (à supposer même qu’une accroche législative puisse se créer, elle serait cavalière en ce qui concerne la loi de financement de la sécurité sociale, car ces contrats ne règlent par construction que des dépenses tierces aux Robss).

● Les personnalités formant le Comité 3C⁽¹⁾ voient dans le contrat responsable un « *instrument puissant mais ayant été en partie dévoyé* » en perdant sa « *logique initiale de responsabilisation* ». Il conviendrait ainsi, d’après le comité, qu’une « *nouvelle génération* » d’offres sur des garanties réduites devienne un « *outil de gestion du risque chronique* » et de la prévention, la liberté des contrats individuels et collectifs ayant vocation à couvrir des risques extraréglementaires, contre des avantages sociaux et fiscaux, de sorte que les Ocam, de « *payeurs en second rang* », deviennent des « *co-investisseurs dans la santé* ». Ce modèle

(1) Le Comité 3C réunit trois experts (Mme Céline Blattner, Mme Josette Guéniau et M. Gilles Duthil) intervenant à titre personnel et à l’appui de leur expérience propre dans le débat public concernant l’avenir de l’assurance maladie ; il ne s’agit pas d’un organe de recherche ou d’une structure administrative.

demeurerait « *solidaire* » et serait « *neutre à court terme pour les comptes publics* » ⁽¹⁾.

PARTS DES TYPES DE CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE 2016 À 2024

(en pourcentage des cotisations)

Type de contrats	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Responsables et solidaires	94,8	95,3	95,1	95,4	95,5	95,7	96,0	96,4	96,5
<i>dont classiques</i>	91,5	92,4	92,3	92,5	92,5	92,8	93,1	93,6	93,7
<i>dont agricoles</i>	3,2	2,9	2,9	2,8	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8
Non responsables et solidaires	3,6	3,5	3,8	3,7	4,0	3,7	3,4	3,0	3,0
<i>dont classiques</i>	3,6	3,5	3,8	3,6	4,0	3,7	3,4	3,0	3,0
<i>dont agricoles</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Au 1er euro	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Relatifs au 1 de l'article 998 du CGI	1,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Source : Drees, décembre 2025.

4. La généralisation de la couverture complémentaire : une combinaison d'obligations juridiques, d'incitations socio-fiscales et de mécanismes de redistribution

Partant du principe que la protection la plus large de la population sur la part des frais de santé qui excède les taux ou forfaits de remboursement des tarifs de base revêtait un intérêt en termes de justice sociale et de qualité sanitaire, le législateur est venu organiser ou faciliter la souscription à une offre complémentaire.

Dans cet ensemble, la complémentaire santé solidaire (C2S) constitue un cas particulier : si ce dispositif complète les remboursements de l'assurance maladie de ses bénéficiaires et remplit à ce titre une fonction analogue à celle qu'ont les organismes complémentaires vis-à-vis de leurs assurés, ses conditions d'accès et ses modalités de financement lui confèrent le caractère d'un dispositif de solidarité : aux yeux du rapporteur Jérôme Guedj, la C2S peut donc déjà être lue comme une forme particulière d'élargissement de la sécurité sociale et de sortie du canon du partage des rôles entre l'AMO et l'AMC.

a. Une complémentaire publique : la complémentaire santé solidaire

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle avait mis en place non seulement cette protection de base, mais aussi un versant qui prenait le relai des remboursements de base, nommé couverture maladie

(1) Comité 3C, Contrat responsable nouvelle génération – Levier principal à actionner dans le cadre de la réforme du financement de la santé, 18 septembre 2026.

universelle complémentaire (CMU-C). Puis, pour les assurés dépassant l'éligibilité à la CMU-C mais demeurant modestes, l'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un crédit d'impôt – ensuite transformé en une dépense – servant d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

La CMU de base ayant été, à gros traits, intégrée à la protection universelle maladie (Puma) avec l'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, la dernière œuvre de simplification est la fusion de la CMU-C et de l'ACS dans la C2S, au moyen de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

La prise en charge spécifique des bénéficiaires de la C2S évite logiquement une certaine dépense aux organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), mais ces derniers la financent en partie : elle est doublement subventionnée.

i. Deux modes d'accès mais un panier de soins commun

La C2S offre :

- le tiers payant (pour 99,4 % des actes en juin 2024 d'après l'exécutif) ;
- une prise en charge du ticket modérateur pour les soins de ville et à l'hôpital, le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, les dépassements pour les soins prothétiques dentaires (sous des limites fixées par voie réglementaire), ce qui est mieux-disant que le « 100 % santé », et enfin le droit à ce dernier pour l'optique et les prothèses auditives :

- une exonération des participations forfaitaires et franchises médicales.

Cet ensemble de prestation est proposé à tous les membres du foyer :

- **gratuitement** (C2SG) aux bénéficiaires dont les ressources n'excèdent pas 10 421 euros par an pour une personne seule, au 1^{er} avril 2026 ;
- **avec une participation** (C2SP) à ceux ayant des ressources comprises entre ce dernier plafond et celui-ci majoré de 35 %, c'est-à-dire 14 069 euros.

Les ressources prises en compte sont celles perçues durant les douze mois précédant l'avant-dernier mois de celui où la demande est faite.

Des plafonds différents valent dans les départements ultramarins (la C2S n'est pas applicable aux îles Wallis et Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Saint-Pierre-et-Miquelon).

PLAFONDS DE RESSOURCES POUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

(en valeur absolue)

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel pour la C2S sans participation (gratuite)	Plafond annuel pour la C2S avec une participation (payante)
<i>France hexagonale</i>		
1 personne	10 421 euros	entre 10 421 et 14 069 euros
2 personnes	15 632 euros	entre 15 632 et 21 103 euros
3 personnes	18 758 euros	entre 18 758 et 25 324 euros
4 personnes	21 885 euros	entre 21 885 et 29 544 euros
Au-delà de 4 personnes	4 169 euros par personne	5 628 euros par personne
<i>Départements d'outre-mer</i>		
1 personne	11 599 euros	entre 15 599 et 16 659 euros
2 personnes	17 398 euros	entre 17 398 et 23 488 euros
3 personnes	20 878 euros	entre 20 878 et 28 185 euros
4 personnes	24 358 euros	entre 24 358 et 32 883 euros
Au-delà de 4 personnes	+ 4 640 euros par personne	+ 6 263 euros par personne

Source : commission des affaires sociales d'après l'arrêté du 20 mars 2026 et la Caisse nationale de l'assurance maladie.

La participation à la C2SP dépend de l'âge de chacun des bénéficiaires d'un foyer (au 1^{er} janvier) mais ne dépasse jamais un euro par jour, suivant une formule couramment employée. Elle peut être réduite en Alsace et en Moselle.

MONTANT INDIVIDUEL DE LA PARTICIPATION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE EN FRANCE HEXAGONALE (HORS ALSACE ET MOSELLE) ET ULTRAMARINE

(en valeur absolue)

Âge	Montant mensuel
Moins de 29 ans	8 euros
De 30 à 49 ans	14 euros
De 50 à 59 ans	21 euros
De 60 à 69 ans	25 euros
Plus de 70 ans	30 euros

Source : commission des affaires sociales d'après la Caisse nationale de l'assurance maladie.

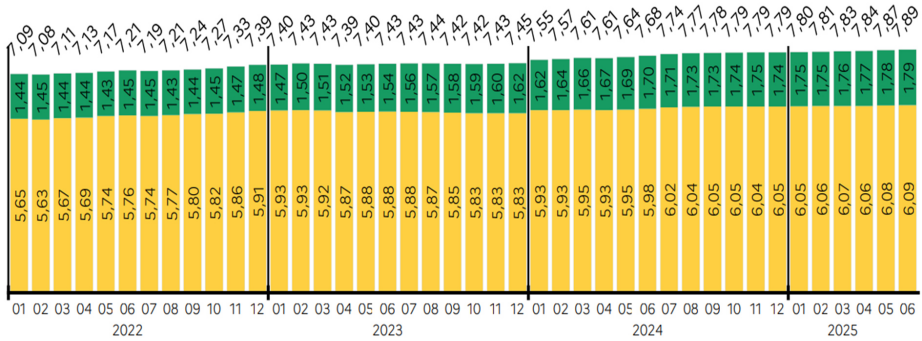
ii. Un effectif et un coût croissants

D'après le dernier rapport annuel du ministre chargé de la sécurité sociale relatif à la C2S, l'outil couvrait **7,9 millions de personnes** (ouvrants droit et ayants droit) en juin 2025, majoritairement à titre gratuit, pour **3,8 milliards d'euros**.

Les femmes sont majoritaires parmi les attributaires, à 53 % pour la C2S gratuite et à 57 % pour la C2S payante. Il est renvoyé au rapport annuel susmentionné pour des précisions sur la répartition par âge, par département, etc.

**ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DES BÉNÉFICIAIRES DE LA C2S GRATUITE (jaune)
ET PAYANTE (vert) DE 2022 À 2025**

(en millions)



Source : rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire pour 2025, janvier 2026.

À la fin 2024, le régime général ouvrait les droits à 97,1 % des bénéficiaires de la C2S gratuite, contre 2,6 % pour les deux régimes agricoles et le reliquat pour les régimes sociaux et les sections locales de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) ; la proportion était de 95,4 % pour le régime général et 3,8 % pour les régimes agricoles (même reste) concernant la C2S avec participation.

La hausse de l'effectif des bénéficiaires de la C2S est soutenue par un effort de lutte contre le non-recours : en 2021, dernière année où une telle *estimation* a été produite, à la connaissance des rapporteurs, à peine plus de la moitié des personnes éligibles demandaient la C2S (56 % au total en France hexagonale – 69 % pour la C2S gratuite et 34 % pour la C2S avec participation).

Il convient bien sûr de distinguer le non-recours tenant à ce que l'offre est mal connue ou n'est pas sollicitée, mais l'État et l'assurance maladie conduisent des actions de communication et de simplification des démarches :

- expérimentation « territoires zéro non-recours » ⁽¹⁾ ;
- ouverture automatique de la C2S gratuite aux allocataires du revenu de solidarité active (RSA), sauf opposition ⁽²⁾ ;
- présomption de droit à la C2S payante aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ⁽³⁾, de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à la condition, dans ce dernier cas, de vivre seul sans enfant à charge, de ne pas avoir exercé

(1) Article 133 de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

(2) a du 4° du I de l'article 88 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

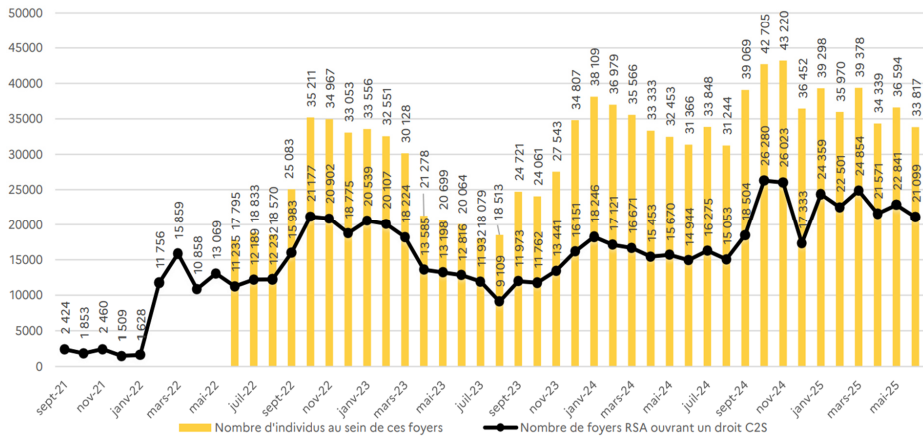
(3) b du 4° du même I.

d'activité au cours des trois mois précédent la demande et de percevoir cette aide soit à taux plein soit en sus d'une pension d'invalidité ou de retraite ou d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ⁽¹⁾ ;

– prises de contact envers les étudiants et retraités, etc.

NOMBRE DE DEMANDES DE C2S ISSUES DU TÉLÉSERVICE DU RSA DE 2021 À 2025

(en valeur absolue)



Source : rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire pour 2025, janvier 2026.

Ainsi, le coût du dispositif a augmenté de 21,74 % entre 2021 et 2024, étant entendu que 96,6 % des engagements sont le fait du réseau de la Cnam, contre à peine 0,6 % pour les complémentaires (en baisse). Il approche les 4 milliards d'euros.

Ces dépenses sont retracées dans un fonds géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) ; elles sont financées par l'affectation d'une partie de la **taxe de solidarité additionnelle (TSA)** (cf. *infra* dans le a du 5 du présent A), ainsi que par les participations financières des assurés (363 millions d'euros en 2024).

Outre un effet de base (effectif et prix), deux facteurs expliquent la hausse des dépenses :

– le passage de 30 % à 40 % de la part représentative du ticket modérateur pour les soins dentaires (pour les assurés n'ayant pas la C2S, ce mouvement a été un transfert de l'AMO vers l'AMC) ⁽²⁾ ;

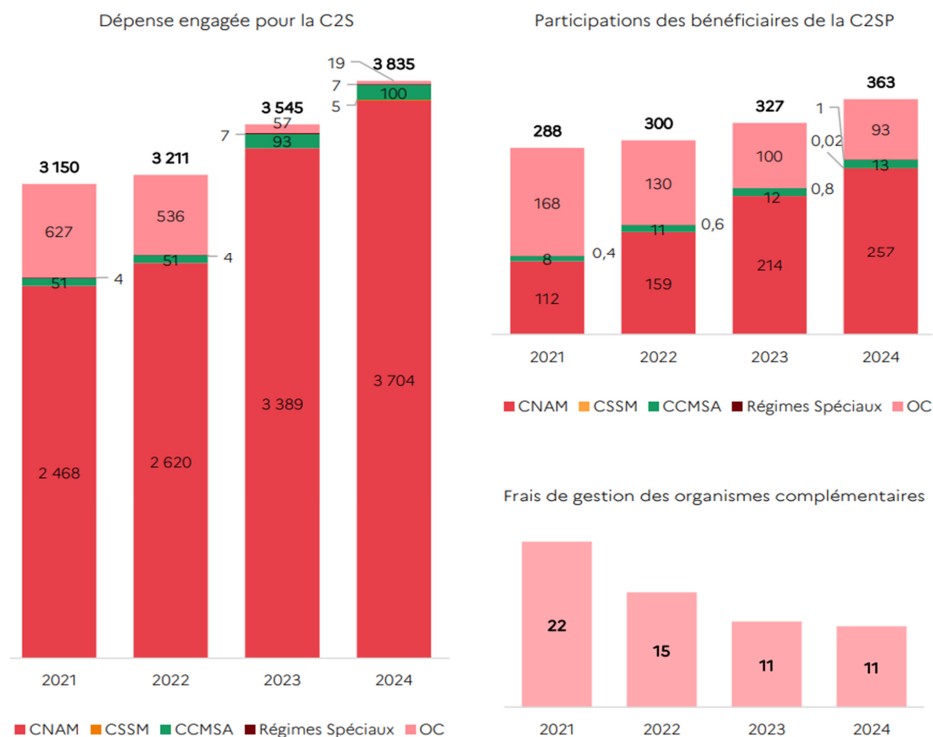
– dans le même secteur, l'application de la nouvelle convention pour 2023 à 2028, avec la revalorisation d'un certain nombre d'actes curatifs et un alignement progressif des plafonds de la C2S sur ceux retenus pour le « 100 % santé ».

(1) 1 de l'article 45 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Décret n° 2023-701 du 31 juillet 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires.

DÉPENSE ENGAGÉE ET MONTANTS REÇUS POUR LA C2S DE 2021 À 2024, Y COMPRIS À MAYOTTE (CSSM)

(en millions d'euros)



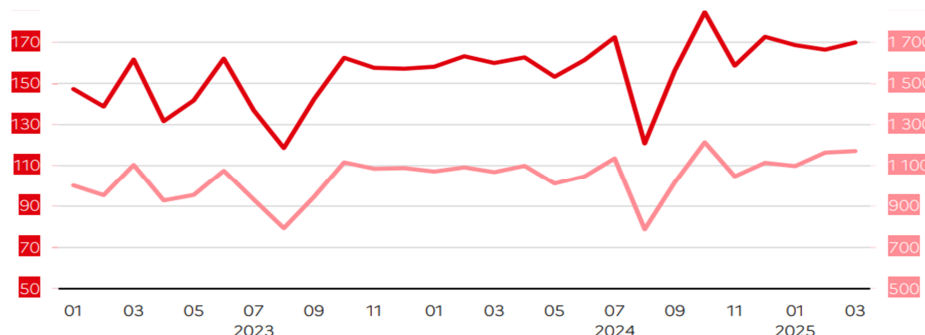
Source : rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire pour 2025, janvier 2026.

Des frais de gestion sont versés aux complémentaires gérant la C2S, à raison de 7,50 euros par trimestre et par bénéficiaire, mais l'essentiel de la gestion est dans les faits assumée par les caisses d'assurance maladie obligatoire (cf. *infra*).

Parmi les postes de dépense figure naturellement la prise en charge du ticket modérateur et les rapporteurs notent que, d'après la Cnam, cette charge « *suit des mouvements similaires qu'il s'agisse des bénéficiaires de la C2S ou de l'ensemble des ressortissants du régime général hors C2S ; cette similitude tendrait à confirmer qu'il n'y a pas de surconsommation de soins de la part des bénéficiaires de la C2S* ».

**MONTANTS DE LA DÉPENSE – SOINS DE VILLE – AU TITRE DU TICKET MODÉRATEUR
POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA C2S (gauche – courbe foncée)
ET L'ENSEMBLE DES RESSORTISSANTS DU RÉGIME GÉNÉRAL HORS C2S (droite – courbe claire)**

(en millions d'euros)



Source : rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire pour 2025, janvier 2026.

iii. Une gestion relevant surtout de la branche maladie

Au choix du bénéficiaire, la complémentaire santé solidaire est prestée par sa caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), sa caisse locale de Mutualité sociale agricole, son régime spécial le cas échéant ou bien par l'une des 74 complémentaires inscrites sur une liste ; la modalité retenue n'emporte pas de conséquence sur les garanties mais, à l'expiration du droit à la C2S, l'assuré qui avait décidé de se faire accompagner par un Ocam peut prétendre à un contrat dit de sortie, lequel lui offre pendant un an une protection similaire à celle de la C2S, pour un tarif encadré et plus avantageux qu'un contrat privé classique.

Selon le dernier rapport annuel sur la C2S, **les caisses d'AMO (régime général et MSA) gèrent 91 % des bénéficiaires de la C2S** (95 % des bénéficiaires de la C2S gratuite et 78 % des bénéficiaires de la C2S participative), les 9 % restants sont gérés à 96 % par des mutuelles et le reliquat par des assurances (aucun institut de prévoyance). Pour la DSS, cette double gestion a un avantage sur le plan de la « continuité », mais la gestion par les caisses lui apparaît « *d'avantage mutualisée et susceptible de bénéficier d'économies d'échelle* » ⁽¹⁾.

(1) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

**STATISTIQUES RELATIVES À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE POUR LES
RESSORTISSANTS DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (FRANCE HEXAGONALE)**

	Non-salariés agricoles					Salariés agricoles				
	déc.-21	déc.-22	déc.-23	déc.-24	sept.-25	déc.-21	déc.-22	déc.-23	déc.-24	sept.-25
Effectifs										
C2S gratuite	25,000	26,017	26,421	31,802	32,472	114,338	111,619	109,160	114,798	111,404
dont gestion MSA	20,028	22,802	23,748	28,479	29,290	106,218	106,533	104,930	110,455	107,569
dont gestion OC	4,972	3,215	2,673	3,323	3,182	8,120	5,086	4,230	4,343	3,835
C2S avec participation	14,488	13,849	12,887	12,355	11,676	41,900	44,048	48,132	50,531	51,832
dont gestion MSA	6,262	9,064	9,314	9,318	8,994	26,149	34,237	39,490	42,572	44,323
dont gestion OC	8,226	4,785	3,573	3,037	2,682	15,751	9,811	8,642	7,959	7,509
TOTAL	39,488	39,866	39,308	44,157	44,148	156,238	155,667	157,292	165,329	163,236
dont gestion MSA	26,290	31,866	33,062	37,797	38,284	132,367	140,770	144,420	153,027	151,892
dont gestion OC	13,198	8,000	6,246	6,360	5,864	23,871	14,897	12,872	12,302	11,344

Source : réponses écrites de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au questionnaire des rapporteurs.

b. L'intensification de la couverture collective : l'accord national interprofessionnel et son élargissement au secteur public

Jusqu'à il y a une dizaine d'années, la proposition d'une couverture maladie complémentaire à leurs agents était pour les employeurs une simple faculté.

i. Dans les entreprises

Une rupture importante est intervenue avec l'article 1^{er} de l'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, qui a ouvert la voie à des « *négociations [...] en vue de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas encore d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé au niveau de leur branche ou de leur entreprise, d'accéder à une telle couverture* ».

Cet accord a été transposé dans diverses dispositions codifiées ou non de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, laquelle a prévu que les garanties et la part de financement par l'employeur soient au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que des frais dentaires et d'optique sous certains plafonds – ce panier a été précisé par voie réglementaire ⁽¹⁾ – et participation d'au moins 50 % de l'entreprise) et que les contrats s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016. En sus de ce socle, les entreprises peuvent souscrire des options surcomplémentaires, parfois qualifiées de renforts.

(1) Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

Le juge constitutionnel a néanmoins estimé que les dispositions qui entendaient permettre qu'un accord de branche désigne un organisme de prévoyance pour l'ensemble des entreprises de la branche et, que cette désignation s'impose aux entreprises de la branche bénéficiant déjà d'une complémentaire santé portaient une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle ⁽¹⁾.

Ces « clauses de désignation », courantes avant 2013, ont été remplacées par des « clauses de recommandation » – si les garanties collectives présentent un degré élevé de solidarité, le choix du ou des organismes recommandés doit être précédé d'une procédure de mise en concurrence au niveau de la branche, puis les organismes désignés doivent accepter les entreprises de la branche qui voudraient recourir à leur offre, même si dans l'autre sens chaque entreprise est libre de son choix.

Il s'agit d'une **couverture collective à adhésion en principe obligatoire** : des dispenses existent : salariés et apprentis en contrat à durée déterminée (CDD) qui justifient d'une couverture individuelle, salariés et apprentis en contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au contrat collectif les conduirait à s'acquitter d'une cotisation excédant 10 % de leur salaire brut, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et salariés couverts par ailleurs (comme ayants droit, affilié à un régime spécial, etc.). Pour les salariés ayant un contrat court ou une faible quotité travaillée, l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 donne la faculté de substituer au contrat collectif un versement d'une somme représentative.

Les salariés liquidant leur pension et leurs ayants droit peuvent bénéficier de la portabilité des garanties collectives dont ils jouissaient comme salarié, mais cette voie de portabilité s'accompagne d'un surcoût puisque les assurés ne sont plus aidés par la participation de leur ancien employeur : les tarifs sont certes plafonnés pendant trois ans (équivalence la première année, puis majoration limitée à 25 % la deuxième et à 50 % la troisième), mais ils deviennent libres lors de la quatrième année.

Ainsi qu'il sera indiqué avec plus de détail dans les développements relatifs à la structuration du marché (*cf. infra* dans le B du présent I), la Drees indique qu'en 2024, « *le chiffre d'affaires des mutuelles – qui représentent 47 % du marché – provient majoritairement des contrats individuels, souscrits notamment par des agents publics et des personnes retraitées ; les institutions de prévoyance (17 % du marché) sont spécialisées dans les contrats collectifs, et détiennent par conséquent un portefeuille composé très largement de contrats souscrits par des personnes en âge d'être actives ; les entreprises d'assurance (36 % du marché) ont*

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, Loi relative à la sécurisation de l'emploi, cons. 2 à 14.

une activité assez semblable sur les marchés individuel et collectif, mais la part de la santé dans leur chiffre d'affaires reste très minoritaire »⁽¹⁾.

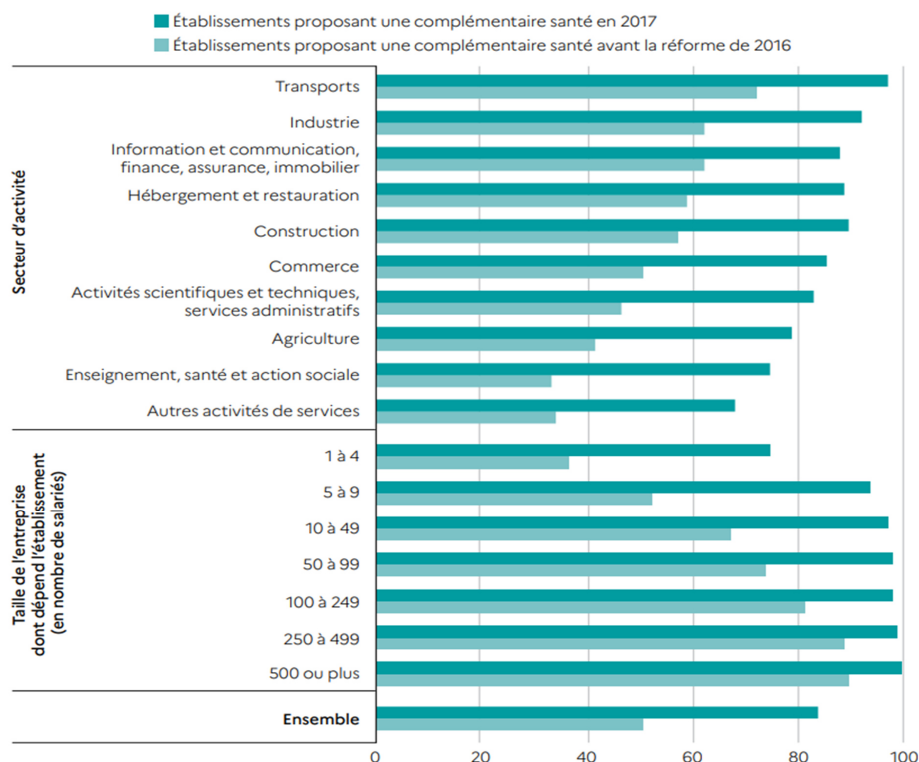
Dès 2017, toujours selon la Drees, **84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés du secteur privé**, proposaient une complémentaire santé, contre une entreprise sur deux pour 74 % des salariés avant la réforme. Au bout de deux ans, c'est chez les ouvriers non qualifiés (+ 34 points) et des salariés les moins bien rémunérés (+ 37 points). Mais, à tout le moins en 2022, *« les contrats socle mis en place par les employeurs [...] ont été plus généreux, en termes de garanties, que ne l'impose le minimum légal, tout en étant moins couvrants que les contrats d'entreprise qui préexistaient »*.

D'un point de vue macroéconomique, il n'est guère douteux que les assurés sont gagnants, puisque les entreprises et leurs branches ont un pouvoir de négociation bien supérieur. Par ailleurs, la part salariale des cotisations versées aux Ocam pour des contrats collectifs obligatoires est partiellement déductible du revenu imposable (1^{er} quater de l'article 83 du code général des impôts). La participation de l'employeur dépasse en moyenne le minimum légal, pour atteindre 59 % à 91 %, malgré des disparités en valeur par rapport à l'effectif.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires et garanties, 10 juillet 2024.

PART D'ÉTABLISSEMENTS PROPOSANT UNE COMPLÉMENTAIRE À LEURS SALARIÉS

(en pourcentage)



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

Le congé supplémentaire de naissance : un effet de bord imprévu

L'article 99 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, applicable pour les enfants nés ou adoptés à partir du 1^{er} janvier 2026, a créé un congé supplémentaire de naissance. Le troisième alinéa de l'article L. 1225-46-2 du code du travail dispose que ce congé « entraîne la suspension du contrat de travail » ce qui, en principe – la question ne se pose et n'est apparue dans le débat public spécialisé qu'au cours de l'été 2026 –, prive à titre temporaire le salarié prenant un tel congé de la protection complémentaire en santé que finance son employeur.

Les rapporteurs préconisent qu'une solution à ce problème soit trouvée dans les plus brefs délais : une précision dans le *Bulletin officiel de la sécurité sociale* pourrait déjà clarifier le droit existant. Dans l'attente ou en l'absence de telles modifications, deux options semblent se présenter : que le (futur) bénéficiaire du congé sollicite de l'organisme complémentaire le maintien de sa couverture en contrepartie d'un paiement individuel intégral de la cotisation ou que son employeur, faisant le choix de la simplicité et de la stabilité des exonérations sociales (*cf. infra*), s'inspire du régime du congé prévu au 3° de l'article L. 3142-1 du même code, pendant lequel la complémentaire est préservée (mais au motif que l'est aussi le salaire et que la période est plus brève).

ii. Au sein de l'État, des collectivités territoriales et, à terme, des hôpitaux

Le déploiement dans le secteur public de la même obligation de participation de l'employeur à la complémentaire santé aura pris une dizaine d'années.

● L'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a habilité le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance des dispositions pour redéfinir la participation des employeurs au financement des garanties de protection sociale complémentaire des agents publics ⁽¹⁾ :

– fonctionnaires civils, y compris dans les services et établissements publics à caractère industriel ou commercial (Epic) ;

– contractuels des administrations de l'État, des autorités administratives indépendantes (AAI) et publiques indépendantes (API) et des établissements publics de l'État ;

– contractuels des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des établissements publics locaux accueillant des personnes âgées ou relevant des services départementaux de l'aide à l'enfance, prenant en charge des personnes handicapées ou des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ou des demandeurs d'asile (dès lors qu'ils ne sont pas dotés de la personnalité morale et qu'ils sont gérés par des personnes morales de droit public autres que l'État et ses établissements) ;

– contractuels des établissements publics de santé, du centre d'accueil et de soins hospitaliers de la ville de Paris (situé à Nanterre) et des groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux.

Dans les services et les établissements publics à caractère industriel ou commercial, il ne s'applique qu'aux agents qui ont la qualité de fonctionnaire.

Les conditions d'adhésion ou de souscription de ces agents, pour favoriser leur couverture complémentaire, ont été renvoyées à la négociation collective.

Antérieurement, les employeurs, notamment de l'État, pouvaient proposer des contrats dit référencés, sans participation spécifique.

Sur le fondement précité, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ⁽²⁾ est venue imposer aux employeurs de la fonction publique de financer pour au moins 50 % les contrats couvrant les garanties de santé définies au II, précité, de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (panier de soins minimal : ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, certains frais dentaires et d'optique, etc.).

(1) Ancien article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – entre-temps codifié aux articles L. 1 et L. 2 du code général de la fonction publique.

(2) Articles L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

● En ce qui concerne la **fonction publique d'État**, un accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident a été conclu le 26 janvier 2022. Il prévoit une participation de 50 % et précise le panier de soins ⁽¹⁾. De façon provisoire, un remboursement de 15 euros a été attribué à compter du début de 2022 aux agents à raison de l'acquittement par eux de cotisations complémentaires, dans l'attente de la conclusion de contrats collectifs. Cinq employeurs ont pu faire entrer en application un contrat de complémentaire santé en janvier 2025. Au 1^{er} octobre 2025, environ 13,5 % des agents de la fonction publique d'État étaient éligibles à un contrat de protection complémentaire en santé ; au 1^{er} janvier 2026, le taux était passé à 30 % ; au 1^{er} mai 2026, il était de quasiment 100 %.

Dans le champ de la prévoyance, l'accord interministériel 20 octobre 2023 prévoit une participation de l'employeur pour 7 euros par mois et par agent : là aussi, les contrats ont commencé à prendre effet en 2025 et les derniers devraient le faire dans le courant de l'année en cours ou au plus tard en 2027. Le cas des ministères économiques et financiers est particulier : ils présentaient avant la réforme un taux d'adhésion à un contrat référencé supérieur à 70 % et il est apparu que la stricte mise en œuvre de l'accord interministériel dégraderait la situation de leurs agents, à cause de tarifs plus élevés, de sorte qu'un accord ministériel du 21 juin 2024 et un avenant du 19 février 2025 ont prévu que l'adhésion soit obligatoire (comme pour la santé).

Chaque employeur a mené sa propre négociation et passé son propre appel d'offres ⁽²⁾ pour choisir un organisme complémentaire, avec un accompagnement par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) qui a elle-même passé un marché interministériel de prestations en actuariat et relu puis validé chaque mandat de négociation : les principaux critères ont été la qualité de la gestion des contrats et des services, la tarification des prestations, leur maîtrise financière, la diversité et la qualité des actions de prévention et d'action sociale, ainsi que la qualité des canaux de communication avec les usagers et celle des espaces personnels, les processus d'affiliation et les moyens informatiques et humains.

Au moment de la passation des marchés, cette direction et celles du budget, du Trésor et des achats de l'État ont animé une cellule supplémentaire. Dans le même temps, la DGAFP, la direction générale des finances publiques (DGFIP) et le centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines (Cisirh) ont prêté leur assistance aux ministères pour le chantier de l'évolution des systèmes d'information (paie, etc.).

(1) Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État ; décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'État ; arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

(2) La décision initiale de recourir à la forme du marché à procédure adaptée (Mapa) s'est révélée inadaptée : les employeurs ont ainsi suivi une procédure avec négociation ; pour la plupart, ils ont constitué deux lots (santé et prévoyance), mais des marchés distincts ont aussi pu être lancés.

À cette comitologie s’ajoutent des réunions de suivi avec les organisations syndicales signataires : l’accord interministériel sur la santé a été signé à l’unanimité, mais celui sur la prévoyance n’a pas recueilli l’accord de Force ouvrière (FO).

**DATE DE DÉBUT DE VALIDITÉ DES CONTRATS COLLECTIFS
DE SANTÉ (haut) ET PRÉVOYANCE (bas) DANS LA FONCTION PUBLIQUE D’ÉTAT**

Caisse des dépôts et des consignations	01/01/2025
Ministère de l'agriculture	01/01/2025
Ministère des armées (Fonctionnaires civils et militaires)	01/01/2025
Ministère de l'écologie et du logement	01/01/2025
Services Premier ministre	01/01/2025
Conseil d'État	01/05/2025
Ministère de la culture	01/10/2025
Ministère de la justice	01/10/2025
Ministère de l'intérieur	01/01/2026
Ministère des affaires étrangères et européennes	01/01/2026
Ministères des affaires sociales, de la santé et du travail	01/01/2026
Ministères financiers	01/01/2026
Direction générale de l'aviation civile	01/05/2026
Ministère de l'éducation nationale	01/05/2026
Cour des comptes	2026

Caisse des dépôts et des consignations	01/01/2025
Ministère de l'agriculture	01/01/2025
Ministère de l'écologie et du logement	01/01/2025
Services Premier ministre	01/01/2025
Conseil d'État	01/05/2025
Ministère de la culture	01/10/2025
Ministère de la justice	01/10/2025
Ministère des armées (Fonctionnaires civils et militaires)	01/01/2026
Ministère des affaires étrangères et européennes	01/01/2026
Ministères des affaires sociales, de la santé et du travail	01/01/2026
Ministères financiers	01/01/2026
Ministère de l'éducation nationale	01/05/2026
Direction générale de l'aviation civile	01/05/2026
Cour des comptes	2026
Ministère de l'intérieur	2026

Source : site internet de la direction générale de l’administration et de la fonction publique.

Des caractéristiques des contrats (santé), on peut dire :

- qu’un seul a été signé avec une institution de prévoyance ;
- que tous respectent le cahier des charges des contrats solidaires et responsables, sauf ceux souscrits pour les agents affectés à l’étranger, pour qui certaines règles de remboursement n’auraient pas été adaptées ;
- que les contrats signés avec le ministère de l’éducation nationale couvrent 69,9 % des agents.

**DURÉE (haut) ET CARACTÉRISTIQUES (bas) DES CONTRATS COLLECTIFS DE SANTÉ
DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT EN AVRIL 2026**

(en années ; en pourcentage)

Ministère de l'agriculture	4 ans fermes + 2 fois 1 an
Ministère des armées (civils)	3 ans fermes + 3 fois 1 an
Ministère de l'écologie	1 an ferme + 5 fois 1 an
Services du premier ministre	2 ans fermes + 4 fois 1 an
Caisse des dépôts et consignations	6 ans
Conseil d'Etat	4 ans fermes + 2 fois 1 an
Ministère de la culture	4 ans fermes + 2 fois 1 an
Ministère de la justice	3 ans fermes + 3 fois 1 an
Ministère des affaires sociales	4 ans fermes + 2 fois 1 an
Ministère de l'Europe et des affaires étrangères	<i>n. c.</i>
Ministères financiers	2 ans fermes + 4 fois 1 an
Ministère de l'intérieur	4 ans fermes + 2 fois 1 an
Ministère de l'éducation nationale	3 ans et 8 mois fermes + 2 fois 1 an
Cour des comptes	<i>n. c.</i>
Direction générale de l'aviation civile	1 an et 8 mois fermes + 4 fois 1 an

EMPLOYEURS	OC	Type d'OC	Répartition (agents)	Répartition (cotisations)
Ministère de l'agriculture	Groupama, Crédit Agricole Assurances et Agrica	Assurance et institution de prévoyance	2 %	2,1 %
Ministère des armées (civils)	Groupement Defenseo (Klésia Mut, Harmonie mut et AGPM)	Mutuelles	3,1 %	3 %
Ministère de l'écologie	Alan	Assurance	2,4 %	2,4 %
Services du Premier ministre	Alan	Assurance	0,2 %	0,2 %
Caisse des dépôts et consignations	CNP assurances et Mutuelle Générale	Assurance et mutuelle	0,2 %	0,1 %
Conseil d'État	Mutuelle Intérieure	Mutuelle	0,1 %	0,1 %
Ministère de la culture	MGEN	Mutuelle	1 %	1 %
Ministère de la justice	Intérieure et Axa	Mutuelle et assurance	4,3 %	4,4 %
Ministère des affaires sociales	MGEN, MGAS, MNH et Relyens	Mutuelles	1 %	1 %
Ministère de l'Europe et des affaires étrangères	MGEN et MAEE	Mutuelles	0,4 %	0,4 %
Ministères financiers	Alan	Assurance	6 %	5,7 %
Ministère de l'intérieur	MGEN et MGP	Mutuelles	8,7 %	7,3 %
Ministère de l'éducation nationale	MGEN et CNP assurances	Mutuelle et assurance	69,9 %	71,9 %
Cour des comptes	Alan	Assurance	0,1 %	0,1 %
Direction générale de l'aviation civile	Alan	Assurance	0,5 %	0,5 %

Note : la répartition par co-réassureurs d'un même contrat n'est pas connue.

Source : réponses écrites de la direction générale de l'administration et de la fonction publique.

Pour le seul exercice avec une application de la réforme ⁽¹⁾, le coût a été de 76,3 millions d’euros mais l’ordre de grandeur serait de 890,7 millions d’euros en année pleine (sur la participation de l’employeur aux garanties de socle).

EFFORT BUDÉGAIRE POUR LA PARTICIPATION AUX CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DANS LA FONCTION PUBLIQUE D’ÉTAT

(en euros)

EMPLOYEURS	Coût année 2025 <i>Taux d'adhésion au 01/10/25 x Nombre de mois du contrat</i>	Coût année pleine <i>Hypothèse adhésion 90 %</i>
Ministère de l’agriculture	16 275 188 €	18 327 446 €
Ministère des armées (civils)	26 371 386 €	26 769 723 €
Ministère de l’écologie	19 827 471 €	21 077 620 €
Services du Premier ministre	1 535 785 €	1 550 669 €
Caisse des dépôts et consignations	1 415 055 €	1 302 977 €
Conseil d’État	708 392 € <i>(1^{er} mai 2025 – 8 mois)</i>	1 198 065 €
Ministère de la culture	1 871 667 € <i>(1^{er} octobre 2025 – 3 mois)</i>	8 477 333 €
Ministère de la justice	8 318 346 € <i>(1^{er} octobre 2025 – 3 mois)</i>	39 410 712 €
Ministère des affaires sociales	<i>Sans objet</i>	8 728 968 €
Ministère de l’Europe et des affaires étrangères	<i>Sans objet</i>	3 350 992 €
Ministères financiers	<i>Sans objet</i>	50 720 994 €
Ministère de l’intérieur	<i>Sans objet</i>	64 773 095 €
Ministère de l’éducation nationale	<i>Sans objet</i>	640 055 520 €
Cour des comptes	<i>Sans objet</i>	656 050 €
Direction générale de l’aviation civile	<i>Sans objet</i>	4 334 688 €
Total		890 734 851 €

Source : réponses écrites de la direction générale de l’administration et de la fonction publique.

La DGAFP précise que « parmi les huit employeurs dont les contrats ont pris effet en 2025, seul un enregistre une augmentation de 1 % de sa cotisation d’équilibre » et que « les employeurs n’ont pas encore [au premier semestre de 2026] de visibilité sur l’évolution éventuelle des cotisations pour 2027 ».

Quelques précisions peuvent être apportées sur le plan statutaire.

D’une part, pour ce qui intéresse la mobilité entre ministères ou entre versants de la fonction publique, l’agent adhère au contrat en santé de l’employeur qui l’emploie et le rémunère.

En cas de changement d’employeur : l’agent détaché est rattaché à la protection de son administration d’accueil ; celui mis à disposition demeure couvert *via* son administration d’origine ; celui qui change de poste tout en étant en position normale bascule dans le contrat de sa nouvelle d’accueil (sauf si, en raison d’une délégation de gestion, il reste rémunéré par son employeur initial).

(1) Un report d’un an avait été permis par le 1^o du A du I de l’article 160 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

D'autre part, des particularités peuvent être signalées dans cinq cas :

- des règles différentes s'appliquent dans les juridictions administratives ⁽¹⁾ et financières ⁽²⁾, dont les agents ont leurs propres instances de représentation ;
- les magistrats de l'ordre judiciaire, par l'intermédiaire de leurs syndicats, ont obtenu une application de stipulations équivalentes à celles de l'accord de janvier 2024, avec un accord du 25 juin 2024, comme leur statut le permet ⁽³⁾ ;
- les ouvriers d'État bénéficient du cadre prévu par le décret de mai 2022 ;
- les militaires ont un régime distinct de celui des fonctionnaires civils, prévu par voie réglementaire puisqu'ils n'ont pas de représentation syndicale ⁽⁴⁾, très proche du modèle de 2022 cependant et même plus favorable concernant le panier de soins (l'assiette de calcul de la cotisation individuelle connaît aussi des adaptations) ;
- pour les agents exerçant dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en tant que contractuels, les cotisations sont minorées en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par le régime dérogatoire qui s'y applique (*cf. infra* dans le 2 du A du III).

Il convient enfin d'aborder les garanties offertes par ces nouveaux contrats de couverture santé collective dans les services de l'État. L'article 10 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire dispose qu'elles sont identiques pour les actifs, les retraités et les ayants droit et, suivant un mécanisme décrit *supra*, les cotisations applicables à la sortie, pour les anciens agents publics susceptibles de continuer à bénéficier de la couverture que finançait antérieurement leur employeur, sont plafonnées à 100 % du montant de départ la première année, puis 125 %, puis 150 % pendant trois ans. S'agissant du reste à charge, d'après les réponses fournies par la DGAFP, les employeurs indiquent soit ne pas disposer du recul utile pour calculer son évolution, soit ne pas non plus le pouvoir car ils ignorent les contrats souscrits par leurs agents avant la réforme.

En termes de santé, si l'on prend en compte aussi bien les garanties de socle que les options, la DGAFP note que « *les garanties proposées sont aussi couvrantes, voire plus couvrantes, que les niveaux de garanties les plus élevés proposés dans les contrats référencés, mais ce sont davantage les conditions tarifaires qui sont plus avantageuses dans les nouveaux contrats avec une prise en charge de l'employeur à*

(1) Décret n° 2024-286 du 29 mars 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des membres du Conseil d'État, des magistrats administratifs et des agents du Conseil d'État et de la Cour nationale du droit d'asile.

(2) Décret n° 2025-276 du 26 mars 2025 relatif à la protection sociale complémentaire des membres et du personnel de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes.

(3) Article 10-1 de l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 portant loi organique relative au statut de la magistrature, tel que modifié par l'article 7 de la loi organique n° 2023-1058 du 20 novembre 2023.

(4) Décret n° 2023-605 du 15 juillet 2023 relatif à la protection sociale complémentaire des militaires, des anciens militaires et de leurs ayants droit en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

hauteur de 50 % de la cotisation d'équilibre pour les garanties socles et 50 % [...] dans la limite de 5 euros pour les garanties optionnelles ».

Six types de prises en charge principales sont à relever :

- pour les consultations, le panier proposé aux agents de la fonction publique d'État excède le minimum légal car assume 100 % de la base de remboursement chez les généralistes, 150 % chez les spécialistes adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et 130 % chez ceux n'y adhérant pas ;

- en matière de médicaments, alors que le panier minimal prévoit une prise en charge de 100 % ou 30 % ou 15 % (selon que la branche maladie des régimes de base rembourse 65 % ou 30 % ou 15 %), celui retenu par l'État est de 100 % pour les trois catégories ;

- à l'hôpital, la garantie est de 150 % ou 130 % selon que les praticiens soient adhérents ou non à l'Optam, tandis que le panier légal est limité à 100 % ;

- dans le champ dentaire, est prévue une prise en charge à hauteur de 250 % pour l'orthodontie remboursée par la sécurité sociale, 400 euros par semestre pour l'orthodontie non remboursée par la sécurité sociale et 500 euros par implant dans la limite de deux par an (alors que le minimum légal est de 125 % pour l'orthodontie et n'impose pas de prise en charge des implants) ;

- pour l'optique, le panier de la fonction publique d'État prévoit une prise en charge jusqu'à 270 euros pour une correction simple avec monture (contre 100 euros) et 450 euros pour une correction complexe avec monture (contre 200 euros) ;

- pour les aides auditives, le panier de l'État peut aller jusqu'à 800 euros (dans le cas où est acheté un équipement à tarif libre).

En termes de prévoyance, la DGAFP souligne que la comparaison est plus complexe car les garanties sont moins standardisées que pour la santé et car il existe des protections directement statutaires, mais avance qu'en fin de compte les agents bénéficient d'une indemnisation renforcée en cas de longue maladie, d'invalidité ou de décès (pour les ayants droit).

- Dans la **fonction publique territoriale**, la réforme est désormais engagée mais un nouveau basculement devrait se produire en 2029.

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, précitée, dispose notamment que « *les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la*

protection sociale complémentaire, les risques [de maternité, maladie ou accident], des conventions de participation avec des [organismes complémentaires] » ⁽¹⁾.

Le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 l’a précisée.

Sur ce fondement, est prévue une participation des collectivités d’au moins 7 euros par mois et par agent en matière de prévoyance (depuis janvier 2025) et d’au moins 15 euros par mois et par agent en matière de santé (depuis janvier 2026), alors qu’auparavant la souscription de contrats collectifs et la participation au financement de la couverture complémentaire des agents territoriaux n’était qu’une faculté ⁽²⁾.

Sous réserve que des stipulations conventionnelles équivalentes ne soient pas entrées en application plus précocement, la loi n° 2025-1251 du 22 décembre 2025 relative à la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux apporte plusieurs changements à compter du 1^{er} janvier 2029, notamment que l’adhésion à la prévoyance collective ne sera plus facultative et que le minimum forfaitaire en valeur y sera remplacé par un taux de 50 % pour le plancher de participation de l’employeur aux cotisations ou primes correspondant aux garanties légales.

En matière de santé, les garanties minimales sont celles mentionnées *supra* et les contrats doivent être responsables et solidaires. Des accords locaux majoritaires peuvent améliorer les garanties, rendre l’adhésion obligatoire, augmenter le taux de participation de l’employeur, etc. Les collectivités ont le choix entre le versement d’une participation aux agents établissant qu’ils ont signé un contrat labellisé par des prestataires habilités pour trois ans par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ⁽³⁾ ou le passage par une procédure de mise en concurrence proprement collective.

Le premier exercice d’application de la réforme en matière de santé n’étant pas clos et les employeurs territoriaux étant à l’évidence plusieurs milliers, le temps n’est pas venu à ce stade de chiffrer l’effort budgétaire des collectivités.

En tout état de cause, les rapporteurs forment le vœu que le calendrier retenu pour la généralisation de la couverture complémentaire collective au sein de la fonction publique territoriale – aspect qu’ils n’ont pas eu l’occasion d’expertiser dans le cadre de leur mission – soit respecté.

• Enfin, dans la **fonction publique hospitalière**, selon l’ordonnance de 2021 était envisagée une entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2026, mais

(1) Ces dispositions ont été transférées dans le chapitre VII du titre II du livre VIII du code général de la fonction publique, les références aux lois n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ayant été remplacées par des renvois au même code.

(2) Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

(3) Sept cabinets de conseil en actuariat ont été retenus par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Dans sa version à jour du 24 août 2026, la liste des contrats et règlements labellisés, publiée par la direction générale des collectivités locales (DGCL), fait environ 1 400 lignes.

il a été nécessaire de la reporter au 1^{er} janvier 2027, ce qu’a permis la LFSS pour 2026 ⁽¹⁾.

Le rapporteur général Thibault Bazin avait noté que le chantier, commençant par des négociations avec les organisations représentatives, « *n’a[vait] même pas été véritablement lancé* » à l’automne 2025, notamment à raison de la prédominance du système ⁽²⁾ qui, aux termes des articles L. 722-1 à L. 722-3 du code général de la fonction publique, prévoit que les fonctionnaires hospitaliers bénéficient de la gratuité des soins médicaux dans l’établissement où ils exercent, de la gratuité des produits de pharmacie délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie et sur prescription d’un médecin de ce dernier, d’une prise en charge, certes limitée, de leurs frais d’hospitalisation non remboursés dans cet établissement, etc. Le rapporteur général avait aussi indiqué que « *cette mesure sera source d’économies pour l’assurance maladie, dans la mesure où les hôpitaux n’auront pas à financer de participation aux complémentaires santé de leurs 1,2 million d’agents en 2026 et 2027 ; cette économie n’est cependant pas chiffrée par l’annexe 9* » portant évaluation préalable des articles ⁽³⁾. Le Gouvernement entendait repousser la mesure de 2026 à 2028 ; l’Assemblée nationale avait supprimé la mesure en première lecture ⁽⁴⁾ ; le Sénat l’avait rétablie en privilégiant le terme de 2027 ⁽⁵⁾, que la navette a conservé.

Les rapporteurs de la Mecss seront particulièrement attentifs au dénouement de ce dossier, dans lequel interviennent les établissements de santé et les syndicats, mais aussi la DGAFP et la direction générale de l’offre de soins (DGOS). Au cours de la première semaine de septembre 2026, la DGOS aurait proposé, d’après la presse spécialisée, un nouveau report à 2028, avec un financement de 489 millions d’euros pour les seuls contrats en santé, et un dispositif transitoire (15 euros par agent et par mois) pour l’année 2027.

5. Le pilotage indirect des tarifs de l’assurance maladie complémentaire par la fiscalité : le cas des contributions permanentes et exceptionnelle

Les déterminants des cotisations acquittées par les clients des organismes complémentaires d’assurance maladie (Ocam) seront présentés *infra* (A du II), mais

(1) Modification du 4^o du I de l’article 4 de l’ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 précitée par le I de l’article 75 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

(2) Rapport n° 2019-M-038-02 de l’inspection générale des finances et n° 2019-009R1 de l’inspection générale des affaires sociales, La protection sociale complémentaire des agents publics – fonction publique hospitalière, 5 octobre 2020.

(3) Commentaire de l’article 23 (devenu l’article 75) dans le tome II du rapport n° 2057 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 1^{er} novembre 2025.

(4) Amendements n° 11561 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 1668 de Mme Christine Loir et les membres du groupe Rassemblement National et n° 1807 de Mme Élise Leboucher et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front populaire, adoptés contre l’avis du rapporteur général à titre personnel et du Gouvernement.

(5) Amendements n° 184, rect de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et n° 667 de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche maladie, adoptés suivant l’avis de la commission, le Gouvernement s’en étant remis à la sagesse du Sénat.

pour faire contribuer ces organismes aux dépenses de la branche maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) tout en modérant l'effort des affiliés, la puissance publique a mis en place un arsenal fiscal spécifique ⁽¹⁾ – sans préjudice des prélèvements communs : impôt sur les sociétés pour les bénéfices des entreprises concernées, taxe foncière pour leurs locaux, cotisations pour leur personnel, etc.

a. La taxe de solidarité additionnelle

Aux termes du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾, est perçue une taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les résidents, à l'exclusion des réassurances.

Si les redevables de la TSA sont les entreprises, ce sont bien les souscripteurs des contrats qui en assument l'effort financier réel.

Pour mémoire, avant 2001, il existait une contribution des Ocam au profit de la couverture maladie universelle (CMU) et, jusqu'en 2016, taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) maladie, mais tous ces dispositifs ont fusionné ⁽³⁾.

L'assiette de la TSA est constituée des sommes, avec leurs accessoires ⁽⁴⁾, stipulées pour l'année aux clients des mutuelles, assurances et institutions de prévoyance, sous trois exceptions (I et dernier alinéa du II *bis* du même article) :

– la participation financière qu'acquittent les assurés pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire (C2S) si leurs ressources et celles de leur foyer sont comprises entre 1 et 1,35 fois le plafond d'éligibilité ⁽⁵⁾ ;

– les cotisations liées aux garanties pour le versement de compléments aux indemnités journalières (IJ) servies par les Robss aux assurés dans l'incapacité de continuer ou reprendre leur travail ⁽⁶⁾ lorsqu'elles relèvent soit des assurances de groupe et opérations collectives souscrites pour les salariés d'une même entreprise ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des

(1) Les impôts faisant l'objet des développements ci-après ont été présentés dans le commentaire de l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (devenu l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026) : tome II du rapport n° 2057 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} novembre 2025, pp. 70-81.

(2) Créé par l'article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(3) Article 21 de la loi n° 75 du 31 janvier 1944 portant réforme fiscale ; article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée ; article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 ; article 22 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(4) La circulaire n° DSS/2015/380 du 28 décembre 2015 mentionne notamment les pénalités de résiliation.

(5) 2° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Aux termes du premier alinéa de l'article D. 861-1 du même code et de l'arrêté du 20 mars 2026, le plafond pour une personne seule est de 10 421 euros par an (soit 14 069 euros pour sa multiplication par 1,35).

(6) Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (une erreur de renvoi fait que, dans l'article L. 862-4 du même code, est mentionné son 5° alors que la disposition visée n'a qu'un alinéa).

collectivités publiques ⁽¹⁾, soit des contrats au profit des personnes exerçant une profession agricole ⁽²⁾, ainsi que de leurs salariés et des membres de leur famille.

Les II et II *bis* du même article prévoient respectivement un taux normal de 13,27 % et des taux dérogatoires compris entre 6,27 % et 20,27 %, selon la forme juridique des contrats et la nature des garanties qu'ils comportent. Ces taux ont connu un accroissement et une diversification significative en un peu plus de vingt ans, ainsi que le résume le tableau ci-après.

La TSA est liquidée chaque trimestre auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) d'Île-de-France ⁽³⁾.

D'après le rapport de mai 2026 à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), le produit de la TSA devrait passer de 6,17 milliards d'euros en 2024 à 6,56 milliards d'euros en 2025 puis 6,82 milliards d'euros en 2026 (soit une hausse de 8,7 % puis 6,3 % et 4 % assez comparable à celle des tarifs – *cf. infra*).

ÉVOLUTION DES TAUX DE LA TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE DEPUIS 2002 SELON LE TYPE DE CONTRAT

	(en pourcentage)				
	1999-2005	2006-2008	2009-2010	2011-2015	2016-2026
Responsables et solidaires ⁽⁴⁾ (II)	1,75 %	2,50 %	5,90 %	6,27 %	13,27 %
Non responsables et solidaires (II)					20,27 %
Souscription par l'employeur (1° du II <i>bis</i>)					6,27 %
Resp. et solidaires – assurés agricoles (2° du II <i>bis</i>)					20,27 %
Non resp. et solidaires – assurés agricoles (2° du II <i>bis</i>)					
Contrats « au 1 ^{er} euro » ⁽⁵⁾ (3° du II <i>bis</i>)					14,00 %
Compléments aux IJ / resp. et solidaires (4° du II <i>bis</i>)	s. o.				7,00 %
Compléments aux IJ / non resp. et solidaires (4° du II <i>bis</i>)					14,00 %

Source : commission des affaires sociales d'après l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et la Drees.

(1) Dérogation à l'article 991 du code général des impôts par le 1° de l'article 998 du même code.

(2) Articles L. 722-4 et L. 722-9, 1° de l'article L. 722-10, L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Article 1^{er} de l'arrêté du 4 mars 2011 portant désignation d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales unique pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances.

(4) Les contrats complémentaires responsables encouragent le suivi du parcours de soins coordonnés et ne prennent pas en charge une partie des franchises et participations forfaitaires pour modérer la consommation des assurés ; les contrats complémentaires solidaires ne fixent pas les cotisations en fonction de l'état de santé des souscripteurs et ne recueillent aucune information médicale de leur part.

(5) Les travailleurs transfrontaliers et expatriés ne sont généralement pas couverts par l'assurance maladie de base ; aussi les contrats privés les remboursent-ils au premier euro (mais pas forcément à 100 %).

Enfin, le 8° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale organise un circuit pour l'affectation du produit de la TSA que la révision de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) ⁽¹⁾ a complexifié :

– pour sa part perçue au titre du II *bis* de l'article L. 862-4, précité, au fonds de financement de la C2S ⁽²⁾ ;

– pour celle perçue au titre du I du même article, à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), avec un fléchage pour :

* la couverture de l'écart entre les charges et les produits (hors la fraction susmentionnée du rendement de la TSA) du fonds de financement de la C2S ;

* le fonds pour l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ⁽³⁾ ;

* les charges de la branche maladie du régime général, à hauteur du solde résultant des deux affectations précédentes.

RENDEMENT DE LA TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE EN 2023 ET 2024

(en milliers d'euros)

	Produits de taxe TSA								C2SG	C2SP			Rendement Net TSA
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_NonResp (CTP 131)	CAgri-coles_Resp (CTP 132)	CAgri-coles_NonResp (CTP 133)	GII_Resp (CTP 134)	GII_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	Montants déduits (CTP 69)	Montants déduits (CTP 78)	Frais_Gestion (CTP 77)	Participations (CTP 76)	
2023 (TR)	5 219 619	257 093	74 089	2 645	32 653	117 484	9 663	9 258	23 222	33 810	11 138	99 725	5 754 059
2024 (TR)	5 599 195	271 201	79 504	1 890	33 948	123 798	11 567	9 894	8 634	10 353	10 508	92 510	6 194 012
Evol. 2024/2023 (montants)	379 576	14 108	5 416	-756	1 295	6 313	1 905	636	-14 588	-23 457	-630	-7 216	439 953
Evol. 2024/2023 (%)	7,3%	5,5%	7,3%	-28,6%	4,0%	5,4%	19,7%	6,9%	-62,8%	-69,4%	-5,7%	-7,2%	7,6%

Source : rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire pour 2025, janvier 2026.

b. La contribution pour les forfaits de patientèle des médecins traitants

Suivant l'article 15.4.1. de la convention du 25 août 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ⁽⁴⁾, les médecins traitants bénéficient depuis 2015 d'une rémunération supplémentaire, indexée sur l'effectif, l'âge, le profil pathologique et le niveau de vie de leur patientèle.

(1) Dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 3 de la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, le second alinéa du II de l'article 2 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances dispose que « les impositions de toutes natures ne peuvent [...] être affectées à un tiers [à l'État] [...] et leur affectation ne peut être maintenue que si ce tiers est doté de la personnalité morale et si ces impositions sont en lien avec [ses] missions de service public ». Quoique cette disposition ne soit entrée en vigueur qu'au dépôt du projet de loi de finances pour 2025, des ajustements ont été anticipés par le c du 1° du I de l'article 16 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 815-26 du code de la sécurité sociale.

(4) Approuvée par un arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Ce forfait (FPMT) est financé par l'AMO et l'AMC et l'article L. 862-4-1 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ prévoit que la participation de cette seconde s'intègre au financement plus large des rémunérations mentionnées au 13° de l'article L. 162-5 du même code ⁽²⁾, c'est-à-dire les « *modes [...] autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que [...] des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire* ».

La contribution des complémentaires partage son assiette et ses modalités de recouvrement avec la TSA.

Elle a un seul taux de 0,8 %, qui n'a jamais varié, et son produit est affecté à la Cnam, pour un montant qui, d'après le rapport à la CCSS de mai 2026, atteignait 385 millions d'euros en 2024, puis 395 millions d'euros en 2025 et devrait être de 411 millions d'euros en 2026.

c. Des contributions ponctuelles

Par trois fois, le législateur a estimé pertinent que les Ocam prennent une part du financement d'un surcroît inattendu de dépenses ou restituent à des fins d'intérêt général des sommes qu'ils avaient appelées de manière insuffisamment justifiée.

i. Les pandémies de 2010 et 2020

Une fiscalité exceptionnelle avait été assumée par les complémentaires pour faire face aux pandémies causées par la forme H1N1 ⁽³⁾ de la grippe (taux de 0,34 % et rendement de 0,1 milliard d'euros) ⁽⁴⁾ et du covid-19 (taux de 2,6 % et rendement de 1 milliard d'euros puis taux de 1,3 % et rendement de 0,5 milliard d'euros) ⁽⁵⁾.

ii. Le cas du ticket modérateur en 2025-2026

S'agissant de 2025, les complémentaires avaient annoncé, au début du second semestre de 2024, un relèvement des primes d'environ 6 %, motivé par la hausse de 30 % à 40 % du taux du ticket modérateur ⁽⁶⁾ pour les consultations chez les médecins généralistes et les sages-femmes que le Gouvernement avait annoncé et intégré à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) figurant dans la version initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 mais à laquelle il avait ensuite renoncé.

(1) Créé par l'article 17 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, dont le IV prévoit de manière surabondante que « [son] dispositif est prorogé annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel ».

(2) Les 12° et 13° ont été créés par le III de l'article 22 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(3) Le variant se caractérise par la présence de deux antigènes (l'hémagglutinine et la neuraminidase) de type 1 sur l'agent infectieux alphainfluenzavirus.

(4) Article 10 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

(5) Article 3 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(6) I de l'article L. 160-13 et 3° de l'article L. 160-5 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations ont donc été relevées à raison d'une charge qui n'a pas été transférée aux Ocam et ces derniers n'ont ensuite ni rectifié les tarifs à la baisse en cours d'année ni montré qu'elles modéreraient d'autant leur hausse en 2026.

Pour cette raison, l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 a institué, au titre de cette seule année, une imposition ponctuelle assise – comme la TSA et la taxe pour le FPMT – sur les sommes stipulées par les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance à raison des contrats sur le risque maladie ⁽¹⁾.

Le taux, donc le rendement, de cette contribution exceptionnelle ont varié au cours de la navette sur le PLFSS pour le dernier exercice clos :

- dans le projet de loi de financement dans sa version initialement déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale, le taux était fixé à 2,05 %, pour un produit estimé à 1,12 milliard d'euros ;

- à la faveur du choix du Premier ministre de faire figurer la suspension des éléments économes de la réforme des retraites (loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023) dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une lettre rectificative a modifié son article 7 pour neutraliser au moins une partie du prix de la mesure en portant à 2,25 % le taux de la contribution ponctuelle, la branche maladie étant affectataire du rendement d'abord envisagé et la branche vieillesse de celui correspondant aux 0,2 point de plus ;

- en première lecture, l'Assemblée nationale avait supprimé l'article 7 ;

- en première lecture, le Sénat l'avait rétabli en ramenant le taux à 2,05 %, avec une affectation à la seule branche maladie, ce qui avait aussi été proposé devant l'Assemblée nationale par plusieurs députés, dont deux des auteurs de ce rapport ⁽²⁾ ;

- en nouvelle lecture puis en lecture définitive, c'est suivant ces paramètres que l'Assemblée nationale a adopté l'article 7, non sans l'avoir assorti d'exigences quant à l'évolution des tarifs des complémentaires qui seront abordées *infra*.

Les trois rapporteurs de la Mecss ont des appréciations différentes au sujet de la suspension de la réforme visant à relever l'âge d'ouverture des droits à la retraite et à accélérer le calendrier de hausse du nombre de trimestres cotisés requis pour une pension à taux plein, mais sur le plan technique ils relèvent qu'à tout le moins, l'idée de faire peser son coût sur des prestataires du risque maladie n'était pas intuitive, voire injuste en ce que les modalités retenues pour financer cette mesure ne présentaient pas de lien avec le contenu de celle-ci.

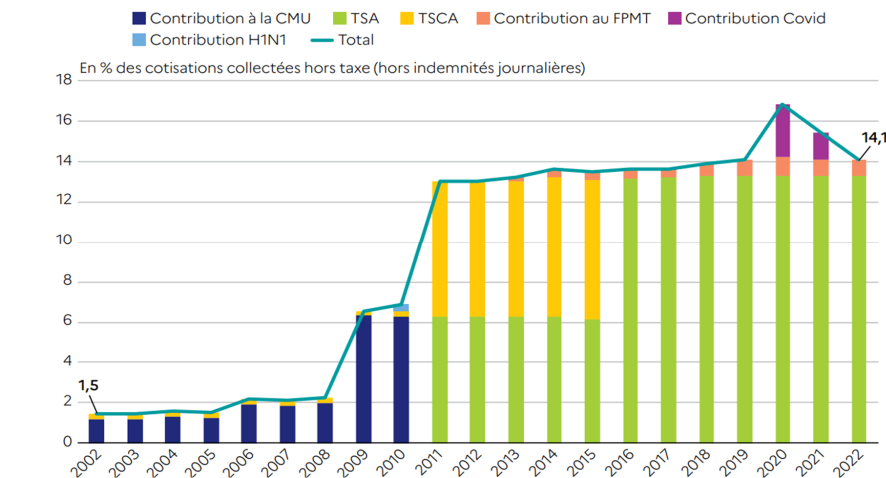
(1) La contribution ponctuelle conserve les exceptions susmentionnées.

(2) Texte n° 1907 : amendements n°s 215 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés et 1699 de M. Thibault Bazin, rapporteur général.

L'un d'entre eux, en tant que rapporteur général, avait écrit qu'« *il n'est pas exclu que la taxation ponctuelle, au motif de répondre à une hausse passée des cotisations, en provoque une nouvelle, la marge des entreprises étant préservée via une dépense supplémentaire des ménages* » et alerté sur sa « *crainte que la taxe exigée par le Gouvernement et imposée aux Ocam ne se traduise par une hausse des tarifs l'année suivante pour les assurés* » ⁽¹⁾.

ÉVOLUTION DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE 2002 À 2022

(en pourcentage)



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

6. Le rôle de l'assurance maladie complémentaire en matière de lutte contre la fraude

a. La lutte contre la fraude par les complémentaires repose historiquement sur la nécessité de protéger leurs intérêts contractuels

Les organismes d'assurance maladie obligatoire disposent de pouvoirs de contrôle et de sanction en matière de fraude aux prestations d'assurance maladie, directement conférées par les dispositions du code de la sécurité sociale et surtout par la section 2 du chapitre IV *ter* du titre I^{er} de son livre I^{er} (articles L. 114-9 à L. 114-22-2). À l'inverse, les organismes complémentaires, qu'il s'agisse des mutuelles, des entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, n'ont de prérogatives en matière de lutte contre la fraude que dans le cadre de la relation contractuelle qui les lie à l'assuré et au titre du préjudice qui leur est causé par la liquidation frauduleuse de prestations complémentaires, le cas échéant.

(1) Tome II du rapport n° 2057 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} novembre 2025, pp. 70-81.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) résume le rôle respectif des organismes concernés par la formule suivante : « *il convient de distinguer les opérations menées par les organismes d'AMO [...] de [celles] menées par les Ocam qui consistent à rechercher des incohérences et des indices de fraudes contractuelles dans le cadre des conventions conclues avec les personnes* » ⁽¹⁾.

Les dispositions relatives à la lutte contre la fraude par les Ocam reposent donc historiquement sur une logique patrimoniale et contractuelle et elle se déclinent dans des variations très proches sinon identiques dans les différents codes encadrant chaque catégorie d'organisme complémentaire :

– l'article L. 1138 du code des assurances prévoit ainsi la nullité du contrat en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle lorsque cette dernière est de nature à fausser l'appréciation du risque par l'assureur, y compris lorsque le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre ⁽²⁾ ;

– s'agissant des mutuelles, l'article L. 221-14 du code de la mutualité prévoit que la garantie accordée au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle ou lorsque celle-ci modifie l'objet du risque ou en fausse l'appréciation, y compris lorsque le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque ⁽³⁾ ;

– ces dispositions se retrouvent quasiment à l'identique, s'agissant des institutions de prévoyance, à l'article L. 932-16 du code de la sécurité sociale, qui prévoit, pour les opérations collectives facultatives ou individuelles, la nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle qui modifie l'appréciation du risque par l'institution.

Dans les faits, la lutte contre la fraude au sein des Ocam se traduit par le contrôle des prestations contractuelles, des vérifications de conformité des soins et justificatifs préalablement à tout versement, des prérogatives légales permettant d'obtenir, en cas de déclaration frauduleuse, la nullité du contrat, sa réduction ou sa résiliation selon les circonstances, ainsi que par l'application du régime de droit commun des contrats en cas de faute de l'adhérent se traduisant par le refus de prise en charge d'une prestation en cas de fraude de l'assuré, la possibilité d'action judiciaire en répétition de l'indu en cas de fraude, constitutive d'une faute de l'assuré. **Contrairement aux caisses d'AMO, les Ocam ne disposent pas de pouvoir de contrôle et d'enquête.** Réciproquement, le caractère limité des remboursements de l'assurance maladie dans le champ de certaines dépenses de santé – notamment dans le cas de l'optique, où le montant bien connu de 9 centimes d'euro ne donne à la

(1) Commission nationale de l'informatique et des libertés, délibération n° 2025-074 du 4 septembre 2025 portant avis sur un projet de modification de certaines dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux attributions des organismes d'assurance maladie complémentaire et à la lutte contre la fraude.

(2) Article L. 113-8 du code des assurances, modifié par l'article 32 de la loi n° 81-5 du 7 janvier 1981 relative au contrat d'assurance et aux opérations de capitalisation.

(3) Article L. 221-14 du code de la mutualité, modifié par l'article 51 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire.

sécurité sociale qu'un intérêt à agir modéré – constitue un obstacle à son action de lutte contre la fraude.

b. Le rôle des organismes complémentaires en matière de lutte contre la fraude a été renforcé par la loi du 25 juin 2026 pour ériger ces derniers en véritables acteurs de la lutte contre la fraude sociale

Avant l'adoption de la loi du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, les fraudes détectées par les organismes complémentaires ne faisaient pas l'objet d'un signalement systématique à l'assurance maladie, ce dont il résultait une « organisation en silos » des politiques de lutte contre la fraude entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, dénoncée par la mission d'information sénatoriale susmentionnée⁽¹⁾. Le manque de coordination entre assurance maladie obligatoire et complémentaire résultait de freins législatifs empêchant une communication efficace sur les fraudes détectées.

Dans sa rédaction antérieure à la loi de 2026, l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale prévoyait la possibilité pour le directeur d'un organisme d'AMO, dans le cadre des suites données à une enquête diligentée à l'encontre d'un assuré suspecté de fraude, « d'informer [...] s'il peut être identifié l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré ». Cette communication demeurerait facultative et circonscrite aux seules informations recueillies dans le cadre de l'enquête pour fraude et à l'exclusion de toute autre, ce qui impliquait bien souvent que l'organisme destinataire mène de nouvelles recherches pour disposer de l'ensemble des informations nécessaires afin de caractériser la fraude.

Enfin, aucune disposition ne fondait inversement le directeur d'un organisme complémentaire, en pareille situation, à communiquer au directeur de la caisse d'assurance maladie obligatoire, le résultat d'un contrôle mené à l'encontre d'un adhérent, alors même que les préjudices sont par définition souvent connexes : la part complémentaire intervenant par définition en sus de la prise en charge obligatoire.

Cette loi de 2026 a consolidé le cadre d'intervention des Ocam dans la lutte contre la fraude, d'une part en consacrant un **principe de communication** entre assurance maladie obligatoire et complémentaire de certaines informations recueillies dans le cadre de la lutte contre la fraude aux prestations et d'autre part en conférant aux Ocam une base légale pour autoriser le traitement de certaines données de santé.

Les Ocam se trouvent ainsi renforcés dans leurs capacités opérationnelles.

• **Les échanges d'informations** entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires sont désormais prévus par les dispositions figurant aux articles L. 114-9-1 à L. 114-9-5 du code de la sécurité sociale.

– Le nouvel article L. 114-9-1 autorise les agents de contrôle de l'assurance maladie obligatoire, lorsque leurs investigations font apparaître des faits susceptibles

(1) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

de constituer une fraude sociale et que « *l'importance ou la nature de la fraude présumée le justifie* », à communiquer à l'assurance complémentaire les informations nécessaires à l'identification de l'auteur des faits et à celle des actes et prestations concernés. Les informations transmises sont « *strictement limitées à la nature des actes et prestations* » concernées. En outre, l'article dispose que lorsqu'une décision de placement hors convention d'un professionnel de santé est prononcée, l'information est transmise aux organismes complémentaires. Ce mécanisme est très proche d'une mesure que les rapporteurs généraux Yannick Neuder et Thibault Bazin avaient portée durant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 (article 16 *bis* A devenu l'article 49), mais qui avait été tenue pour cavalière par le juge constitutionnel ⁽¹⁾.

– Le dispositif miroir est prévu par le nouvel article L. 114-9-2, qui dispose que lorsqu'un Ocam a connaissance de faits susceptibles de constituer une fraude et que l'importance ou la nature de celle-ci le justifie, il communique à l'organisme d'AMO compétent les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur et à celle des actes et prestations concernés. Ainsi, une fraude détectée par un Ocam peut alimenter une enquête de l'assurance maladie obligatoire. De même les rapporteurs généraux avaient-ils soutenu une telle mesure à l'automne 2024 puis lors de la nouvelle lecture du PLFSS pour 2025.

• Les Ocam sont légalement fondés à traiter certaines données de santé et à exploiter celles-ci dans le but de contrôler la bonne exécution des contrats et conventions de remboursement de frais médicaux et ils ont désormais la possibilité de signaler à l'AMO les fraudes dont ils ont connaissance.

Aux termes des dispositions issues de l'article 21 de la loi du 25 juin 2026, les différentes catégories d'Ocam disposent désormais d'un fondement législatif autorisant l'accès et le traitement de certaines données de santé, compatible avec les dispositions du règlement général sur la protection des données et celles de la loi du 6 janvier 1978 ⁽²⁾.

Les mesures relatives aux assurances ⁽³⁾, aux mutuelles ⁽⁴⁾ et aux institutions de prévoyance ⁽⁵⁾ ont été enrichies d'autorisations similaires : ces structures sont autorisées à traiter les données de santé des assurés, des membres participants et des

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2025-875 DC, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, par. 49 et 57.

(2) Les dispositions législatives précitées font explicitement référence, au sein de chaque article créé, à la conformité aux dispositions du « h du paragraphe 2 de l'article 9 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et, abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) » et au « respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ».

(3) Article L. 135-1 du code des assurances, créé par l'article 21 de la loi n° 2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

(4) Article L. 211-16 du code de la mutualité, créé par l'article 21 de la loi n° 2026-534 du 25 juin 2026 précitée.

(5) Article L. 931-3-9 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 21 de la loi n° 2026-534 du 25 juin 2026 précitée.

ayants droit, couverts par un contrat ou par un règlement conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés au titre d'une maladie, de la maternité ou d'un accident, ce qui inclut l'accès aux numéros de code des actes effectués et des prestations services. Les Ocam sont aussi fondés à traiter les données d'identification et de facturation des professionnels et des organismes ou établissements ayant prescrit ou dispensé ces actes ou ces prestations.

c. Le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude est toutefois strictement encadré

En dépit de ce rôle renforcé des Ocam en matière de partage d'informations avec l'assurance maladie obligatoire et d'accès aux données de santé, les premiers ne sauraient se substituer au rôle de la seconde et ne disposent pas de compétence de police en matière de lutte contre la fraude.

- L'accès des Ocam aux données de santé a été borné par le législateur dans les dispositions précitées aux données strictement nécessaires aux organismes dans le seul cadre des finalités de détection de la fraude et de transmission du résultat des contrôles aux organismes d'assurance maladie obligatoire le cas échéant, mentionnées aux articles L. 114-9-1 et L. 114-9-2 du code de la sécurité sociale. L'inscription par le législateur de l'autorisation d'accès aux données de santé par les Ocam dans le cadre du règlement général sur la protection des données, et dans le cadre des dispositions de la loi dite « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 encadre explicitement ce nouveau droit d'accès dans un couloir restreint.

- De plus, le législateur a pris soin de compléter les dispositions relatives au droit d'accès par d'autres dispositions précisant les conditions d'exercices de ce dernier afin de garantir l'effectivité de la protection des données personnelles.

Seules les données strictement nécessaires au remboursement des frais de santé, à l'indemnisation ou au tiers payant peuvent être consultées et traitées par les assurances (article L. 135-2 du code des assurances). L'accès aux données médicales est cloisonné : seules les personnes habilitées et soumises à ce titre au secret sont autorisées à consulter les données et la conservation des données est limitée dans le temps, tandis que leur stockage est encadré (articles L. 135-3 à L. 135-5 du code des assurances, L. 211-17 à L. 211-20 du code de la mutualité et L. 114-9-3 et L. 931-3-10 à L. 931-3-13 du code de la sécurité sociale). Les conditions et les modalités des échanges d'informations entre l'AMO et les complémentaires sont en outre régies par un décret pris en Conseil d'État (article L. 114-9-5 du code de la sécurité sociale).

Le Conseil constitutionnel a en revanche censuré pour insuffisance de garanties légales les dispositions qui visaient à autoriser les Ocam à recourir à un

intermédiaire pour le traitement des données, présentant des garanties de sécurité ainsi que des garanties d'indépendance et d'expertise ⁽¹⁾.

- Enfin, les prérogatives coercitives et pénales sont largement entre les mains de l'assurance maladie obligatoire dont le rôle de police en matière de lutte contre la fraude sociale a été conforté par les dispositions de la loi du 25 juin 2026.

L'AMO dispose d'un pouvoir d'enquête par des agents assermentés et agréés (article L. 114-10 du code de la sécurité sociale), d'un droit de communication (article L. 114-19), d'une habilitation à la recherche et aux constatations de certaines infractions pénales (article L. 114-22-3) et du monopole en matière d'établissement des sanctions administratives ainsi que d'une compétence liée en matière de dépôt de plainte dans certains cas prévus par le législateur (article L. 114-9).

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2026-904 DC du 18 juin 2026, Loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, par. 42 à 44.

CADRE LÉGAL D'INTERVENTION DES OCAM EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Rôle de l'organisme	Cadre juridique	Capacité ou obligation	Encadrement
Veiller à la juste exécution des engagements contractuels	Droit commun de l'exécution des contrats, règlement mutualiste, code selon l'organisme	Vérifier la réalité des soins (facture, immatriculation du professionnel de santé, numéro Adeli, date, etc.) et leur conformité aux garanties couvertes par le contrat <i>avant</i> et <i>après</i> le remboursement	L'Ocam n'a pas de pouvoir de contrôle général des professionnels de santé et des assurés, contrairement aux agents de lutte contre la fraude de l'AMO.
Priver d'effet une fausse déclaration	Code des assurances : art. L. 113-8 et L. 113-9 ; code de la mutualité : art. L. 221-14 ; CSS : art. L. 932-16	Obtenir la nullité, la résiliation du contrat ou la diminution des garanties selon les circonstances	Ces textes concernent principalement la déclaration du risque ; ils ne constituent pas à eux seuls un cadre de lutte contre la fraude.
Récupérer un indu	Droit commun de l'exécution des contrats et clauses contractuelles	Refuser une prise en charge en amont du versement ou récupérer l'indu versé ; saisir le juge judiciaire selon les circonstances	La preuve de la faute, de la mauvaise foi ou du caractère indu repose sur l'Ocam qui s'en prévaut pour être libéré de ses obligations contractuelles.
Informers l'AMO en matière de lutte contre la fraude	CSS : art. L. 114-9-1 à L. 114-9-5 (loi du 25 juin 2026)	Communiquer à l'AMO les informations nécessaires à l'identification de l'auteur de la fraude lorsque la nature ou l'importance de la fraude le justifie	La transmission d'informations est réservée aux cas de fraude les plus graves et portant sur les données strictement nécessaires selon des modalités d'échange définies par décret en Conseil d'État.
Recevoir des informations relatives à des situations de fraude constatées par l'AMO	CSS : art. L. 114-9	Recevoir de l'AMO les informations nécessaires à l'identification de l'auteur de la fraude lorsque la nature ou l'importance de la fraude le justifie	La transmission d'informations est réservée aux cas de fraude les plus graves et portant sur les données strictement nécessaires selon des modalités d'échange définies par décret en Conseil d'État.
Respecter le droit applicable à la protection des données personnelles	CSS : art. L. 114-9-3 et L. 931-3-10 à L. 931-3-13 ; code des assurances : art. L. 135-3 à L. 135-5 ; code de la mutualité : art. L. 211-17 à L. 211-20	Accéder aux données réservées à des professionnels spécialement agréés et assermentés et soumis au secret professionnel (données conservées sur des serveurs sécurisés et supprimées dès que la suspicion est écartée)	Utilisation exclusivement pour les finalités prévues par les textes.
Présenter une demande de réparation devant le juge pénal	Droit pénal et règles générales de procédure	Signaler certains faits, déposer une plainte, demander réparation du préjudice	L'Ocam ne dispose pas des pouvoirs de police administrative ou de sanction de l'AMO.

Note : CSS – code de la sécurité sociale ; l'article 21 de la loi du 25 juin 2026 sur le mandatement (recours à un intermédiaire présentant des garanties en matière de sécurité des données, d'expertise et d'indépendance pour mutualiser le traitement des données entre AMO et AMC) a été censuré par le Conseil constitutionnel.

Source : commission des affaires sociales.

7. La prise en charge des dépenses de médecine non conventionnelle par l'assurance maladie complémentaire

a. La prise en charge des pratiques de soins non conventionnelles par les complémentaires en dehors du panier de soins s'est fortement développée

La notion de médecine non conventionnelle, également qualifiée de « *pratiques de soins non conventionnelles en santé* » par le ministère de la santé, désigne un ensemble très hétérogène de pratiques à la lisière de la santé et du bien-être : ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, hypnose, naturopathie, sophrologie, réflexologie, etc.

Bien que certaines de ces pratiques de soins non conventionnelles en santé bénéficient d'un cadre légal, tel une reconnaissance de titres professionnels ⁽¹⁾, et le cas échéant d'une d'un décret de compétences ⁽²⁾, elles ont toutes pour point commun d'être exclue du champ de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), faute de disposer d'un niveau de preuve scientifique tel qu'il justifie leur admission au remboursement.

Ce principe connaît cependant quelques exceptions, lorsque les techniques sont pratiquées par un professionnel de santé formé dans le cadre d'un diplôme universitaire complémentaire à sa formation initiale.

Il en va ainsi de l'acupuncture qui peut être prise en charge lorsqu'elle est pratiquée par un médecin ou une sage-femme dans le cadre spécifique de consultations afférentes à la douleur ou d'un suivi de grossesse ou bien, s'agissant des thérapies manuelles, l'ostéopathie qui peut être prise en charge par l'AMO si elle est pratiquée par un médecin diplômé dans cette discipline.

En droit français, la prise en charge par une complémentaire santé d'une prestation de soins en dehors du panier de soins n'est pas par essence illégale, ni soumise à une autorisation spécifique, mais uniquement régie par les clauses contractuelles entre l'organisme et l'adhérent.

Ainsi, selon les clauses définies dans le contrat d'assurance santé, l'assureur ou la complémentaire peut couvrir un certain nombre de frais et prestations qui n'entrent pas dans le panier de soins, en offrant un taux de couverture dépendant bien souvent du niveau de garantie souscrit.

La prise en charge par les Ocam de frais liés aux conditions d'hébergement lors d'une hospitalisation ou d'une cure, d'une partie des dépassements d'honoraires dans la limite d'un plafond, ou encore le remboursement partiel de certaines séances d'ostéopathie, de chiropraxie ou de sophrologie s'inscrivent dans ce cadre.

(1) À l'instar de la reconnaissance par le législateur des titres d'ostéopathe et de chiropracteur par l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite « Kouchner »).

(2) Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ; décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie.

L'essor des prestations de soins non conventionnels en santé sous forme de « forfait de médecines douces » dans les contrats proposés par les complémentaires santé s'explique à la fois par la demande croissante des assurés et par la concurrence entre organismes, ces prestations constituant un élément de différenciation des offres entre et un produit d'appel utile dans une logique commerciale.

La prise en charge au titre des garanties contractuelles obéit souvent à une logique de double plafond : un nombre maximal de séances prises en charge chaque année pour un montant maximal exprimé par séance, correspondant le plus souvent à un forfait individuel d'une valeur oscillant entre 100 et 200 euros ⁽¹⁾.

b. L'essor des « forfaits de médecines douces » proposés par les complémentaires santé interroge aujourd'hui quant à l'opportunité d'un encadrement plus strict

Les versements des Ocam pour des pratiques de soins non conventionnelles – qualifiées de « *prestations connexes à la santé* » par la Drees – représentaient un volume de dépenses de **3,1 milliards d'euros** en 2024 ⁽²⁾, contre 2,2 milliards d'euros en 2022 ⁽³⁾. La catégorie des prestations connexes à la santé est en réalité plus large que les seuls forfaits de médecines douces puisqu'elle recouvre notamment les frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure thermale, qui représentaient en 2022 1,2 milliard d'euros, et celles qui sont qualifiées par la Drees de « *prestations à la périphérie des soins de santé* » : l'ostéopathie, la chiropraxie, l'acupuncture, la sophrologie, etc., qui représentaient pour leur part une enveloppe estimée par la mission d'information sénatoriale plusieurs fois mentionnée à près de 975 millions d'euros en 2022. L'importance et le dynamisme de ce poste de dépense pour les complémentaires serait supérieur à celui des transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers celles-ci, pourtant bien plus médiatisés et commentés.

D'après le rapport du Sénat, la croissance entre 2020 et 2022 des dépenses liées à la prise en charge par les Ocam des prestations à la périphérie des soins de santé serait de 377 millions d'euros, soit un « *montant supérieur aux 350 millions d'euros liés au transfert de charge controversé de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire en dentaire selon le chiffrage de la direction de la sécurité sociale* » ⁽⁴⁾. La prise en charge croissante de prestations de « médecines douces » y est vue comme une « *orientation stratégique contestable et inflationniste* ».

La critique formulée à l'encontre de la prise en charge par les Ocam de prestations de soins non conventionnelles en santé est que son essor aboutit à inciter les assurés à consommer leur crédit de soins annuel, auprès de professionnels dont

(1) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2024, 30 septembre 2025, p. 119.

(3) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2022, 20 septembre 2023, p. 124.

(4) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

l'activité n'est pas reconnue par l'assurance maladie. Cette situation inciterait à l'augmentation de la consommation de ce type de prestations et à une dérive *in fine* inflationniste des dépenses des Ocam, se répercutant fatalement à son tour dans une hausse des tarifs proposés aux adhérents.

Dans un rapport remis au Premier ministre en juillet 2025 par 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) ⁽¹⁾, le principe même du financement de ces prestations par l'assurance maladie complémentaire est remis en cause dès lors que le bénéfice de telles prestations pour la santé ne fait pas l'objet d'un niveau de preuve suffisant. La quatrième recommandation du rapport de la mission d'information sénatoriale de 2024 tient en une mesure intermédiaire consistant à rendre optionnelle la couverture des assurés pour les prestations dites de « médecines douces » et à **sortir ces garanties du cadre du contrat solidaire et responsable**, afin de diminuer le coût de la complémentaire santé pour les assurés qui n'y ont pas recours. Aucune de ces recommandations n'a eu de traduction normative.

8. L'assurance maladie complémentaire et les dépassements d'honoraires

Malgré une « *absence de définition légale* » soulignée d'emblée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) dans un rapport présenté un an plus tôt que celui de la Mecss ⁽²⁾, les dépassements d'honoraires sont le surplus de prix facturé au patient par un médecin dans le cadre d'une activité libérale par rapport au tarif conventionnel : le montant correspondant n'est pas susceptible d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), à la différence de ce que peut offrir l'assurance maladie complémentaire (AMC).

Le présent rapport ne cherche pas à retracer tout l'historique de la convention médicale de 1960 (qui, suivant le vocabulaire de l'époque, faisant référence à la « *situation de fortune* » de l'assuré et à la « *notoriété* » du praticien), de celle de 1971 (mentionnant un « *droit permanent à dépassement* » qu'il revenait au médecin de « *s'interdire* » s'il n'était pas « *justifié* » par ses titres universitaires, son « *autorité médicale accrue* », etc.) ou encore de la création, avec celle de 1980, du secteur 2 dans lequel les praticiens ont le droit d'exiger des honoraires libres, puis le resserrement des conditions d'accès à celui-ci et enfin leur assouplissement : il est renvoyé, pour les critères actuels, à l'article 12-2 de la convention du 4 juin 2024, qui a précisé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), par laquelle des aides sont attribuées aux praticiens appliquant des dépassements, mais les modérant.

Le Hcaam note que les dépassements d'honoraires ont atteint 4,5 milliards d'euros en 2025, dont 4,3 milliards d'euros du seul fait des spécialistes, ce qui donne

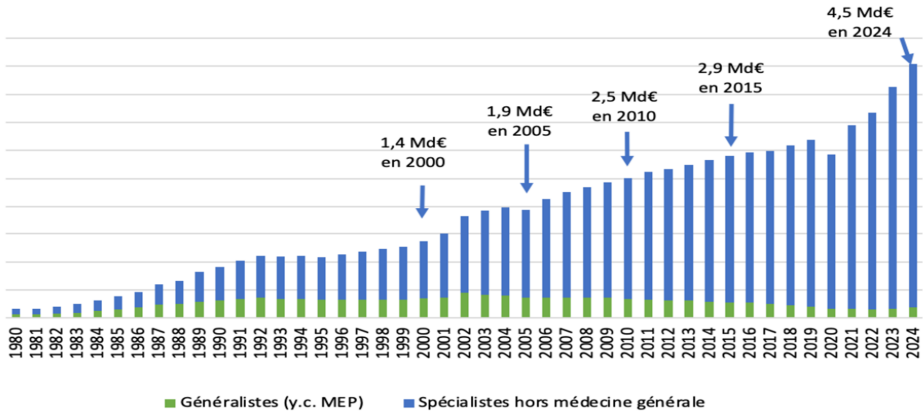
(1) Hauts Conseils pour l'avenir de l'assurance maladie, de la famille, de l'enfance et de l'âge et du financement de la protection sociale, Pour un redressement durable de la sécurité sociale, 3 juillet 2025.

(2) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, 2 octobre 2025.

une hausse de 5 % par an depuis 2019 en valeur, cette progression étant près de deux fois plus rapide qu’au cours de la décennie précédente.

ÉVOLUTION DU MONTANT DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES DE 1980 À 2024

(en euros courants)



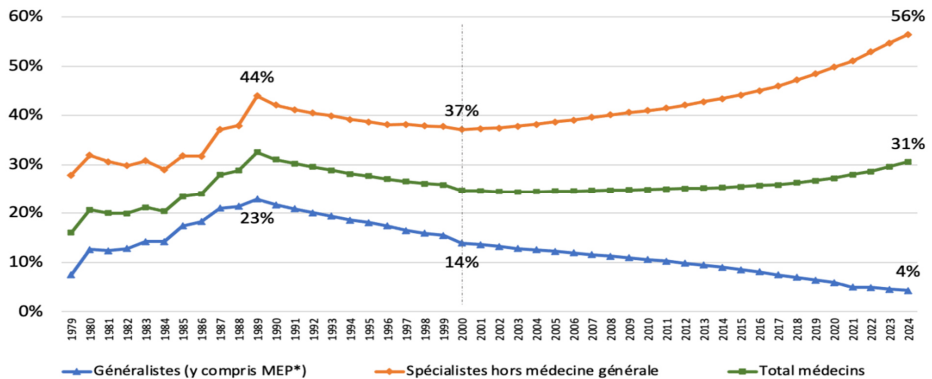
Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2025.

Pour les spécialistes, si l’on retire l’inflation, le total des dépassements a été multiplié par 13 entre 1980 et 2024.

Ainsi, 31 % des médecins adhéraient en 2024 au secteur 2, le taux chez les nouveaux installés grimpant à 64 % en 2017 et 74 % en 2024 : cet élément a son importance car, ainsi que le relève le Haut Conseil, « les taux de dépassements augmentent avec l’âge et l’ancienneté [...] dans toutes les spécialités, de façon plus ou moins marquée – et leur évolution au cours des quinze dernières années ne suggère pas d’effet de génération parmi les médecins récemment installés ».

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MÉDECINS LIBÉRAUX EN SECTEUR 2 DE 1980 À 2024

(en pourcentage)



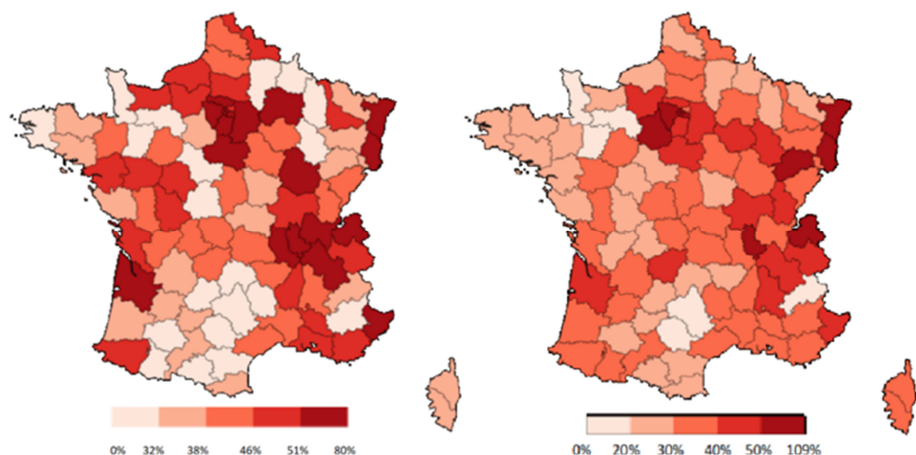
Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2025.

Pour les assurés – sans intégrer les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) –, l'adhésion à une complémentaire santé permet de bénéficier d'une prise en charge des dépassements, rarement intégrale, dans 90 % des cas pour les contrats collectifs mais seulement 60 % s'agissant des contrats individuels. À cette matrice juridique s'ajoute une grille de lecture plus économique : « *les dépassements s'avèrent plus élevés en moyenne pour les patients ayant un meilleur niveau de vie et vivant dans les communes plus riches, mais les patients habitant des communes modestes se trouvent aussi exposés à des dépassements d'honoraires du fait d'une insuffisance d'offre à tarif opposable, et ces dépassements peuvent atteindre des niveaux élevés pour certains actes et épisodes de soins qui sont au cœur des soins nécessaires* ». Plus largement, d'après le Hcaam, « *la variabilité et la faible prévisibilité des dépassements d'honoraires suscitent chez beaucoup de patients un sentiment de facturation aléatoire, discrétionnaire et imprévisible* ».

Le reste à charge des ménages à raison des seuls dépassements d'honoraires était, en 2024, de 5,6 milliards d'euros après l'intervention de l'AMO et de 2,4 % après celle de l'AMC, cette dernière les assumant dans une proportion estimée entre 37 % et 40 % (entre 1,3 et 1,6 milliard d'euros en 2022).

**PROPORTION DE SPÉCIALISTES EN SECTEUR 2 (GAUCHE)
ET TAUX MOYEN DE DÉPASSEMENT (DROITE) PAR DÉPARTEMENT EN 2022**

(en pourcentage)



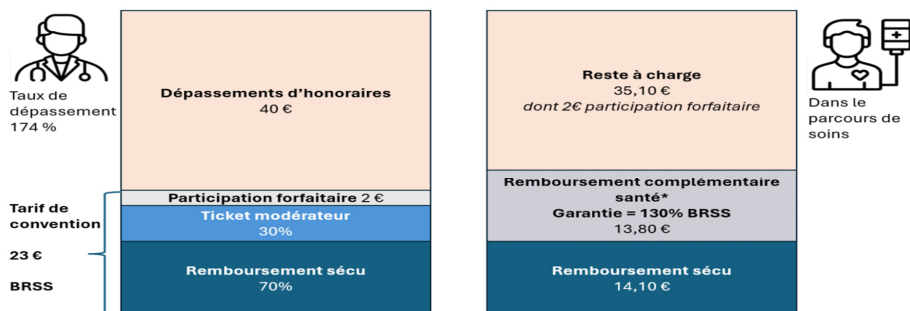
Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2025.

Puisque leur pratique et leur montant croissent, les dépassements sont certes fois une charge pour les complémentaires et pour les assurés ⁽¹⁾, puisque celles-ci ne

(1) Des interdictions d'appliquer des dépassements d'honoraires sont notamment prévus aux I et I bis de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale : bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire « sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée », etc. Le rapport déjà cité du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie indique que : « cependant, chaque année, [...] le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) publie des témoignages sur des dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la C2S ».

les remboursent que pour au plus 60 %, mais la question se pose aussi de savoir si leur solvabilisation relative n'entraîne pas une normalisation – une incitation ?

CAS TYPE DE FACTURATION ET DE PRISE EN CHARGE POUR UNE CONSULTATION DE PÉDIATRIE EN SECTEUR 2 HORS OPTAM



* dont 6,90 € pris en charge par la sécurité sociale si le patient est en ALD

Note : BRSS – base de remboursement de la sécurité sociale (si le praticien avait adhéré à l'Optam, la base n'aurait pas été minorée et se serait élevée à 31,50 euros).

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2025.

Une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) conduite en 2023 et citée par le Hcaam établissait que :

– « quatre bénéficiaires sur dix de contrat individuel (et un bénéficiaire sur dix de contrats collectifs) ont une garantie de 6,90 euros pour une consultation de spécialiste hors Optam et de 9,00 euros pour une consultation de spécialiste Optam (correspondant au montant du ticket modérateur, soit aucune prise en charge des dépassements d'honoraires) ; près de la moitié des assurés de contrat collectif et un assuré sur dix de contrat individuel bénéficient de la garantie maximale autorisée de 29,90 euros pour une consultation hors Optam » ;

– « la prise en charge très inégale des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé [...] se répercute sur les restes à charge des ménages mais également sur le recours aux soins ; en effet, les travaux d'évaluation montrent que le niveau de prise en charge par la complémentaire santé influence le recours aux soins de spécialistes [...] ; les patients modestes, hormis ceux qui sont bénéficiaires de la C2S, ont globalement moins de chances d'avoir une protection financière contre les dépassements d'honoraires par leur complémentaire ; or compte tenu de la complexité du système, de la variabilité des pratiques [...], mais aussi de la prédominance du secteur 2 pour certains types d'actes, ces patients peuvent se retrouver confrontés, de façon plus subie que choisie, à des dépassements » ;

– « lorsque l'on s'élève dans l'échelle des revenus, le reste à charge (RAC) après remboursement par l'assurance maladie obligatoire augmente, non pas du fait des RAC opposables (ticket modérateur, forfait hospitalier...), qui sont stables, que d'un recours plus important à des types de soins pour lesquels il y a une liberté tarifaire (dispositifs médicaux...), mais aussi des dépassements d'honoraires ».

DÉCILES DES GARANTIES DES CONTRATS SOUSCRITS POUR UNE CONSULTATION DE SPÉCIALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS EN 2023

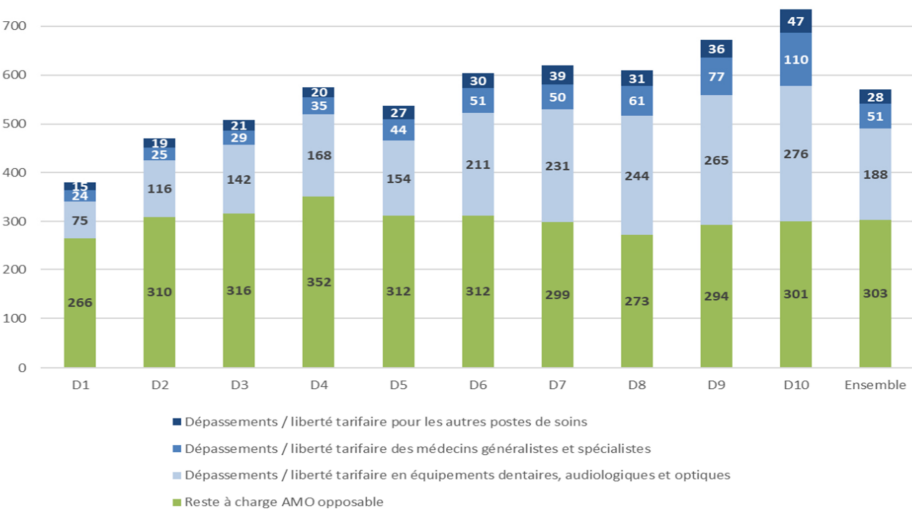
(en euros)

Déciles des garanties des bénéficiaires	Consultation auprès d'un spécialiste adhérent à l'Optam			Consultation auprès d'un spécialiste non-adhérent à Optam		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
D1	9	9	9	6,90	6,90	6,90
D2	24	9	9	8,10	6,90	6,90
D3	30	9	16,50	18,40	6,90	6,90
D4	39	9	24	23	6,90	13,80
D5	45	22,50	30	28,80	11,50	18,40
D6	54	24	39	29,90	13,80	23
D7	60	24	45	29,90	13,80	29,90
D8	69	33	60	29,90	18,40	29,90
D9	99	45	75	29,9	29,90	29,90
Moyenne	50	26	38,60	22	14	18,40

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2025.

DÉCOMPOSITION DU RESTE À CHARGE ANNUEL APRÈS REMBOURSEMENT PAR L'AMO SELON LE DÉCILE DE NIVEAU DE VIE EN 2019

(en euros)



Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2025.

Pour le Haut Conseil, « les dispositifs de modération tarifaire incitatifs ont des limites : une part substantielle des praticiens fait l'arbitrage de ne pas adhérer à ces dispositifs (notamment parmi ceux qui pratiquent les niveaux de dépassements les plus élevés) et par ailleurs une part des adhérents à ces dispositifs ne respectent pas leurs engagement ». L'état du droit est que les contrats responsables et solidaires

n'ont pas d'obligation de prendre en charge les dépassements d'honoraires (y compris pour les praticiens adhérant à l'Optam) et les contrats responsables qui les assument doivent respecter des plafonds. Une autre subtilité est que la complémentaire santé peut ne prendre en charge que les dépassements des médecins adhérant à l'Optam (auquel cas les modalités relèvent de la loi des parties) ou ceux de tous les praticiens en secteur 2 (et alors doit être respectée une double limite pour le remboursement du dépassement : au plus 100 % du tarif de responsabilité, sans dépasser la garantie pour les consultations de médecins adhérant à l'option). Aux yeux des rapporteurs comme de l'ensemble de nos concitoyens, l'illisibilité de ces règles est préjudiciable.

En définitive, si les deux tiers du montant des dépassements demeurent à la charge directe des assurés, le reliquat l'est aussi de toute manière puisqu'il est payé au moyen des cotisations).

Le Hcaam conclut à la « *perception d'une rupture par rapport aux valeurs fondatrices de la sécurité sociale* », voire à une « *désocialisation rampante* » :

– « *les dépassements d'honoraires peuvent contribuer à des renoncements aux soins [...] ; le principe de l'assurance maladie obligatoire est de faire en sorte que l'accès aux soins dépende des besoins et non de la capacité à payer ; le fait que l'accès à certains soins, explorations diagnostiques, interventions thérapeutiques, soit aujourd'hui conditionné par les possibilités financières des patients est contraire à ce principe* » ;

– « *le manque d'alternative à tarif opposable dans de nombreux territoires, et la prise en charge le plus souvent partielle de ces dépassements par les complémentaires santé, conduisent à ce que le patient ne dispose pas réellement d'une maîtrise des dépenses à sa charge au cours son parcours de soins [...] ; ainsi aboutit-on au paradoxe qu'une couverture maladie globalement très généreuse [...] laisse subsister une insécurité financière au niveau individuel* ».

Prolongeant celui de l'automne 2025, le Hcaam a donc publié un peu plus de trois mois avant la conclusion des travaux de la Mecss un rapport suggérant trois pistes d'ajustement ⁽¹⁾, pour éviter que les dépassements d'honoraires atteignent 10 milliards d'euros en 2040, un montant « *pas soutenable* » pour les comptes de la Nation et pour le reste à charge des assurés :

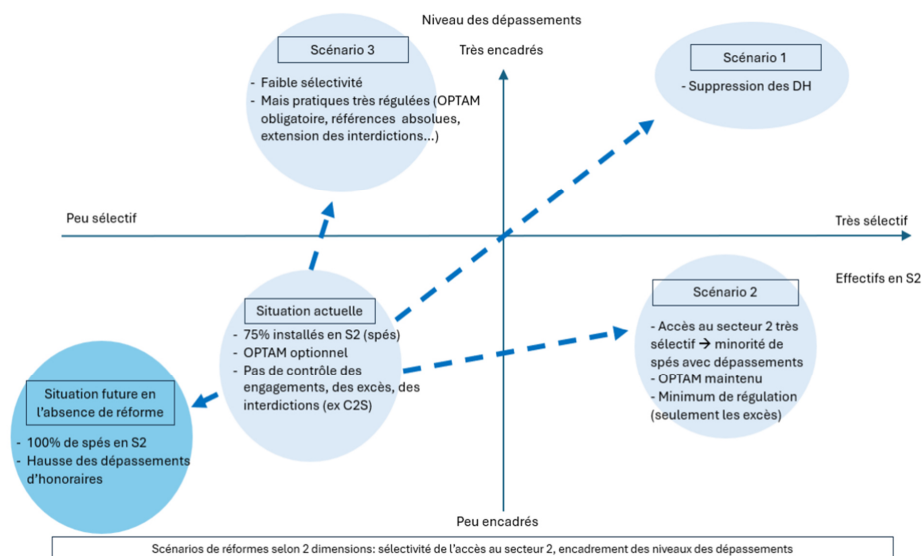
– la première serait une régulation maximale (effectif des praticiens et valeur monétaire), pouvant tendre vers la fin des dépassements d'honoraires ;

– la deuxième reviendrait à renforcer l'offre à tarif opposable en rendant plus sélectif le secteur 2 ;

– la dernière serait une régulation centrée sur les pratiques des dépassements.

(1) *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Trois scénarios pour une réforme des dépassements d'honoraires des médecins, 9 juin 2026.*

SCHÉMA DES SCÉNARIOS DE RÉGULATION DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES



Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juin 2026.

Le rapport du Hcaam « fait le choix de ne pas conditionner la réponse à la question des dépassements d'honoraires à une généralisation du salariat comme cadre d'exercice de la médecine » car, s'il il est exact que les médecins salariés « contribuent à l'existence d'une offre à tarif opposable, fortement présente dans les quartiers de politique de la ville, et incluant une surreprésentation de patients ayant la C2S ou AME dans leur patientèle », il est aussi établi que « cette voie ne peut être considérée comme plus aisée que la régulation des dépassements d'honoraires » et que « sous-entendre que le respect des tarifs opposables n'est pas compatible avec une médecine libérale » est une « idée fausse [et] dangereuse ».

Le scénario le plus radical serait naturellement une économie pour l'AMC, de l'ordre de 1,5 milliard d'euros (dont il faudrait certes déduire environ 50 millions d'euros d'alignement sur les tarifs du secteur 1), mais, de façon pas immédiatement intuitive, il serait une charge pour l'AMO, avec 235 millions d'euros d'alignement, 3,3 milliards d'euros de revalorisations et 415 millions d'euros de prise en charge des cotisations pour les médecins dont les honoraires seraient devenus opposables.

Le scénario n° 2 coûterait 480 à 500 millions d'euros à l'AMO, du fait d'un surplus d'entrées dans le secteur 1 (alignement tarifaire et cotisations), et moins de 30 millions d'euros à l'AMC (imputation de 15 % des revalorisations tarifaires).

Le scénario n° 3 coûterait 700 millions d'euros à l'AMO (230 millions d'euros d'alignement tarifaire, 190 millions d'euros de cotisations et 280 millions d'euros de revalorisations dans les spécialités les moins bien rémunérées) et d'une grosse cinquantaine de millions d'euros pour l'AMC, qui ferait aussi une économie de 1 à 1,2 milliard d'euros (moindres remboursements).

**SIMULATION DES EFFETS DU SCÉNARIO N° 1 POUR L'ASSURANCE MALADIE,
LES PATIENTS ET LES PRATICIENS (À LONG TERME)**

Dépassements d'honoraires	AMO	Patients	Médecins
Court terme			
A horizon 5 ans, par rapport au tendanciel : -36% de DH (avec fin d'accès au S2 pour le flux + gel du niveau des DH pour le stock, hors inflation) (3,8 Mds contre 6 en tendanciel)	Coût négligeable à CT si mesures de fermeture du S2 sur le flux uniquement	Hausse progressive de l'offre à TO, baisse des dépassements d'honoraires	Pertes négligeables si mesures de fermeture de S2 sur le flux uniquement
Long terme			
A horizon 2040, par rapport au tendanciel : -77% de DH (avec fin d'accès au S2 pour le flux + gel du niveau de DH pour le stock, hors inflation) (3,3 Mds contre 10 en tendanciel)	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) : Coût AMO ~680 M € (alignement des tarifs sur S1 et cotisations sociales des médecins en S1) + Revalorisations tarifaires (Total coût AMO chiffré pour 4 Mds) Baisse remboursements AMC ~1,5 Mds (-870 M si revalorisations tarifaires)	A terme (sous pleine entrée en vigueur), fin des dépassements d'honoraires (-4,2 Mds € dont 60% directement à la charge des patients, et 40% couverts par l'AMC) et offre totale à tarifs opposables	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) avec un engagement de l'AMO au niveau des DH totaux (4 Mds) et une revalorisation des tarifs de tous les spécialistes (yc MG) : + 17% des honoraires, 77% de médecins gagnants 73% des spécialistes de S2 restent perdants, avec une baisse moyenne des honoraires de 19%

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juin 2026.

SIMULATION DU COÛT DU SCÉNARIO N° 2 POUR L'ASSURANCE MALADIE

(en milliers ou millions d'euros)

COUT AMO et AMC	Flux 45%
(1) Pour les S1 qui auraient choisi le S2 non OPTAM :	
HSD moyen du S2 non Optam en 2024 (hors MG) (€)	209 000
Ecart cumul médecins en S1 par rapport au tendanciel	19 985
Dont non Optam	9 113
HSD total des S1 qui auraient choisi le S2 non Optam à terme (M €)	1 906
Revalo AMO tarifs S1 (coef revalo 3,72%, tx remb AMO 85,3%) (M€)	60
Supplément AMO cot soc (hyp cot soc 7%) (M€)	133
Cout AMO (M €) (1)	194
Revalo AMC tarifs S1 (M€)	10
(2) Pour les S2 installés qui restent au S1 pendant 10 ans :	
Nombre de médecins installés en S2 (cumul 2024-2033)	13 438
HSD moyen du S2 non Optam en 2024 (hors MG) (€)	209 000
HSD total des S2 installés entre 2024 et 2033 (M€)	2 810
Revalo AMO tarifs S1 (coef revalo 3,72%, tx remb AMO 85,3%) (M€)	89
Supplément AMO cot soc (hyp cot soc 7%) (M€)	197
Coût AMO (M€) (2)	286
Revalo AMC tarifs S1 (M€)	15
Coût AMO (M€) (1+2)	480
Revalo AMC (M€) (1+2)	26

Note : S1 et S2 – secteurs 1 et 2 ; HSD – honoraires sans dépassement ; MG – médecins généralistes

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juin 2026.

B. LA RÉGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE A FAVORISÉ SA RESTRUCTURATION

1. Le maintien de trois familles d'organismes complémentaires avec des modèles économiques et des modalités de gestions distincts

Le marché des complémentaires santé se caractérise par la coexistence de trois familles d'organismes encadrés par des dispositions législatives différentes : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

Les **mutuelles** sont des sociétés à but non lucratif, qui appartiennent à leurs assurés et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Elles relèvent du **code de la mutualité**, dont l'article L. 110-1 précise qu'elles « *exercent leur activité dans le respect du principe de solidarité et mettent en place une gouvernance démocratique, fixée par les statuts, prévoyant la participation des membres* ». De nombreuses mutuelles sont spécialisées et ont historiquement été créées pour des populations ciblées : agents publics, salariés ou retraités d'une branche professionnelle, etc. – on peut donner en exemple la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), celle du ministère de la justice (MMJ), établies juste après la Seconde Guerre mondiale, ou plus anciennement encore la Caisse nationale du gendarme (1888). À l'inverse, les organismes sont dits généralistes lorsqu'ils s'adressent à l'ensemble des particuliers ou des entreprises.

Les **institutions de prévoyance** sont des organismes à but non lucratif gérés de manière paritaire par les partenaires sociaux. Elles sont spécialisées sur la couverture des entreprises ou des branches professionnelles, par des contrats collectifs. Elles relèvent du **code de la sécurité sociale**.

La famille des **entreprises d'assurance** recouvre deux catégories d'organismes régis par le code des assurances :

– les compagnies d'assurance, constituées sous la forme de sociétés anonymes, détenues par des actionnaires et poursuivant un but lucratif ;

– les mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelles), sociétés civiles à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, et dont le fonctionnement est proche de celui des mutuelles.

RÉPARTITION DU MARCHÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ENTRE LES DIFFÉRENTES FAMILLES D'ORGANISMES EN 2022

(en valeur absolue ; en pourcentage)

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Entreprises d'assurance
Nombre d'organismes	272	25	100
Part de marché (chiffre d'affaires)	47 %	17 %	36 %
Part de l'activité « santé » dans le chiffre d'affaires total	82 %	48 %	6 %

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

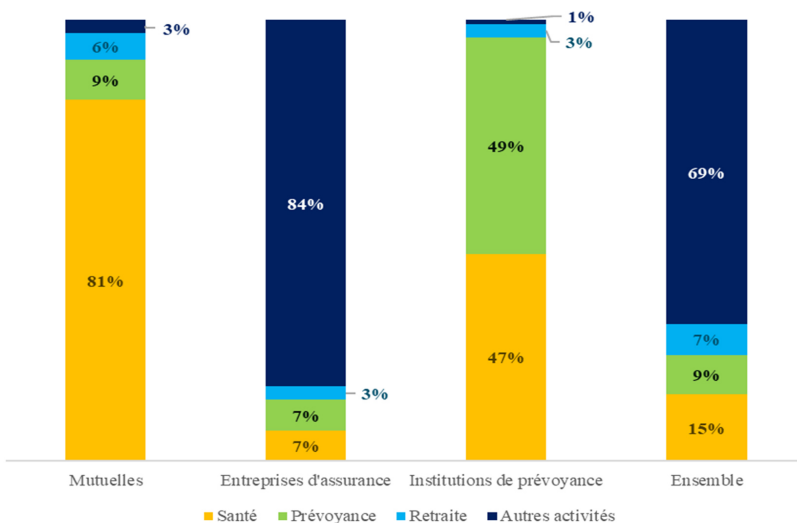
Les modèles économiques des Ocam diffèrent également en fonction de la famille dont ils relèvent.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des risques sociaux. Les mutuelles se concentrent plus particulièrement sur l'activité d'assurance santé, qui représente plus de 80 % de leur chiffre d'affaires, loin devant la prévoyance (9 %) et la retraite (6 %) ⁽¹⁾. Les deux principales activités des institutions de prévoyance sont la santé et la prévoyance.

À l'inverse, dans la mesure où le code des assurances les autorise à exercer une grande variété d'activités d'assurance ⁽²⁾, **la couverture des risques sociaux est minoritaire dans l'activité des entreprises d'assurance** : elle ne représente que 16 % des cotisations perçues en 2023, dont 7 % pour la santé.

RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ PAR FAMILLE D'ORGANISMES EN 2023

(en pourcentage)



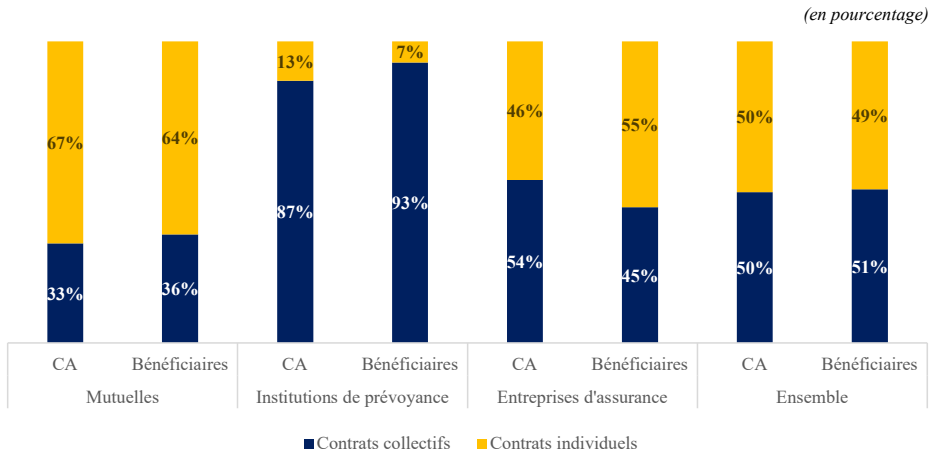
Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

Les contrats souscrits auprès des organismes proposant une couverture santé sont soit des **contrats collectifs**, c'est-à-dire généralement conclus par un employeur pour ses salariés, soit des **contrats individuels**. Les mutuelles sont particulièrement actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente environ les deux tiers de leur activité. À l'inverse, les institutions de prévoyance sont surtout présentes sur le marché des contrats collectifs. L'activité des entreprises d'assurance est quant à elle équilibrée entre les contrats collectifs et les contrats individuels.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 17 décembre 2025.

(2) Par exemple : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance vie, etc.

RÉPARTITION DU CHIFFRE D'AFFAIRES ET DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ENTRE CONTRATS COLLECTIFS ET INDIVIDUELS SELON LA FAMILLE D'ORGANISMES EN 2021

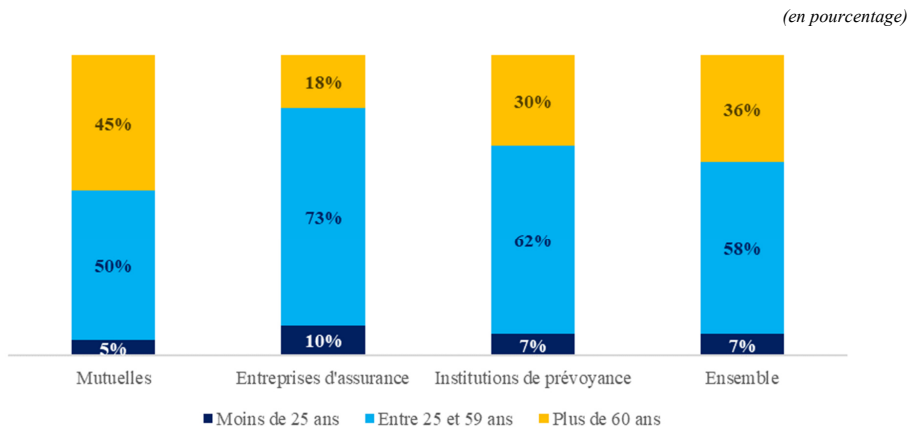


Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

Le profil des souscripteurs varie également en fonction de la famille d'organismes.

Les mutuelles comptent la part la plus élevée de souscripteurs âgés de 60 ans ou plus : ils représentent 45 % de leurs assurés, contre 30 % pour les entreprises d'assurance et 18 % pour les institutions de prévoyance. En raison de leur spécialisation dans les contrats collectifs, les institutions de prévoyance assurent essentiellement des personnes d'âges actifs : 73 % de leurs souscripteurs sont ainsi âgés de 25 à 59 ans. En ce qui concerne les entreprises d'assurance, la répartition par âge de leurs souscripteurs est semblable à celle de l'ensemble des organismes.

RÉPARTITION PAR ÂGE DES SOUSCRIPTEURS SELON LA FAMILLE D'ORGANISMES EN 2021

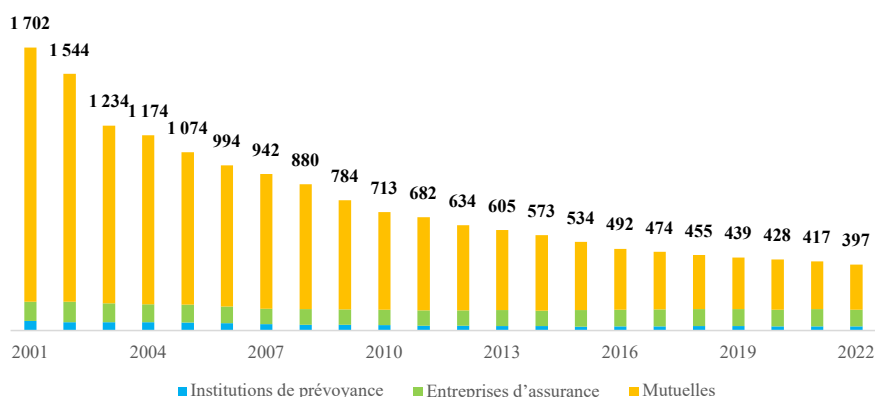


Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

2. Les effets respectifs de la concurrence et des exigences prudentielles sur la concentration du champ de l'assurance maladie complémentaire et le rassemblement d'organismes de nature différente

Le secteur de l'assurance maladie complémentaire connaît une concentration importante depuis le début des années 2000. Selon les données produites par la Drees ⁽¹⁾, le nombre d'Ocam a été divisé par quatre depuis 2001, et presque par six pour les mutuelles. La concurrence et les exigences normatives, notamment prudentielles, ont en effet conduit le secteur à se restructurer : par des fusions et des absorptions, les organismes cherchent à atteindre une taille critique pour être mieux en capacité de répondre à ces enjeux.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES EXERÇANT UNE ACTIVITÉ D'ASSURANCE SANTÉ DE 2001 À 2022



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

Outre la diminution du nombre d'organismes, la concentration du marché des complémentaires santé résulte également des **rapprochements d'Ocam au sein de groupes d'assurance**, qui permettent à leurs membres de nouer des solidarités financières et de coordonner leurs stratégies. Ces groupes recouvrent un peu moins de la moitié des organismes complémentaires, mais représentent la grande majorité du marché (85 % des cotisations de santé en 2022). Les cinq plus grands groupes ont ainsi récolté 43 % des cotisations de santé totales en 2022.

Cette dynamique de concentration s'explique, selon l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ⁽²⁾, par trois catégories de facteurs :

- d'abord, par les **évolutions des réglementations sectorielles**, à l'image des soins pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire ou de la généralisation de la complémentaire santé collective ;

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, juillet 2024.

(2) Réponses écrites de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au questionnaire des rapporteurs.

– ensuite, par le **caractère très concurrentiel du marché des complémentaires santé** : il existe en effet une forte compétition sur les prix qui, en lien avec l’augmentation des dépenses de santé sous l’effet du vieillissement de la population, conduit à des marges techniques faibles. En outre, pour être en mesure de répondre aux appels d’offres des entreprises, les Ocam doivent pouvoir proposer des tarifs compétitifs et assumer un volume de gestion important ;

– enfin, par le **renforcement des exigences prudentielles** applicables aux organismes d’assurance, qui doivent d’ailleurs être agréés par l’ACPR : l’activité des complémentaires santé est encadrée, depuis 2002, par des normes prudentielles visant à garantir la stabilité financière des organismes assureurs et leur capacité à honorer les prestations à leur charge. Ces normes résultent, pour l’essentiel, de la transposition en droit national de directives européennes visant notamment à mettre en place un marché unique européen de l’assurance privée.

Si l’ACPR estime que les exigences prudentielles n’ont contribué que subsidiairement à la concentration du marché, les organismes d’assurance maladie complémentaire interrogés par la Mecss insistent néanmoins sur cet enjeu.

Dans ses réponses au questionnaire des rapporteurs, l’ACPR indique que : *« [son] contrôle englobe aussi bien le respect des règles prudentielles [...] que la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, ou encore la protection de la clientèle »* et que *« la démarche de contrôle et la typologie des actions de contrôle individuelles menées sur les Ocam sont similaires à celles réalisées sur les entités assurantielles des autres secteurs ; elles s’inscrivent dans le cadre d’une approche fondée sur les risques : [...] analyse de la situation financière et des risques au travers des états quantitatifs et rapports narratifs prévus en particulier par la réglementation européenne [...], demandes d’information et entretiens réguliers avec les dirigeants [...], autorisation de certaines opérations, entretiens de surveillance rapprochée, analyses transverses de risque, visites sur place, contrôles sur place, plan de suivi renforcé [...], suivi des suites de contrôle [...] »*.

L’encadrement prudentiel applicable aux Ocam est défini par la **directive Solvabilité II** ⁽¹⁾, transposée en droit français en 2015 ⁽²⁾, qui régle l’ensemble des activités d’assurance, et qui s’applique donc à toutes les familles de complémentaires santé. Les organismes y sont soumis lorsqu’ils réalisent au moins 5 millions d’euros de primes annuelles et lorsque le total de leurs provisions techniques est supérieur à 25 millions d’euros. En dessous de ces seuils, ils sont soumis aux règles antérieures, dites « Solvabilité I » (87 Ocam étaient concernés en 2025).

(1) Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l’accès aux activités de l’assurance et de la réassurance et leur exercice, modifiée par la directive 2014/51/UE du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 (dite « Omnibus II »).

(2) Ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015, prise sur le fondement des habilitations votées à l’article 4 de la loi n° 2014-1662 du 30 décembre 2014 portant diverses dispositions d’adaptation de la législation au droit de l’Union européenne en matière économique et financière (un projet de loi de ratification a été déposé le 22 juillet 2021 sur le bureau de l’Assemblée nationale) ; décret n° 2015-513 du 7 mai 2015 pris pour l’application de ladite ordonnance.

Le régime prudentiel Solvabilité II

Les règles prudentielles de Solvabilité II répartissent en trois piliers les exigences applicables aux entreprises d'assurance, notamment en matière de **fonds propres**.

Le **pilier 1** est relatif aux exigences quantitatives, c'est-à-dire les règles de valorisation des actifs et des passifs, ainsi que les exigences de capital et leur mode de calcul.

Il existe ainsi deux exigences de capital :

- le minimum de capital requis (*minimum capital requirement – MCR*) ;
- le capital de solvabilité requis (*solvency capital requirement – SCR*).

Le **pilier 2** concerne les exigences qualitatives, soit, d'une part, les règles de gouvernance et de gestion des risques et, d'autre part, l'évaluation propre des risques de la solvabilité (*own risk and solvency assesment – Orsa*). Solvabilité II impose ainsi aux organismes d'assurance la mise en place d'un système de gouvernance efficace et transparent afin de garantir une gestion saine et prudente de l'activité. L'Orsa témoigne quant à lui de la capacité de l'organisme ou du groupe à identifier, mesurer et gérer les éléments de nature à affecter sa solvabilité ou sa situation financière.

Le **pilier 3** porte sur les informations à destination du public et du superviseur. Il s'agit d'harmoniser au niveau européen les informations publiées par les organismes d'assurance et celles remises aux superviseurs (processus dit « *QRT* »).

Selon la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), *« l'application de la réglementation Solvabilité II puis le relèvement des exigences en capital [ont conduit à] un renforcement de la charge de conformité et de gestion du risque »* ⁽¹⁾. La Fédération nationale de l'innovation mutualiste (Fnim) estime quant à elle que *« ce cadre produit des effets très concrets : augmentation des coûts de gestion, dépendance accrue à des expertises techniques externes et distanciation croissante entre la gouvernance mutualiste et les exigences réglementaires ; il contribue à la concentration du secteur, en renforçant les barrières à l'entrée »* ⁽²⁾.

Les règles prudentielles du régime Solvabilité II ont toutefois été révisées par la directive du 27 novembre 2024, qui doit être transposée par les États membres de l'Union européenne avant le 29 janvier 2027 ⁽³⁾. Selon l'ACPR, *« cette révision aura un impact modéré sur les exigences de capital des [Ocam] en montant »*.

En outre, *« la réforme pourrait être particulièrement favorable aux petits organismes, grâce à la simplification de certaines exigences en matière de gouvernance et de gestion des risques, ainsi qu'à des allègements de reporting »*. En effet, *« le nouveau statut de SNCU (small and non complex undertaking – entité petite et non complexe), qui ouvre droit à ces mesures de proportionnalité, concernerait un nombre significatif d'acteurs du secteur [de la] santé : on estime en*

(1) Réponses écrites de la Fédération nationale de la mutualité française au questionnaire des rapporteurs.

(2) Ibid.

(3) Directive (UE) 2025/2 du Parlement européen et du Conseil du 27 novembre 2024 modifiant les directives 2009/138/CE, 2002/87/CE et 2013/34/UE.

effet qu'environ la moitié des entités éligibles exercent une activité dans ce domaine »⁽¹⁾.

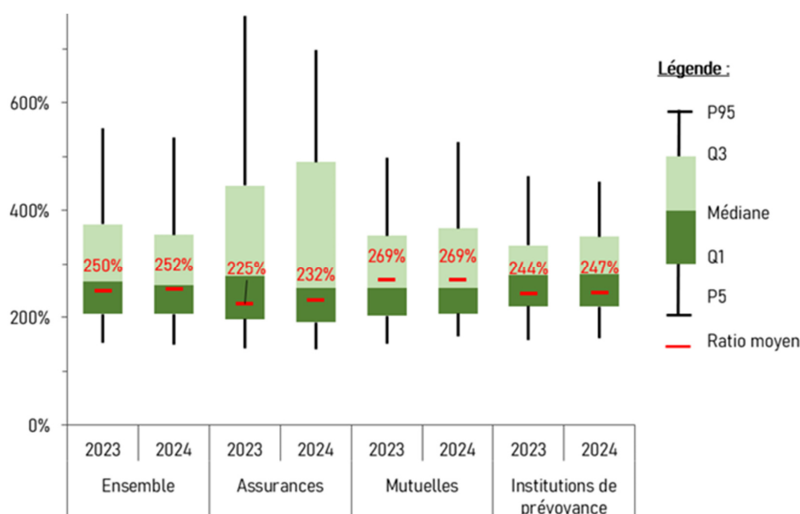
L'ACPR estime aussi que : « le cadre prudentiel a encouragé la création de sociétés de groupe d'assurance mutuelle, sociétés de groupe assurantiel de protection sociale et unions mutualistes de groupe, des structures juridiques [...] dont l'objectif principal est d'organiser la solidarité financière et la coordination stratégique entre plusieurs entités à forme non capitalistique, permettant la mutualisation des fonds propres et une gestion consolidée de la solvabilité » ; « les écarts de ratios de solvabilité s'expliquent en partie par la capacité des organismes à avoir recours à un apport de fonds propres en provenance d'un tiers : pour les sociétés d'assurance, quand elles appartiennent à un groupe, le ratio de solvabilité peut ainsi être plus faible car le groupe peut venir les recapitaliser (ou les réassurer) si nécessaire ; mais il faut noter que les écarts de ratios de solvabilité sont très importants au sein des catégories d'Ocam »⁽²⁾.

(1) Réponses écrites de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au questionnaire des rapporteurs.

(2) Ibid.

ÉVOLUTION DU RATIO DE COUVERTURE DU CAPITAL DE SOLVABILITÉ REQUIS DES ORGANISMES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ ET PRÉVOYANCE DE 2016 À 2024 (haut) ET DISTRIBUTION DU TAUX DE COUVERTURE EN FONCTION DE LEUR STATUT (bas)

(en milliards d'euros ; en pourcentage)



Source : réponses écrites de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au questionnaire des rapporteurs.

3. Le maintien des frais de gestion des complémentaires à des niveaux supérieurs à ceux de l'assurance maladie obligatoire

a. La modernisation de la gestion de l'assurance maladie complémentaire, les restructurations du secteur et les évolutions des garanties ont pu entraîner une augmentation transitoire des frais de gestion

Les charges de gestion recouvrent trois catégories de dépenses :

– les **frais de gestion des sinistres**, c'est-à-dire les frais liés au traitement des dossiers de sinistres, les commissions versées au titre de la gestion des sinistres, et les frais de contentieux attendant aux remboursements (21 %) ;

– les **frais d’acquisition**, qui correspondent aux dépenses engagées pour attirer de nouveaux clients, notamment les dépenses de publicité (lesquelles peuvent aller, et le lecteur aura aisément des exemples en tête, jusqu’au soutien à des clubs ou manifestations sportifs) et les frais de réseaux commerciaux (41 %) ;

– les **frais d’administration et autres charges techniques**, qui renvoient aux dépenses résultant de la gestion courante des contrats et des systèmes d’information et du recouvrement des cotisations (39 %).

Les frais de gestion représentent de l’ordre de 20 % des cotisations hors taxes collectées par les organismes d’assurance maladie complémentaire. Cette part a progressé entre 2011 et 2020, avant de diminuer entre 2022 et 2024.

ÉVOLUTION DE LA PART DES CHARGES DE GESTION DANS LES COTISATIONS EN SANTÉ PAR TYPE DE CONTRATS ENTRE 2011 ET 2024

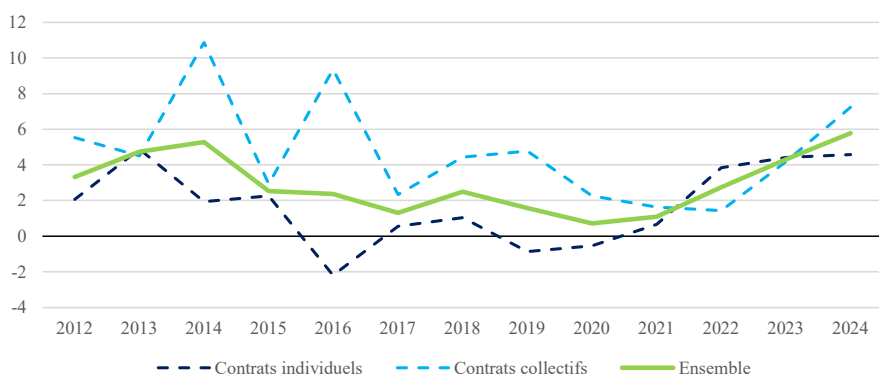


Source : direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, décembre 2025.

En raison de la forte hausse du niveau des cotisations prélevées, cette augmentation limitée en ratio masque toutefois une forte augmentation en valeur des frais de gestion des Ocam, notamment depuis 2020. Alors qu’elles étaient de près de 6,4 milliards d’euros en 2013, les dépenses de gestion des complémentaires santé s’élèvent ainsi à 8,8 milliards d’euros en 2024, soit une progression de 38 %.

ÉVOLUTION DES CHARGES DE GESTION DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ DE 2012 À 2024

(en pourcentage)



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

On observe toutefois des disparités dans le niveau des frais de gestion selon les types de contrats, collectifs ou individuels. Les charges de gestion des premiers sont ainsi en moyenne inférieures à celles des seconds et cet écart structurel résulte à la fois des frais d'acquisition et des frais d'administration : la part des frais d'acquisition dans les cotisations est en général plus faible dans les contrats collectifs, du fait du nombre d'interlocuteurs réduit, qui diminue le coût de publicité et de vente des contrats ; les frais d'administration sont également un peu plus faibles dans les contrats collectifs, car les cotisations peuvent être prélevées directement par les entreprises et reversées aux Ocam ⁽¹⁾.

Il existe aussi des différences selon la famille dont relèvent les organismes assureurs. Depuis 2022, les charges de gestion des entreprises d'assurance ont fortement augmenté par rapport à celles des mutuelles et des institutions de prévoyance. En 2024, elles ont ainsi progressé de 12 %, à un rythme nettement supérieur à celui des mutuelles (1,4 %) et des institutions de prévoyance (2,1 %). Les entreprises d'assurance ont par ailleurs les charges de gestion relatives les plus élevées : elles représentent 20 % des cotisations en 2024, contre 19 % pour les mutuelles et 14 % pour les institutions de prévoyance ⁽²⁾.

Pour expliquer la dynamique haussière des frais de gestion depuis une quinzaine d'années, plusieurs justifications peuvent être avancées ⁽³⁾ :

– d'abord, le renforcement du cadre réglementaire et prudentiel a imposé aux organismes des investissements importants, le recours à des expertises externes, ainsi que la refonte de leurs systèmes d'information, et donc une hausse de leurs frais d'administration ;

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 17 décembre 2025.

(2) Ibid.

(3) Ibid.

– ensuite, la compétition commerciale à laquelle se livrent les organismes complémentaires génère des frais d’acquisition conséquents ;

– la restructuration du secteur, avec les fusions et les absorptions constatées, a aussi entraîné des surcoûts transitoires lors des phases de rapprochement ;

– les frais de gestion progressent également du fait de l’enrichissement des garanties et du développement de services connexes : la prise en charge de certaines prestations hors du champ de l’assurance maladie obligatoire (AMO), à l’image des médecines douces (ostéopathie, sophrologie, etc.), contribue à l’augmentation des frais de gestion des sinistres. Les organismes complémentaires ont par ailleurs développé une gamme élargie de services pour leurs adhérents : tiers payant, réseaux de soins, plateformes d’assistance, téléconsultation, etc.

b. Plusieurs facteurs devraient toutefois contribuer à réduire le niveau de ces frais

Malgré la forte hausse observée sur la période récente, les évolutions du secteur et du marché de l’assurance maladie devraient favoriser une diminution des frais de gestion – l’AMO a fait baisser les siens de 3,6 % à 2,7 % en dix ans ⁽¹⁾.

D’abord, la baisse du nombre d’organismes et leur concentration devraient engendrer des économies d’échelle grâce à la mutualisation des outils informatiques et des fonctions supports, comme le reconnaissent les Ocam eux-mêmes ⁽²⁾.

Ensuite, la généralisation de l’application *Noémie* ⁽³⁾, qui permet le transfert dématérialisé des décomptes de remboursement de la sécurité sociale vers les organismes complémentaires, simplifie les démarches de l’assuré qui n’a plus à transmettre ses feuilles de soins ou ses factures imprimées à sa complémentaire santé. Le système *Noémie* devrait ainsi favoriser le traitement de masse automatisé des prestations dites de fréquence (soins de ville, pharmacie) et donc réduire le coût unitaire de liquidation des dossiers. En conséquence, un rapport du Sénat publié en 2024 s’étonne de l’augmentation des frais de gestion observée « *alors que la numérisation et la “noémisation” devraient représenter une source d’économies sur les frais de gestion des sinistres* » ⁽⁴⁾.

Ce même rapport souligne qu’une partie des organismes complémentaires présente des frais de gestion d’un niveau nettement inférieur à la moyenne de 20 % des cotisations sociales et en déduit « *qu’il existe des marges de manœuvre, déjà*

(1) *Compte rendu (n° 12) de l’audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l’assurance maladie, par la commission d’enquête de l’Assemblée nationale visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale, 27 janvier 2026.*

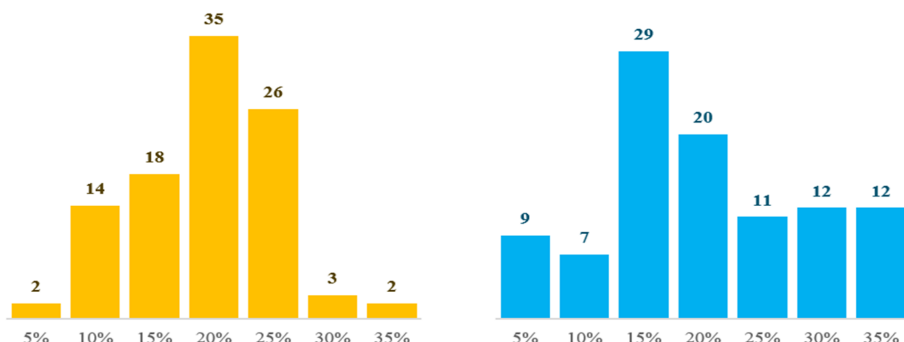
(2) *Réponses écrites de la Fédération nationale de la mutualité française et du Centre technique des institutions de prévoyance (devenu dans l’intervalle la Fédération des institutions paritaires de protection sociale) aux questionnaires des rapporteurs.*

(3) « *Norme ouverte d’échange entre la maladie et les intervenants extérieurs* ».

(4) *Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.*

mobilisées par certains organismes, afin de diminuer les frais de gestion : le taux de 20 % n'est pas un "plancher de verre" issu de contraintes structurelles ».

RÉPARTITION DES 100 PLUS GRANDS (GAUCHE) ET 100 PLUS PETITS (DROITE) ORGANISMES EN FONCTION DU NIVEAU DE LEURS CHARGES DE GESTION



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

c. La décomposition des frais de gestions des organismes complémentaires demeure imparfaitement connue

Les enjeux de rationalisation des frais de gestion des Ocam se heurtent à la persistance de zones d'ombre quant à leur composition. La nomenclature comptable réglementaire, qui répartit les frais de gestion en trois catégories (frais d'acquisition, frais d'administration, et frais de gestion des sinistres), présente en effet des limites.

D'abord, **la catégorie des frais d'administration est jugée réductrice par les Ocam, car elle englobe sans distinction des dépenses administratives de gestion et des services rendus directement aux adhérents** : « *dans ce cadre, sont intégrés aux frais d'administration [...] un ensemble de prestations qui ne relèvent pas dans leur finalité d'une simple fonction administrative : prévention, actions de promotion de la santé, accompagnement, actions sociales et solidaires, accueil physique et humain dans les territoires, plateformes d'appels physiquement implantées sur le territoire français et dédiées exclusivement aux adhérents de la mutuelle, services numériques, gestion du tiers payant, soutien aux centres de santé sans avance de frais ni dépassement d'honoraires...* » ⁽¹⁾.

Ensuite, **cette présentation comptable ne permet pas d'isoler les dépenses relatives à la prévention**, souvent intégrées à la catégorie des frais d'administration et autres charges techniques ⁽²⁾. Le ministère compétent estime qu'il « *conviendrait que ces actions soient toutes pertinentes et ne soient pas un moyen indirect de conduire des actions de communication* » ⁽³⁾.

(1) Réponses écrites de la Solimut au questionnaire des rapporteurs.

(2) Réponses écrites d'Aéma au questionnaire des rapporteurs.

(3) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

Enfin, l'accompagnement social des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) réalisé par certaines mutuelles est peu mis en avant. Dans ce cas, les charges de gestion de l'organisme augmentent, mais pas les cotisations perçues, ce qui alourdit artificiellement la part que représentent les frais de gestion dans les cotisations collectées.

d. La comparaison entre les frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires présente des limites

La comparaison des frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire avec les charges de gestion des organismes complémentaires alimente généralement les débats sur les hausses des tarifs pratiqués par les complémentaires santé, et sur la pertinence même de l'assurance maladie complémentaire.

**DÉPENSES DE GESTION DU SYSTÈME DE SANTÉ SELON LE FINANCEUR
DE 2014 À 2024**

(en millions d'euros)

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Sécurité sociale	7 214	6 520	6 590	6 729	6 728	6 990
Organismes complémentaires	6 784	7 621	7 692	7 905	8 263	8 744
<i>dont mutuelles</i>	3 472	3 696	3 687	3 775	3 876	3 934
<i>dont institutions de prévoyance</i>	875	978	960	1 008	1 046	1 068
<i>dont entreprises d'assurances</i>	2 437	2 947	3 045	3 122	3 341	3 742
Administrations publiques centrales	938	1 008	1 126	1 111	1 129	1 171
<i>dont État</i>	831	849	966	954	956	968
<i>dont opérateurs publics</i>	107	160	159	156	173	203
Ensemble	14 935	15 150	15 408	15 744	16 120	16 905

Source : Drees, Les dépenses de santé en 2024, Édition 2025.

Toutefois, cette comparaison se heurte aux différences qui existent entre les missions et les structures de coûts de l'AMO et de l'AMC.

En effet, la première opère en situation monopolistique, et propose un contrat unique et indifférencié à l'ensemble des assurés sociaux. À ce titre, elle n'engage aucune dépense pour conquérir ou fidéliser ses assurés. À l'inverse, les Ocam évoluent sur un marché hautement concurrentiel fondé sur le libre choix de l'assuré et la personnalisation des garanties. Cette complexité contractuelle et la compétition commerciale expliquent les dépenses d'acquisition exposées par les organismes complémentaires.

Par ailleurs, l'AMO ne supporte pas les coûts relatifs au prélèvement des cotisations et à sa gestion contentieuse. L'ensemble de ces opérations est assuré par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et leur caisse nationale et n'apparaît donc pas dans les frais de gestion de la branche maladie, contrairement à celles des complémentaires santé.

D'après France Assureurs, ce poste de dépenses représente 8 % des frais de gestion totaux des Ocam ⁽¹⁾.

Selon le rapport déjà cité du Sénat ⁽²⁾, la comparaison, bien que toujours imparfaite, a en revanche davantage de sens s'agissant des frais de gestion des sinistres. Ces derniers représentent environ 4 % des prestations versées par les Ocam, auxquels il conviendrait d'ajouter une fraction minoritaire de leurs frais d'acquisition et d'administration, contre 3,6 % pour l'assurance maladie obligatoire.

II. CETTE ARTICULATION EST MISE SOUS TENSION PAR L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LES RESTRUCTURATIONS DU SECTEUR DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Deux enjeux actuels se combinent : continuer d'assurer un haut niveau de protection aux assurés dans un contexte d'augmentation des dépenses de santé pour la puissance publique mais plus largement pour la Nation, tout en maîtrisant cette augmentation ; maintenir des logiques de solidarité face au risque de démutualisation des prises en charge.

A. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, L'ACCROISSEMENT DES PATHOLOGIES MULTIPLES ET CHRONIQUES EN SON SEIN ET LE PROGRÈS TECHNIQUE ENTRAÎNENT UNE HAUSSE TENDANCIELLE DE LA PART DES DÉPENSES PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE, CE QUI A PU JUSTIFIER DES TRANSFERTS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE VERS L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Malgré une légère inflexion pour les deux derniers exercices pour lesquelles des données existe, la tendance à la hausse du financement de la consommation de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par les administrations publiques et singulièrement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) est patente :

– depuis 2010, la proportion la plus faible assumée par l'AMO était 76,9 % en 2011 et elle avait crû pour atteindre 80,1 % en 2020, année bien sûr marquée par une crise pandémique ayant mobilisé le système hospitalier et impliqué en ville des dépenses (tests, etc.) totalement ou largement payées par la sécurité sociale, avant un léger recul à 79,4 % en 2024 ;

– pour l'assurance maladie complémentaire (AMC), un point haut avait été atteint en 2012 et 2013 avec 13,1 % puis le taux était descendu à 12 % en 2020 pour remonter à 12,8 % en 2024 ;

– le reste à charge des ménages a considérablement reculé, passant de 10,1 % en 2010 à 7,8 % en 2024.

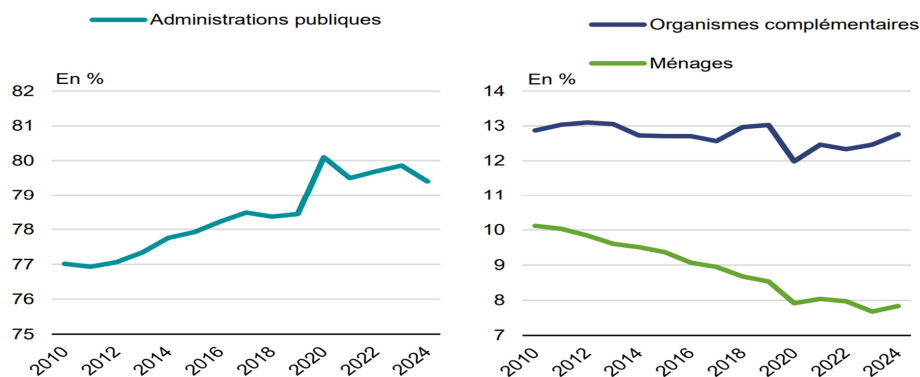
(1) Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.

(2) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

Une telle observation statistique pourrait à elle seule éteindre toute remarque pointant parfois dans le débat public quant à un « désengagement » de la sécurité sociale ou à un processus de « déremboursement » d’inspiration « austéritaire ».

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DE SANTÉ ET DE BIENS MÉDICAUX DE 2010 À 2024

(en pourcentage)

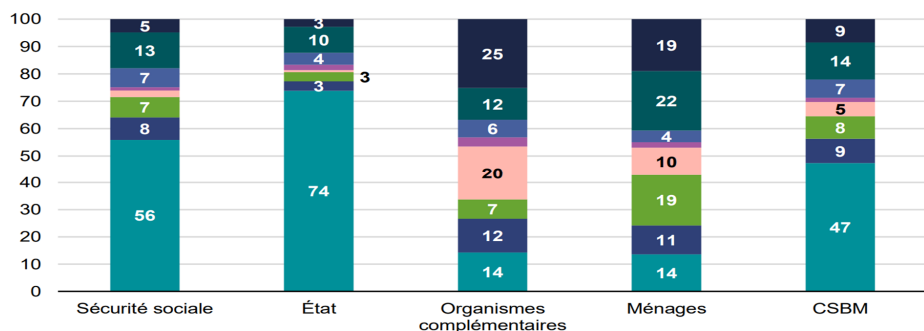


Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2025.

Cette évolution tient : (i) à une évolution comptable imputant le financement de la complémentaire santé solidaire (CS2) intégralement à la sécurité sociale depuis 2021 alors que l'État partageait cette responsabilité pour la part complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) ; (ii) à l'inflation des soins hospitaliers et des médicaments, pour lesquels la couverture par l'AMO est plus vaste ; (iii) au vieillissement de la population et, ce qui est lié, à la hausse du nombre de personnes ayant une affection de longue durée (ALD) ; (iv) à des évolutions normatives (création ou extension de droits auprès de l'AMO, nuancées par des « transferts de charges » vers l'AMC).

STRUCTURE DE LA DÉPENSE DE CHAQUE CATÉGORIE DE FINANCEUR DE LA CONSOMMATION DE SANTÉ ET DE SOINS MÉDICAUX EN 2024

(en pourcentage)



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2025.

1. Le dispositif des affections de longue durée permet une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de dépenses qui seraient en temps normal imparties à l'assurance maladie complémentaire

Ainsi que cela a été indiqué *supra*, l'une des raisons pour lesquelles la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CBSM) dont le financement est assumé par la branche maladie des régimes obligatoires (Robss) croît est la hausse du nombre de personnes connaissant une affection de longue durée (ALD). La Drees a indiqué aux rapporteurs « *ne pas avoir publié d'estimation des économies réalisées par les Ocam du fait de l'existence du statut d'ALD* ».

En effet, certains des « *tarifs servant de base au calcul des prestations* » relevant de la branche maladie peuvent faire l'objet d'une « *participation de l'assuré* », ainsi que le prévoit le premier alinéa du I de l'article L. 160-13, précité : cette participation comprend le ticket modérateur, les restes à charge (franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports ; participation forfaitaire pour les consultations ; forfait hospitalier) et les dépassements d'honoraires.

Cependant, le ticket modérateur n'est pas exigé, s'agissant des soins en lien avec l'affection ⁽¹⁾ et dans la limite des tarifs remboursables, quand le bénéficiaire :

– a une **ALD dite « 30 »**, définie comme « *une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret* », au nombre de vingt-neuf au moment de la remise du présent rapport (3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale) ⁽²⁾ ;

– ou est « *reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la [même] liste, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant* » qui, de façon cumulative, nécessite(nt) un « *traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* », ce qui correspond aux **ALD dites 31 et 32** (4° du même article).

La participation aux frais occasionnés par un passage non programmé dans un service d'urgences d'un établissement de santé est aussi réduite pour les assurés ayant une ALD (quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13 dudit code).

Il y a deux ans, les inspections générales des finances (IGF) et des affaires sociales (Igas) ont publié une revue de dépenses relative aux ALD ⁽³⁾, dans laquelle est avancé que le montant total des dépenses d'assurance maladie à destination des personnes en ALD était de 112 milliards d'euros en 2021, dont 91 milliards d'euros en lien avec leur ALD (l'exonération de ticket modérateur valant 15 milliards d'euros), le dispositif couvrant 91 % des frais des 13,7 millions de personnes

(1) Cette exemption vaut aussi pour les transports eux-mêmes liés aux examens et traitements prescrits dans le cadre d'une ALD (article R. 322-10 du même code).

(2) Article D. 160-4 du code de la sécurité sociale et son annexe (exemples : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, diabète de type 1 et de type 2, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, etc.)

(3) Rapport n° 2023-M-103-03 de l'Inspection générale des finances et n° 2023-126R de l'Inspection générale des affaires sociales, 12 septembre 2024 (document mis à jour le 16 décembre 2025).

concernées (soit en moyenne 9 300 euros par an, avec un reste à charge d’environ 840 euros par an).

COMPARAISON DE LA PRISE EN CHARGE DES ASSURÉS DE DROIT COMMUN ET EN ALD

Type de soin	Assuré social de droit commun	Assuré en ALD (pour les soins en lien avec l'ALD)
Soins hospitaliers	- Ticket modérateur de 20% du tarif du séjour¹⁴ si pas d'acte > 120€ ; sinon, participation forfaitaire de 24€ - Forfait hospitalier - Forfait « urgence »	Absence de ticket modérateur
		- Forfait hospitalier - Forfait « urgence » minoré (8,49 €)
Soins de ville et consultations externes	Ticket modérateur de 100 %, 85 %, 65 %, 40 %, 35 % ou 0 % selon les actes et prestations	Exonération du ticket modérateur pour les consultations médicales, actes paramédicaux, médicaments, dispositifs médicaux et examens biologiques
	Participations forfaitaires et franchises pour les consultations médicales, actes de biologie, médicaments	Comme les assurés sociaux de droit commun
	Dépassements d'honoraires et liberté tarifaire à la charge de l'assuré	Comme les assurés sociaux de droit commun
Transports sanitaires	Pas de prise en charge des transports sauf cas listé à l'article L. 160-14 du CSS	Prise en charge avec exonération du ticket modérateur
Indemnités journalières	- Jour de carence à partir du 1^{er} arrêt - Pour les salariés du secteur privé : plafonnement du nombre d'IJ perçues sur 3 ans (360)	Franchise
		- Pas de jour de carence à partir du 2^{ème} arrêt - Pour les salariés du secteur privé : déplafonnement du nombre sur 3 ans - Exonération d'impôt sur le revenu des IJ
Cures thermales	Ticket modérateur de 30 % à 35 %	Absence de ticket modérateur

Légende :

- Prise en charge AMO à 100%
- Reste à charge remboursé le cas échéant par les organismes complémentaires (OC)
- Reste à charge non remboursé par les OC

Source : inspections générales des finances et des affaires sociales, septembre 2024.

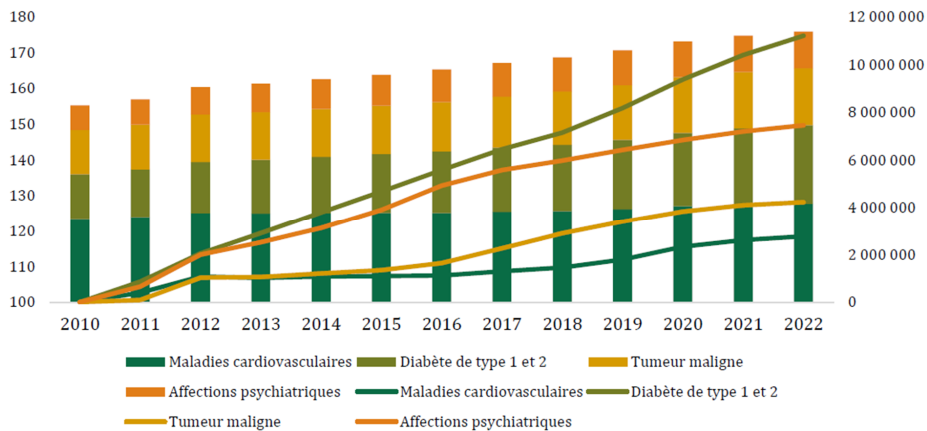
Les inspections générales formulaient trois inquiétudes :

- le système de la liste a conduit à reconnaître de manière automatique des ALD qui ne sont pas toujours conditionnées à la sévérité de la pathologie et au coût du traitement, aboutissant à des « situations inévitables entre assurés en ALD ainsi qu’avec les assurés de droit commun » ;
- le dispositif est globalement peu contrôlé par l’assurance maladie, menant à des disparités tant au stade de l’admission qu’à celui du renouvellement, ainsi que sur le respect de l’imputation sur l’ordonnancier dit « bizone », lequel doit permettre de distinguer les prescriptions en lien avec l’ALD des autres prescriptions ;
- le modèle « incite insuffisamment à la maîtrise des dépenses de santé », restant « trop souvent perçu comme octroyant une gratuité des soins » et des transports et n’incitant pas à mettre l’accent sur la prévention dans le parcours du patient (ce qui a ensuite inspiré l’article 54 de la LFSS 2026).

Ces éléments leur faisaient conclure au manque de soutenabilité financière du schéma actuel dans le contexte où la population vieillit : jusqu’à 16 millions de personnes pourraient être reconnues au titre d’une ALD en 2030, ce qui porterait à 140 milliards d’euros les dépenses de l’assurance maladie obligatoire à leur destination.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES MALADES DES QUATRE PRINCIPALES ALD DEPUIS 2010

(en base 100 sur l’axe de gauche ; en millions sur l’axe de droite)



Des données plus récentes et plus fines sont fournies par l’assurance maladie, faisant apparaître un total de 13,06 millions de personnes souffrant d’une ALD, étant entendu qu’il est possible qu’une même personne en ait plusieurs.

EFFECTIFS, PRÉVALENCES ET CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PRISES EN CHARGE POUR DES ALD (30, 31 ET 32) PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN 2024

(effectifs arrondis à la dizaine)

Code	Libellé de l'ALD	Effectif	Prévalence pour 100 000	% femmes	Age moyen (ans)	Taux de décès en 2024 (%)
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	507 110	733	49	72	5,3
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	40 840	59	58	66	7,1
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	627 990	908	36	72	5,4
4	Bilharziose compliquée	120	0	29	52	0,0
5	Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	1 488 890	2153	48	74	5,7
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	167 980	243	43	61	4,8
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	146 420	212	36	52	1,1
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	3 540 510	5120	45	67	2,9
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	449 160	650	50	51	2,7
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères	27 120	39	56	32	1,0
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	52 820	76	53	55	1,6
12	Hypertension artérielle sévère	215 410	312	57	79	7,5
13	Maladie coronaire	1 504 140	2175	27	72	3,9
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	344 310	498	54	62	5,1
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	399 220	577	71	84	14,4
16	Maladie de Parkinson	157 730	228	47	76	7,9
17	Maladies métaboliques héréditaires	78 430	113	47	51	1,4
18	Mucoviscidose	8 020	12	48	28	0,9
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	282 780	409	48	69	5,2
20	Paraplégie	38 730	56	37	54	3,4
21	PAN, LEAD, sclérodermie généralisée	166 330	241	78	63	2,2
22	Polyarthrite rhumatoïde	285 540	413	73	66	2,3
23	Affections psychiatriques de longue durée	1 606 360	2323	55	50	1,9
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	248 710	360	54	50	0,7
25	Sclérose en plaques	116 750	169	73	53	1,3
26	Scoliose structurale évolutive	51 380	74	83	39	1,1
27	Spondylarthrite ankylosante grave	231 410	335	55	55	0,8
28	Suites de transplantation d'organe	19 960	29	42	58	3,5
29	Tuberculose active, lèpre	10 770	16	43	48	2,0
30	Tumeur maligne	2 471 330	3574	54	69	6,1
99	Cause médicale d'ALD non précisée	409 680	592	54	60	2,5
	Total patients en ALD ₃₀ (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	12 583 120	18198	50	64	3,5
	Total patients en ALD ₃₁	847 400	1226	59	53	2,4
	Total patients en ALD ₃₂	76 200	110	78	84	10,7
	Total patients (ALD _{30,31,32}) (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	13 058 340	18885	50	64	3,4

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie, décembre 2025.

2. La mise en place de transferts est conçue comme une réponse à cette évolution spontanée de la répartition des prises en charge

Avec l'objectif de réguler la hausse des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), parfois euphémisés sous des formulations faisant état d'une amélioration de la répartition de l'effort entre la branche maladie des régimes et les intervenants privés, des transferts de charges peuvent être décidés tantôt par le législateur et tantôt par l'autorité réglementaire.

Ces transferts recouvrent des mouvements disparates, allant de l'attribution franche de dépenses aux organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) à une réduction, sans suppression, des remboursements par la sécurité sociale.

- Les développements qui suivent concernent les principaux transferts de l'AMO vers l'AMC opérés depuis 2018.

En 2018, le **forfait journalier hospitalier** est passé de 18 euros à 20 euros ⁽¹⁾ pour un total de 200 millions d'euros dans le chef de l'AMC.

(1) Arrêté du 21 décembre 2017 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Un deuxième cas tient aux **médicaments homéopathiques**. Ils pouvaient être remboursés à 30 % au maximum par l'AMO, pour un coût de 126,8 millions d'euros en 2018. L'année suivante, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est exprimée défavorablement au sujet du maintien de ce remboursement, « *compte tenu [...] de l'absence de démonstration d'efficacité (en termes de morbidité et/ou de qualité de vie) des médicaments homéopathiques dans les affections/symptômes pour lesquels des données ont été retrouvées dans la littérature (données non significatives et/ou faiblesses méthodologiques ne permettant pas de conclure à la supériorité par rapport au placebo ou à un comparateur actif ou absence de comparaison aux comparateurs cliniquement pertinents) [et] de l'absence de démonstration de leur impact sur la santé publique notamment sur leur intérêt pour réduire la consommation d'autres médicaments* » ⁽¹⁾. Leur taux de remboursement a été abaissé à 15 % à titre transitoire ⁽²⁾ puis en 2021 l'assurance maladie obligatoire (AMO) a cessé de participer à la dépense y afférente.

Un troisième mouvement a concerné les **transports sanitaires** : leur ticket modérateur a vu, en 2023, sa fourchette passer de 30 % ou 40 % à 45 % ou 55 % ⁽³⁾ et le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a retenu le niveau de 45 % ⁽⁴⁾. Autrement dit, la part remboursée par la sécurité sociale a été réduite de 65 % à 55 %. Cependant, seuls les transports programmés ont été touchés par ce transfert : le ticket modérateur sur les transports préhospitaliers urgents a été supprimé au profit d'une intervention exclusive de l'AMO. Le Gouvernement avait présenté cet ensemble comme neutre, ce à propos de quoi les complémentaires, dans un premier temps, avaient émis des doutes, avant de sembler en prendre acte.

Quatrièmement, en 2023, un transfert a concerné les **soins dentaires** : sur ces derniers, la part remboursée par l'AMO est passée de 70 % à 60 %, *via* une hausse du taux du ticket modérateur de 30 % à 40 %, directement par voie réglementaire ⁽⁵⁾ puisque l'Uncam n'avait pas fixé, dans le délai requis, de taux à l'intérieur des bornes basse et haute dont elle était saisie ⁽⁶⁾. Les soins concernés connaissent une exception notable : les actes susceptibles d'être réalisés principalement par les médecins. Quant à l'effet budgétaire, les appréciations divergent : la mission d'information du Sénat relève une estimation de 350 millions d'euros en année pleine par la direction de la sécurité sociale (DSS), contre 394 millions d'euros en 2025 selon France Assureurs et 500 millions d'euros d'après l'ex-Centre technique des institutions de

(1) Haute Autorité de santé (commission de la transparence), avis du 26 juin 2019.

(2) Décret n° 2019-905 du 30 août 2019 modifiant les conditions de remboursement des spécialités homéopathiques et des préparations homéopathiques.

(3) Décret n° 2023-382 du 19 mai 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport sanitaire.

(4) Union nationale des caisses d'assurance maladie, décision du 18 juillet 2023 fixant le taux de la participation des assurés sociaux aux frais de transport sanitaire.

(5) Arrêté du 12 octobre 2023 fixant le taux de la participation des assurés sociaux prévue à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour les honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires mentionnés au 3° bis de l'article R. 160-5 du même code.

(6) Décret n° 2023-701 du 31 juillet 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires.

prévoyance (CTIP, désormais Fips)⁽¹⁾. La DSS, dans ses réponses écrites au questionnaire des rapporteurs, évoque désormais un ordre de grandeur de 500 millions d'euros, qu'elle justifie par le souhait de l'exécutif de « *compenser un effet d'aubaine pour les organismes complémentaires lié à la hausse des forfaits techniques pour les radiologues [et] couvrir la mesure de financement [par la sécurité sociale] des revalorisations du point d'indice dans les établissements de santé publics* ».

Il convient d'évoquer un mouvement qui n'a pas eu lieu mais dont les effets comptables et politiques sont majeurs, du fait de son anticipation par les organismes complémentaires et de la tentative :

- dans sa version initialement déposée, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 comportait un ticket modérateur relevé de 30 % à 40 % pour les **consultations chez les médecins généralistes et les sages-femmes** parmi les sous-jacents entraînant pour l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) une économie de 1 à 1,1 milliard d'euros ;

- cette somme aurait représenté une charge pour les Ocam et sa répercussion sur les tarifs des contrats avait manifestement été anticipée par ces derniers, sans que par la suite des avenants aient été préparés ou des réductions consenties ;

- or lors du remplacement du Gouvernement de M. Michel Barnier par celui de M. François Bayrou, la piste avait été abandonnée ;

- c'est là tout l'enjeu, plusieurs fois évoqué dans le présent rapport, de l'article 13 de la LFSS 2026 et de la taxe qu'il a instituée.

Cinquièmement, toujours en matière dentaire, l'**examen « M'T dents »** est passé d'une fréquence triennale avec prise en charge intégrale par l'AMO à un rythme annuel de l'âge de 3 ans à celui de 24 ans et un partage entre l'AMO (60 %) et l'AMC (40 %), le tarif étant de 40 euros⁽²⁾.

En sixième lieu, l'année 2026 a été marquée par trois transferts de charges vers les complémentaires (pour les contrats responsables et solidaires) relatifs aux forfaits hospitaliers (apparus en 1983) :

- le **forfait journalier hospitalier**, soit la participation du patient aux frais d'hébergement, a été relevé de 20 euros à 23 euros pour les séjours dans un service en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et de 15 euros à 17 euros dans un service de psychiatrie, étant entendu que les patients non exonérés de ticket modérateur n'acquittent ce forfait

(1) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

(2) Article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 ; commentaire de l'article 17 ter (devenu l'article 63) du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 dans le tome II du rapport n° 138 (2024-2025) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 13 novembre 2024.

durant les trente premiers jours d'hospitalisation (car ce ticket l'excède) ⁽¹⁾, avec une économie pour l'AMO et un effort pour l'AMC de 210 millions d'euros en 2026 puis 249 millions d'euros en année pleine ;

– le forfait pour un passage dans un service d'**urgences** ⁽²⁾ non suivi d'une hospitalisation est passé de 19,61 euros à 23 euros ⁽³⁾, même s'il existe un tarif réduit de 9,96 euros intégralement assumé par l'AMO, pour 39 millions d'euros ;

– la participation forfaitaire aux **actes coûteux**, laquelle se substitue au ticket modérateur lorsqu'au moins un des actes réalisés au cours du séjour atteint un tarif supérieur à 120 euros, est passé de 24 euros à 32 euros, pour 41 millions d'euros.

Sans être *stricto sensu* un transfert vers les complémentaires puisque le cadre minimal des contrats responsables n'exige pas cette prise en charge – bien que dans la pratique elle soit souvent garantie –, l'exonération de ticket modérateur pour les **médicaments à service médical rendu (SMR) faible au profit des assurés ayant une affection de longue durée (ALD)** sera remplacée le 1^{er} octobre 2026 par un ticket modérateur de 85 % ⁽⁴⁾.

Septièmement, une salve de quatre transferts a été décidée au cours de l'été 2026 pour une économie ou une dépense totale de 1,5 milliard d'euros :

– 510 millions d'euros pour la hausse de 35-45 % à 50-60 % de la fourchette réglementaire de participation de l'assuré relative aux **honoraires des chirurgiens-dentistes** et à certains actes de **soins dentaires** ⁽⁵⁾ ;

– 490 millions d'euros pour le relèvement de 40-50 % à 50-60 % (**dispositifs médicaux** inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) et de 35-45 % à 50-60 % (certaines activités de **télésurveillance** et certains **dispositifs médicaux numériques** relevant de l'article L. 162-48 du même code) de la fourchette de participation de l'assuré ⁽⁶⁾ ;

– 300 millions d'euros pour l'augmentation à 85-95 % de la participation sur les **médicaments principalement destinés à des affections sans caractère**

(1) Article 1^{er} de l'arrêté du 27 février 2026 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

(2) *Cour des comptes*, L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital – des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients, *communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, 19 novembre 2024.

(3) Article 2 de l'arrêté du 27 février 2026 précité.

(4) Décret n° 2026-285 du 16 avril 2026 relatif à la participation des assurés aux frais afférents aux médicaments à service médical rendu faible, ainsi que des ayants droit des bénéficiaires d'une rente par suite d'un accident du travail ou liée à une maladie professionnelle.

(5) Décret n° 2026-809 du 21 août 2026 relatif à la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge des frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes de soins dentaires.

(6) Décret n° 2026-810 du 21 août 2026 relatif à la soutenabilité du système de santé et à la prise en charge de certains dispositifs médicaux.

habituel de gravité ou dont le SMR est modéré et à 93-97 % sur les **médicaments dont le SMR est faible** ⁽¹⁾, la part de l'AMO devenant donc marginale ⁽²⁾ ;

– 200 millions d'euros pour le rehaussement de 45-55 % à 50-60 % du ticket modérateur sur les **transports sanitaires** ⁽³⁾.

Ces mouvements n'affecteront pas les assurés bénéficiant de la C2S ou ayant une ALD ; ils doivent entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2027, après que l'Uncam aura fixé les taux effectifs – ou que l'autorité réglementaire s'y sera subrogée.

- La procédure qui encadre ces transferts ne satisfait pas les Ocam.

En effet, il revient à l'Uncam de fixer, en l'absence d'opposition du ministre chargé de la santé, la participation proportionnelle ou forfaitaire de l'assuré, dans les limites prévues par décret. Ces décisions sont prises après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

D'une part, l'Unocam émet fréquemment des avis défavorables, par exemple le 31 juillet 2026 sur les derniers mouvements évoqués.

D'autre part, son président, par ailleurs président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), aurait adressé le 7 septembre 2026 un courrier aux ministres de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique et de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées un courrier demandant que le montant ou le taux de la participation de l'assuré soit fixé par décisions conjointes de l'Uncam et de l'Unocam, ce qui revient à un droit de veto, sujet que le même auteur a développé dans une tribune ⁽⁴⁾.

3. La difficulté d'évaluer et donc de maîtriser l'incidence de ces transferts et de la fiscalité sur les tarifs de l'assurance maladie complémentaire

Une précision liminaire s'impose : si l'administration statistique compétente et le régulateur mesurent une hausse des cotisations collectées, celle-ci ne s'explique pas seulement par la progression des tarifs, mais tient aussi à l'évolution du nombre de personnes couvertes ou, sans que cela ait d'effet sur le total, les changements dans la répartition du portefeuille de clients assurés ou mutualistes entre organismes.

(1) Décret n° 2026-811 du 21 août 2026 permettant le financement de l'accès aux médicaments les plus innovants en tirant les conséquences de l'évaluation du service médical rendu sur les médicaments parmi les moins efficaces.

(2) Interrogé le 21 août 2026 sur une chaîne télévisée d'information en continu, le président de la Fédération nationale de la mutualité française a avancé : « un taux de remboursement à 5 % [par la sécurité sociale] n'a absolument aucun sens ; soit un médicament est utile et il peut être remboursé, soit il n'est pas utile et il ne faut pas le prescrire ».

(3) Décret n° 2026-812 du 21 août 2026 relatif à la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge des transports sanitaires.

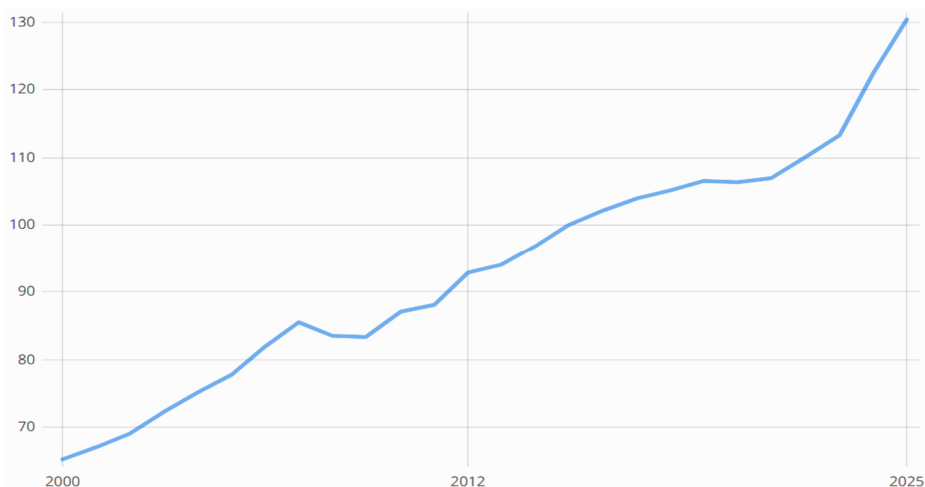
(4) M. Éric Chenut, « À vous qui cotisez pour votre système de santé », *Ouest-France*, 9 septembre 2026.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) le dit clairement : l'évolution des primes « *est en partie liée à une hausse du nombre de contrats et en partie à une hausse des tarifs* » ⁽¹⁾.

Une série alternative présente de l'intérêt, à savoir celle de la composante de l'indice des prix à la consommation (IPC) tenant aux services d'assurance santé, que publie l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), mais elle ne propose pas de distinction entre les trois familles d'organismes complémentaires et le fait qu'elle soit présentée en base 100 pour 2015 ne facilite pas sa lecture.

INDICE ANNUEL DES PRIX À LA CONSOMMATION POUR L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN SANTÉ POUR LA FRANCE HEXAGONALE DE 2000 À 2025

(en base 100 pour 2015 ; où l'indice pour 2025 vaut 130,37)



Source : Institut national de la statistique et des études économiques, janvier 2026.

La Drees, toujours, publie des montants moyens de primes mensuelles selon certains paramètres stéréotypes comme l'âge d'un assuré représentatif, dont l'on peut certes tirer des taux d'évaluations, mais ne fournit pas de chiffre sur le taux d'évolution pluriannuelle des tarifs agrégés (mais des tarifs seuls). La série débute par ailleurs en 2019 et ne comprend pas d'autres entrées que 2021 et 2023.

De fait, lorsque les complémentaires et leurs fédérations communiquent sur une variation d'une année à l'autre, le pourcentage indiqué s'applique aux cotisations et le Gouvernement fait de même puisque la fiche concernant l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 (article 13 du texte final) fait plusieurs fois référence au dynamisme des cotisations, indiquant par exemple : « *au cours des trois dernières années, les cotisations demandées par les organismes complémentaires (mutuelles, entreprises d'assurance et instituts de prévoyance)* »

(1) Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, Les assureurs santé-prévoyance en 2024 : activité, rentabilité et solvabilité (n° 178), 17 décembre 2025.

pour la couverture des prestations de santé ont fortement augmenté ; ces augmentations s'expliquent en partie par la hausse des dépenses de santé, en lien avec le vieillissement de la population, ainsi que par les transferts de financement [...] décidés [...] vers l'assurance maladie complémentaire ; elles résultent également de décisions des organismes complémentaires ».

a. Une hausse des cotisations indiscutable

Au total, les cotisations nettes en santé enregistrées par les complémentaires ont atteint 45,1 milliards d'euros en 2024 d'après l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et 46,5 milliards d'euros sur la foi des états comptables, prudentiels et statistiques retraités par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) à partir de leur collecte par l'ACPR.

MONTANT DES COTISATIONS EN SANTÉ DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE EN 2024

(en milliards d'euros)

	Acos	ACPR
Mutuelles	20,2	20,3
Entreprises d'assurance	17,2	18,3
Institutions de prévoyance	7,6	7,8
Total	45,1	46,5

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

En prenant cette seconde référence, la progression agrégée des cotisations est frappante depuis 2012, seul l'exercice 2020 étant marqué par une inflexion.

ÉVOLUTION DES COTISATIONS EN SANTÉ DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE PAR FAMILLE D'ORGANISMES DE 2012 À 2024

(en pourcentage)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Mut.	2,3	2,2	2,0	-0,5	-0,2	0,9	0,9	0,4	-1,6	0,3	2,2	3,6	3,5
Ass.	5,2	3,9	0,7	1,9	3,8	5,5	5,6	5,8	2,8	4,9	3,6	9,2	15,9
Prév.	6,0	8,5	1,3	0,0	4,3	3,0	-1,4	-1,0	-2,7	7,7	3,6	6,0	4,1
Total	3,8	3,7	1,5	0,3	1,8	2,7	2,0	1,9	-0,3	3,1	2,9	6,0	8,2

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

Cette tendance haussière s'observe aussi bien pour les contrats individuels que pour les contrats collectifs.

ÉVOLUTION DES COTISATIONS EN SANTÉ DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE PAR TYPE DE CONTRATS DE 2012 À 2024

(en pourcentage)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Indiv.	1,5	1,7	1,7	-1,3	-1,4	0,7	0,4	1,0	-0,7	0,6	3,2	5,4	6,8
Coll.	7,1	6,6	1,1	2,3	5,8	5,0	3,7	2,9	0,2	5,8	2,7	6,6	9,5
Total	3,8	3,7	1,5	0,3	1,8	2,7	2,0	1,9	-0,3	3,1	2,9	6,0	8,2

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

Il est possible de croiser les deux grilles, pour 2024 par rapport à 2023.

**ÉVOLUTION DES COTISATIONS EN SANTÉ DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES
D'ASSURANCE MALADIE PAR FAMILLE D'ORGANISMES ET TYPE DE CONTRATS EN 2024**

(en pourcentage)

Mutuelles	Contrats individuels	4,9
	Contrats collectifs	0,8
	Total	3,5
Entreprises d'assurance	Contrats individuels	10,5
	Contrats collectifs	20,8
	Total	15,9
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	2,7
	Contrats collectifs	4,3
	Total	4,1
Total	Contrats individuels	6,8
	Contrats collectifs	9,5
	Total général	8,2

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2025.

En ce qui concerne l'année 2025, les chiffres n'ont pas encore été publiés par les sources administratives, mais une étude statistique de France Assureurs indique, sur le fondement de ses propres données et de celles de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et de la Fédération des institutions paritaires de protection sociale (Fips), que les cotisations complémentaires de santé auraient atteint 48,82 milliards d'euros pour l'exercice clos, soit une hausse de 4,2 % ; dans le seul secteur des entreprises d'assurance, le montant serait de 19,87 milliards d'euros, soit une croissance de 5,6 %. Les contrats collectifs (progression de 3,9 %) et individuels (2,4 %) peuvent être distingués, sous l'importante réserve qu'à ce stade les taux sont relatifs à un agrégat de la santé et de la prévoyance ⁽¹⁾.

Quant à 2026, la FNMF avait indiqué l'année dernière que « *les cotisations [des mutuelles] augmenteront encore [...] en moyenne de 4,3 % pour les contrats individuels et de 4,7 % pour les contrats collectifs* » et que les structures qu'elle regroupe « *ajustent leurs cotisations au plus près des prévisions du risque* » ⁽²⁾.

(1) France Assureurs, Le marché des assurances santé et prévoyance en 2025, 24 juillet 2026.

(2) Fédération française de la mutualité française, Dépenses de santé en hausse constante et nouvelle taxe : des contraintes fortes pour les mutuelles... et leurs adhérents, communiqué de presse du 16 décembre 2025.

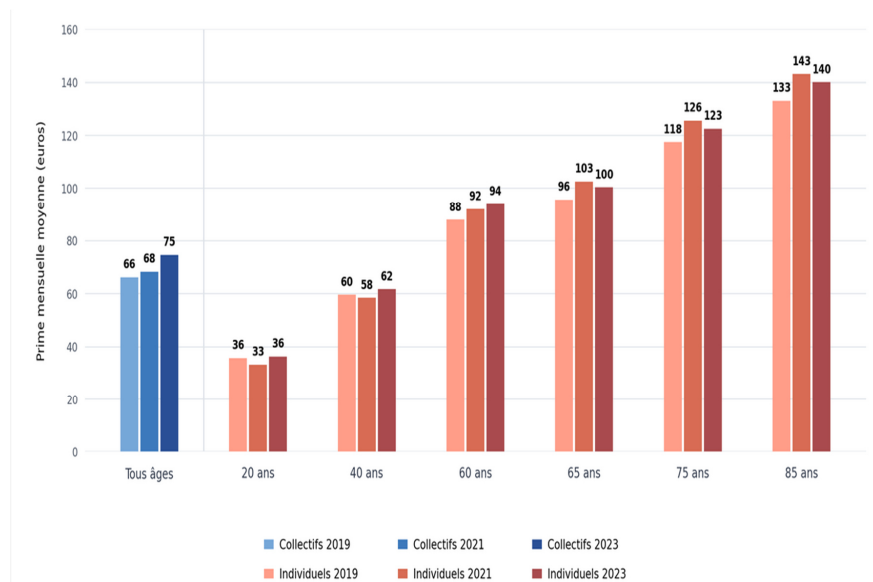
Évolution pluriannuelle des tarifs pour six profils d'âge d'un assuré de référence

Dans le cadre de l'enquête « OC » qu'elle mène périodiquement auprès des organismes assurant une activité de couverture complémentaire dans le champ de la santé, la Drees recueille notamment des données concernant les caractéristiques des contrats commercialisés, y compris les méthodes de tarification employées et le montant moyen des primes mensuelles. Pour chacun des organismes interrogés, la Drees se fonde sur un échantillon des dix contrats individuels et des dix contrats collectifs les plus souscrits, dont les caractéristiques sont ensuite extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires couverts par les organismes entrant dans le champ de l'enquête. En raison d'une refonte méthodologique intervenue en 2019, il n'est pas possible d'établir de série homogène au-delà de cette année. En revanche, les jeux de données constitués sur la base de la méthode actuellement en vigueur – qui portent sur les années 2019, 2021 et 2023 – permettent de se représenter la contribution respective de plusieurs variables à la formation des tarifs et font apparaître certaines tendances concernant l'évolution de la prime moyenne dont s'acquitte un assuré de référence. En vertu d'une hypothèse simplificatrice, cet assuré est défini comme une **personne vivant seule et sans enfant, affiliée au régime général, travaillant à temps complet, appartenant à la tranche de revenus la plus basse et vivant dans la zone géographique où les primes sont les plus élevées**. À partir de ce profil, plusieurs cas-types sont constitués en faisant varier chacune des caractéristiques précitées, ce qui permet d'évaluer la contribution de chacune d'entre elles à la formation de la prime. En revanche, comme l'explique la Drees dans les indications qui accompagnent les jeux de données y afférents, les montants obtenus ne représentent « *pas parfaitement les primes réellement payées par la population française, les assurés pouvant avoir des caractéristiques différentes de la situation de référence* ». En outre, il convient de préciser que sont exclus du champ de l'enquête les bénéficiaires de la C2S ou, pour l'année 2019, ceux de la CMUC-C et de l'ACS.

Il ressort d'abord de cette enquête que **l'âge constitue le premier facteur de fixation des primes** : ainsi, en 2023, parmi les titulaires de contrats individuels, un assuré de 20 ans présentant le profil de référence s'acquitte en moyenne de 36,30 euros de cotisations par mois contre 100,40 euros pour une personne de 65 ans, 122,60 euros pour un assuré de 75 ans et 140,10 euros pour une personne de 85 ans. Par comparaison, **les différences de niveau de revenu ou de lieu de résidence entraînent une moindre variation** : pour un assuré de référence de 40 ans ayant souscrit un contrat individuel, le montant moyen des primes mensuelles varie en 2023 de 61,70 euros au sein de la tranche de revenus la plus faible à 74,90 euros dans la tranche la plus élevée ; un assuré du même âge appartenant à la tranche de revenus la plus basse et résidant dans la zone géographique où les tarifs sont les plus bas s'acquitte de 54,30 euros de cotisations en moyenne, contre 61,70 euros pour un assuré vivant dans la zone où les tarifs sont les plus élevés. La Drees précise que 96 % des titulaires d'un contrat individuel étaient alors couverts par un contrat dont la prime varie selon l'âge.

La même année, le montant moyen des primes des contrats collectifs s'élevait à 74,70 euros – cette somme comprenant la part prise en charge par l'employeur, laquelle doit être au moins égale à la moitié de ce montant en vertu du III de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas de ces contrats, les primes dépendent de la structure d'âge des salariés de l'entreprise, mais pas directement de l'âge de chaque assuré. La Drees relève aussi que les contrats collectifs comprennent en moyenne des garanties plus favorables aux assurés que les contrats individuels.

Le graphique suivant présente l'évolution du montant moyen des primes mensuelles en fonction de l'âge de l'assuré entre 2019 et 2023 pour une personne présentant les caractéristiques précitées – la comparaison d'une année à l'autre devant être effectuée avec une certaine prudence dans la mesure où les garanties des contrats les plus souscrits ainsi que la part qu'ils représentent dans l'ensemble des contrats est susceptible d'évoluer entre deux itérations de l'enquête.



Source : commission des affaires sociales d'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (La prime moyenne payée à 20 ans est de 36 euros par mois contre 142 euros à 85 ans pour un contrat individuel, jeux de données, 23 septembre 2025).

Il paraît utile de préciser que, pour le ministère compétent, un reconstitution complète de l'évolution des tarifs annuels sur plusieurs exercices pour des cas-types d'assurés est un exercice qui « n'a pas pu être réalisé à ce stade » et pour lequel un essai « risque d'être complexe et très fictif » ⁽¹⁾. Les rapporteurs ne peuvent que constater la même délicatesse, renforcée par le fait que les désignations commerciales des garanties varient sur le fond et peuvent, selon l'exercice être retirées du marché, rapprochées ou séparées.

b. La contribution de ces transferts aux hausses de cotisations est difficile à objectiver

Pour expliquer la progression de leurs tarifs, les organismes complémentaires mettent en avant l'augmentation générale de la dépense de santé sur le périmètre qui relève de leur intervention (par les prix et par un effet de consommation), la fiscalité (dont il faut rappeler qu'elle finance pourtant, notamment, la complémentaire santé solidaire), les exigences prudentielles (dont les rapporteurs soulignent qu'en matière bancaire et assurancielle elles visent à protéger l'économie des pays européens face à une crise sur les marchés) et les transferts de charges.

(1) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

Que ces transferts accroissent le risque devant être couvert par les assurances, mutuelles et institutions de prévoyance devant être couvert et que cette couverture entraîne des indemnisations pour lesquelles il faut des recettes est incontesté.

Pour l'exécutif, l'estimation d'un taux de croissance prévisible des tarifs au regard des seules dépenses de santé est un « *exercice [qui] peut être tenté [mais] n'est pas aisé* » et « *les transferts [...] sont forcément, dans une certaine mesure, répercutés sur les cotisations* » ⁽¹⁾.

Le problème tient plutôt à la difficulté d'isoler ce facteur explicatif des autres et donc de vérifier si la hausse des cotisations des Ocam est en ligne avec celles des charges qui leurs sont transférées et l'évolution générale des dépenses de santé.

La mission d'information susmentionnée du Sénat s'était essayée, en 2024, à une telle comparaison :

– « *les raisons alléguées par les complémentaires santé pour justifier les fortes hausses de cotisations constatées depuis 2023 ne suffisent pas à les expliquer en intégralité : outre que celles-ci sont disproportionnées par rapport à l'évolution des dépenses des complémentaires santé, le niveau élevé des frais de gestion des Ocam interroge, de même que les conséquences inflationnistes d'une stratégie consistant, à des fins commerciales, à prendre en charge des pratiques thérapeutiques coûteuses situées à la périphérie des soins* » (cf. *supra* dans le 7 du A du I sur les médecines non conventionnelles) ;

– « *[la mission] aboutit à une hausse prévisible pour 2024 allant de 4,5 % à 6,5 % en fonction des scénarios de coût ; cette fourchette [...] constitue déjà une hausse conséquente à absorber pour le pouvoir d'achat des ménages ; pour autant, le niveau d'augmentation [...] est sans commune mesure avec celui annoncé par les mutuelles, soit 8,1 % ; la mission s'étonne de ces écarts* » ⁽²⁾.

Les rapporteurs de l'Assemblée nationale trouvent l'exercice fort intéressant mais estiment qu'il serait préférable de le mener dans la mesure du possible sur une année révolue :

– entendues par la mission du Sénat, la direction de la sécurité sociale (DSS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) avaient indiqué que tout calcul fait à un moment où la Drees ne dispose pas encore de données stabilisées sur tous les exercices concernés est une « *évaluation incertaine* » et précisaient même qu'elles « *n'av[ai]ent jamais compris* » pourquoi leurs estimations étaient inférieures à ce que les complémentaires annonçaient (s'agissant de 2023-2024) ;

– la Drees devrait publier un important jeu de données sur 2025 durant l'automne 2026, ce qui permettra peut-être de jeter un premier regard sur la question de l'anticipation de la hausse du ticket modérateur envisagée en 2024 par l'exécutif

(1) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

(2) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

de M. Barnier puis abandonnée par celui de M. Bayrou. Effectuer une décomposition sans s'appuyer sur des chiffres – certes agrégés – reflétant l'imputation d'un transfert qui a tant donné lieu à débats manquerait d'intérêt et de robustesse.

Dans sa réponse écrite au questionnaire des rapporteurs, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) tend à rejoindre le Sénat :

– soit il y a une « *réaction anticipative des transferts de charges [...] qui peuvent conduire à des hausses de tarifs déconnectées de la réalité effective des dépenses* » (il faut par souci d'exactitude et d'honnêteté souligner qu'à ce propos la mission sénatoriale écrit aussi que « [ces] *variations des montants des cotisations déconnectées des prestations* » tiennent en partie au « *niveau de la taxe de solidarité additionnelle* ») ;

– soit « *si la répercussion n'est pas anticipée, la hausse des coûts entraîne quasi mécaniquement une hausse des cotisations, avec très peu d'absorption interne par une baisse de marges ou des gains d'efficacité, ou encore en puisant dans les réserves* » ;

– s'observe une « *opacité des organismes complémentaires dans le calcul des hausses de tarifs et de ce fait une difficulté à isoler ce qui relève des transferts AMO vers AMC de ce qui relève d'autres facteurs comme l'inflation médicale ou la stratégie commerciale* ».

La mission du Sénat avait « *exprim[é] d'importantes réserves quant à la méthode employée* » par les complémentaires pour justifier leurs cotisations, du fait de « *probables doubles comptages de dépenses* », notamment des mesures nouvelles.

c. Des enjeux à l'actualité forte

Il a déjà été question *supra* (dans le 5 du A du I) de l'effet – qui se veut de maîtrise et pourrait parfois être d'entraînement – des tarifs des organismes complémentaires par la mise en place de prélèvements fiscaux temporaires.

Cette configuration trouve une illustration contemporaine à la remise du présent rapport et de ses auteurs y ont directement pris part. Soucieux, en effet, de prévenir – ou de neutraliser, selon le point de vue – une répercussion de la taxe de 2,05 % créée par l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026, devenu l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025, certains parlementaires ont défendu des amendements, dont deux ont prospéré (ils seront présentés dans l'ordre de leur intégration au dispositif), cependant qu'il n'est pas établi que l'intention du législateur ait pu être pleinement respectée.

i. La voie du gel des cotisations et sa fragilité

Lors de l'examen en nouvelle lecture du PLFSS 2026, l'Assemblée nationale, bien que le rapporteur général Thibault Bazin et le Gouvernement aient

demandé son retrait, a adopté en séance l’amendement n° 187 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés disposant que « *pour l’année 2026, le montant [des] cotisations [des complémentaires] ne peut être augmenté par rapport à celui applicable pour l’année 2025* ».

Le rapporteur général avait indiqué que trois problèmes de droit se faisaient jour avec un tel mécanisme ⁽¹⁾ :

– d’abord, il présentait un risque de censure par le Conseil constitutionnel, soit en tant qu’il serait un cavalier social, la LFSS ne pouvant déterminer les tarifs des complémentaires (le Conseil paraît ainsi n’avoir accueilli la mesure qu’en tant qu’elle touche l’assiette d’une imposition affectée aux régimes de base), soit parce qu’il porterait une atteinte de fond à la liberté contractuelle, qui plus est s’agissant de situations en cours (cette difficulté n’a été ni confirmée ni infirmée, dès lors que le grief correspondant n’a pas été soulevé devant le juge constitutionnel ; or celui-ci ne censure d’office que les violations procédurales) ;

– ensuite, l’amendement prévoyait une interdiction générale de relever les cotisations, en les figeant à leur niveau de 2025, alors qu’il y a d’autres éventuels motifs de hausse que la taxe prévue par l’article litigieux (l’inflation des produits de santé et des rémunérations, le vieillissement, etc.), tandis que l’objectif des députés était que la contribution ponctuelle ne soit pas réfléchie sur les tarifs ;

– enfin, il laissait de côté l’importante réserve que les cotisations pour 2026 avaient déjà été fixées au début du second semestre de 2025, de sorte qu’aux yeux du rapporteur général l’enjeu de la répercussion se verrait principalement en 2027 (le débat aura inévitablement lieu pendant l’examen du PLFSS à venir).

Les organismes complémentaires n’ont pas manqué d’exciper de leur doute quant la conformité à la norme constitutionnelle de ce qui est devenu la seconde phrase du deuxième alinéa du I de l’article 13 pour ne pas réviser leurs cotisations, ce qui de toute manière aurait nécessité dans bien des cas de changer le calendrier de leur appel, de conclure des avenants voire de réunir des assemblées générales.

Par un courrier du 3 avril 2026, le directeur de la sécurité sociale a précisé le mode de calcul de la taxe aux structures assujetties. La Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et France Assureurs ont formé un recours pour excès de pouvoir et demandé d’une part l’annulation du courrier et d’autre part le renvoi au Conseil constitutionnel d’une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) sur la phrase introduite par l’amendement précité, au motif qu’elle porterait atteinte à la liberté d’entreprendre et à la liberté contractuelle, ainsi qu’au droit au maintien de l’économie des contrats légalement conclus, garantis par les articles IV et XVI de la Déclaration des droits de l’Homme et du citoyen de 1789.

(1) Assemblée nationale, compte rendu de la première séance publique du 4 décembre 2025.

Le juge administratif ayant reconnu la recevabilité et le caractère sérieux de la QPC ⁽¹⁾, il revient au Conseil constitutionnel d'en juger d'ici à la fin du mois d'octobre 2026 (dans les trois mois prévus à l'article 23-10 de l'ordonnance organique n° 58-1067 du 7 novembre 1958). L'affaire, enregistrée devant ce dernier sous le n° 2026-1231 QPC, sera suivie avec grand intérêt par les rapporteurs.

ii. La voie de négociation et des effets encore incertains

Anticipant les difficultés qui viennent d'être exposées, le rapporteur général Thibault Bazin avait fait adopter par la commission des affaires sociales, toujours en nouvelle lecture, un amendement AS568 puis, en séance, un amendement n° 295 repris à l'identique par des élus de divers groupes ⁽²⁾, disposant dans un IV complétant l'article 13 : *« avant le 31 mars 2026, le Gouvernement et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engagent avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie une négociation relative aux conditions tendant à ce que le montant de la contribution [...] ne soit pas répercuté par les organismes assujettis sur les cotisations [...] stipulées au cours des exercices en cours et à venir »* ; selon l'exposé sommaire de l'amendement n° 295, *« ce dialogue doit permettre de préserver le caractère exceptionnel de la mesure, laquelle répond à un relèvement des primes décidé pour neutraliser une évolution du taux du ticket modérateur alors qu'elle n'a pas eu lieu en 2025 et d'appréhender avec les complémentaires santé la diversité de leur situation financière »*.

Les rapporteurs sont au regret d'indiquer que l'exécutif n'a pas fait montre d'une grande transparence sur les suites données à cette mesure :

– d'une part, tout au plus ont-ils compris que s'était tenue « une réunion » entre le ministère compétent, l'Uncam et l'Unocam, le 30 janvier 2026, sans que son issue soit connue avec précision ni que la pratique ait été renouvelée (les fédérations et l'Unocam ont publié un communiqué de presse faisant état d'une « impossibilité de discuter avec [les ministres] des politiques tarifaires de leurs membres ») ;

– d'autre part, le Gouvernement a saisi le Conseil d'État, cette fois dans son office consultatif, d'une demande d'avis sur le cadrage d'une telle négociation et plus largement sur la possibilité de geler les tarifs, sans que la date et le sens de la réponse donnée aient été fournis à la Mecss.

(1) Conseil d'État, 1^{ère} et 4^{ème} chambres réunies, 24 juillet 2026, req. n° 516.312, concl. de M. Mathieu Le Coq.

(2) Amendements n° 183 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 186 de M. Christophe Bentz et des membres du groupe Rassemblement National, n° 694 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 700 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et des membres du groupe Horizons & Indépendants et n° 994 de Mme Camille Galliard-Minier et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République.

B. LA RESTRUCTURATION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AUTOUR D'UN FINANCEMENT PAR L'EMPLOYEUR TEND À FRAGILISER LA PROTECTION DES INACTIFS ET DES NON-SALARIÉS VOIRE À EMPORTER UN RISQUE DE DÉMUTUALISATION

Plusieurs questions ont animé les rapporteurs : les contrats collectifs se sont-ils progressivement limités aux « bons risques » ; les justifications des incitations fiscales à la contribution de l'employeur sont-elles désormais fragilisées ; la mise en œuvre de la couverture complémentaire dans le secteur public rencontre-t-elle des incohérences à rectifier ?

Dans un contexte d'élargissement des besoins de prise en charge des assurés sociaux sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse significative du prix des biens et équipements en santé, **les modalités de prise en charge des soins par les organismes complémentaires constituent, à l'évidence, une condition essentielle de l'accès au système de santé.**

En effet, bien que la contribution au financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) des complémentaires soit minoritaire, entre 12 % et 13 % de la valeur totale du marché, leur activité a crû de façon significative au cours des deux dernières décennies du fait notamment de l'augmentation de la part des restes à charge applicables après prise en charge par l'AMO.

La partition française entre organismes complémentaires et sécurité sociale est donc révélatrice du caractère « *hybride* » ⁽¹⁾ du financement de notre système de santé. En effet, si celui-ci est sous-tendu – pour l'essentiel – par une assurance obligatoire qui permet une réduction significative du taux d'effort des ménages, l'étude attentive du système complémentaire met en lumière le rôle crucial que les complémentaires occupent pour réduire le reste à charge sur des segments spécifiques de la dépense de santé. Ainsi, dans le champ de l'optique médicale, deux tiers de la consommation de soins sont financés par les Ocam ⁽²⁾.

C'est donc précisément à l'aune de leur rôle de partenaire essentiel de la protection sociale obligatoire que les organismes complémentaires et les garanties de remboursement qu'ils proposent doivent être évalués. En effet, bien que le modèle de protection offert par les organismes complémentaires repose essentiellement sur des mécanismes concurrentiels de marché, il n'en demeure pas moins tenu de participer à la « *mise en œuvre de l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé* » ⁽³⁾.

(1) Mmes Marion Del Sol et Anne-Sophie Ginon, « Débat sur la "grande Sécu" : revenir à l'essentiel », in Droit social, janvier 2022.

(2) Ibid.

(3) Ibid.

1. Des contrats collectifs qui se caractérisent par des frais de gestion limités et une couverture ample des assurés

• Depuis la signature de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, la couverture complémentaire est, pour l'essentiel, assise sur des contrats collectifs conclus entre les organismes complémentaires et les branches professionnelles ou les entreprises. **Dès 2019, plus de huit salariés sur dix du secteur privé étaient ainsi couverts par un contrat collectif** ⁽¹⁾.

Cette évolution constitue d'ailleurs **moins une rupture qu'un renforcement du rôle des partenaires sociaux dans la gouvernance de la protection sociale complémentaire**.

En effet, ainsi que le rappelait le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en 2022 : *« historiquement, les régimes complémentaires de prévoyance ont été adossés aux négociations conventionnelles sur les salaires, conférant aux partenaires sociaux une indéniable légitimité pour mettre en place des garanties de maintien du salaire en cas de maladie ou d'accident »* ⁽²⁾.

La décennie débutée en 2010 est donc venue parachever cette tendance historique à l'élargissement de la protection sociale complémentaire sur une base conventionnelle.

• S'agissant des principaux généraux du fonctionnement des organismes et contrats d'assurance complémentaire, ceux-ci sont encadrés par le livre IX du code de la sécurité sociale :

– les articles L. 911-1 et L.911-3 du code de la sécurité sociale ⁽³⁾ encadrent les **modalités de conclusion d'accords d'entreprise ou de branche ayant pour objet la couverture complémentaire**, l'employeur disposant également d'une faculté de prise de décision *« unilatérale »* en cas d'échec des négociations ;

– l'article L. 911-2 du même code fixe également la **liste des risques sociaux obligatoirement couverts par les contrats collectifs** ;

– l'article L. 911-7 dudit code, enfin, précise notamment les modalités de financement de ces contrats collectifs, dont la charge est supportée pour moitié au moins par l'employeur, et les catégories de salariés pouvant faire valoir une *« dispense » d'adhésion* à l'organisme complémentaire désigné par l'accord de branche ou d'entreprise (cela vaut de façon particulière en Alsace et en Moselle – *cf. infra* dans le 2 du A du III).

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, La complémentaire santé – acteurs, bénéficiaires, garanties, avril 2019.

(2) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, op. cit.

(3) L'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale renvoie les modalités de conclusion des conventions ou accords collectifs portant sur les « garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale » aux dispositions de droit commun en matière de négociation collective.

Les catégories de salariés dispensées d'une adhésion obligatoire à l'organisme complémentaire de leur employeur

Dans un souci de préservation des principes généraux de la liberté contractuelle à laquelle la jurisprudence du Conseil constitutionnel accorde, en matière de protection sociale complémentaire, une importance particulière ⁽¹⁾, plusieurs mécanismes de dispense au principe d'adhésion obligatoire ont été créés.

Ainsi, l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale prévoit que « *les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret* » et ce s'ils justifient notamment d'une couverture complémentaire présentant des garanties équivalentes à celles ouvertes par un « contrat socle » ⁽²⁾.

De façon plus souple, le pouvoir réglementaire a également prévu une série d'exceptions listées aux articles R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

- les salariés et apprentis « *bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission* » d'une durée inférieure à douze mois peuvent être dispensés d'une adhésion y compris en l'absence de contrat individuel ;
- les salariés et apprentis à temps partiel pour lesquels l'adhésion à une protection complémentaire les conduirait à s'acquitter d'un montant de cotisations significatif peuvent également faire valoir une dispense ⁽³⁾.

Le même principe s'applique enfin aux salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ainsi qu'à ceux couverts par un contrat individuel au moment de la mise en place des garanties collectives.

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2023, Loi relative à la sécurisation de l'emploi.

(2) Lesdits critères sont fixés par les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Le montant minimal fixé par le règlement est égal à 10 % de la rémunération brute des salariés.

• En définitive, **le contrat collectif d'assurance complémentaire obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2016 trouve comme principal point d'appui le statut de salarié de l'assuré**. Il faut rappeler qu'avant le 1^{er} janvier 2016, seule la moitié des entreprises, représentant 75 % des salariés, donnait accès à une couverture complémentaire d'entreprise ⁽¹⁾, cette proportion ayant été portée à 96 % en 2024, principalement par un « *effet de transfert* » de la couverture individuelle vers des contrats d'entreprise ⁽²⁾.

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a transposé au champ de la protection sociale complémentaire le principe jusqu'alors

(1) Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (MM. Marc Perronin et Denis Raynaud), La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises (n° 251), novembre 2020.

(2) Réponses écrites du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au questionnaire des rapporteurs ; direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, 10 juillet 2024.

valable pour la protection obligatoire selon lequel le salaire était bien « *plus qu'une ressource financière* » constituant, au-delà de son caractère pécunier, le « *socle des protections* » du travailleur ⁽¹⁾.

Par souci d'exhaustivité, les rapporteurs rappellent toutefois que l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (dite « Évin ») avait engagé cette évolution à l'orée des années 1990 en prévoyant le « *maintien des garanties prévues par le contrat collectif* » en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sans limite de durée et ce quel que soit le statut de l'ancien salarié (retraité, titulaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, bénéficiaire d'un revenu de remplacement).

• Plus particulièrement, s'agissant des **garanties offertes par les contrats collectifs**, plusieurs observations peuvent être réalisées.

En premier lieu, **les contrats collectifs assurent, en moyenne, un moindre reste à payer par assuré que les contrats individuels.**

En effet, 50 % des contrats de couverture complémentaire d'entreprise sont dits « très couvrants » contre seulement 11 % pour les contrats individuels et ce alors même que le reste à charge des contrats aux garanties les plus larges est inférieur de 70 % à celui appliqué après dans le cas de contrats moins protecteurs ⁽²⁾.

En outre, à la différence du contrat individuel, **la complémentaire d'entreprise est financée à parité par l'employeur qui bénéficie, en retour, d'un régime socio-fiscal avantageux** (*cf. infra*).

Toutes choses égales par ailleurs, le taux de retour sur cotisation du salarié sera donc plus favorable dans le cas d'un contrat appuyé sur un accord de branche ou d'entreprise.

Par ailleurs, **la prime d'assurance perçue dans le cadre d'un contrat collectif n'est pas déterminée à partir du profil individuel de l'assuré** mais bien en fonction des caractéristiques de la masse salariale de l'entreprise. De fait, ces modalités de calcul assurent un effet redistributif horizontal marqué entre les assurés ayant le plus recours à leur complémentaire d'entreprise et les assurés les moins consommateurs de soins.

En outre, **le contrat collectif n'implique pas nécessairement un niveau de garantie uniforme**, un peu plus d'une entreprise sur dix, représentant un salarié sur cinq, ayant ainsi offert, en 2017, des modalités de couverture différenciées en fonction des différentes catégories socioprofessionnelles composant leur masse salariale ⁽³⁾.

(1) M. Robert Castel, « Les métamorphoses de la question sociale », in *Vie sociale, traces et perspectives d'avenir* (n° 1), 1^{er} avril 2013.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, op. cit.

(3) Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, op. cit.

Une couverture du contrat complémentaire d'entreprise généreuse, bien que variable selon les caractéristiques des entreprises et des assurés

Si les contrats collectifs se distinguent, en moyenne, par une couverture plus large des risques sociaux que les contrats individuels, cette réalité gagnerait à être nuancée en fonction de la taille et des caractéristiques socioéconomiques des entreprises et des assurés couverts.

Ainsi, la Drees a récemment observé un effet d'échelle dans les garanties offertes par les contrats complémentaires d'entreprise : « *les primes des contrats socle sont [...] plus élevées au sein des grands établissements, du fait notamment de niveaux de garantie plus couvrants* », cette observation étant d'ailleurs cohérente avec l'idée selon laquelle une grande entreprise dispose, à raison du nombre d'assurés qu'elle représente, d'une plus grande marge de négociation avec l'organisme de prévoyance.

Par secteur, une différence de prise en charge de la prime d'assurance par l'employeur a également été constatée, cet écart pouvant atteindre près de dix points de pourcentage dans certains cas.

Enfin, s'agissant du niveau de revenus des assurés, la littérature en économétrie a constaté une couverture, en moyenne, moins importante des catégories socioprofessionnelles du bas de l'échelle de revenus celles-ci disposant – en première approche – d'une capacité de négociation plus réduite vis-à-vis de leur employeur.

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

● Au-delà des avantages de prise en charge qu'ils présentent pour les assurés sociaux, **les contrats collectifs se caractérisent par des frais de gestion sensiblement inférieurs à ceux des contrats individuels** (cf. tableau *infra*).

Cette différence, qui sous-tend un rapport entre la cotisation et la prise en charge plus avantageux que pour les contrats individuels, tient essentiellement à **l'effet d'échelle constaté à l'occasion de la négociation contractuelle entre l'entreprise et l'organisme**. En effet, un organisme complémentaire assumant des contrats collectifs pourra plus facilement mutualiser les charges ayant trait à l'adhésion d'un assuré ou à la gestion administrative de son dossier.

En moyenne, la part des frais administratifs et de gestion dans les cotisations versées est inférieure de 1,6 à 2,7 points à celle des contrats individuels ⁽¹⁾.

COMPARAISON DES FRAIS ADMINISTRATIFS DE GESTION DES ASSURÉS ENTRE LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ COLLECTIFS ET INDIVIDUELS

(en pourcentage des cotisations versées)

	Contrats collectifs	Contrats individuels
Frais d'acquisition	6,7	9,4
Frais d'administration	6,5	8,1

Source : commission des affaires sociales d'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2024.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, op. cit.

2. Des contrats individuels qui poussent la logique de marché à son cas limite, au risque de l'exclusion des publics les moins rentables

- Conséquence directe de l'édification d'une couverture complémentaire collective obligatoire à partir du statut de salarié de droit privé, **les contrats complémentaires individuels se sont développés sur des segments de marché bien spécifiques.**

Ainsi, à la date de rédaction du présent rapport, **les contrats individuels concernaient près de 93 % des retraités**, soit un quart de la population générale. D'un poids moins significatif parmi les assurés sociaux, **les travailleurs indépendants sont, pour près de 80 % d'entre eux, également couverts par des contrats individuels** ⁽¹⁾. Les étudiants (44 %) et les chômeurs (36 %) présentent aussi des taux de couverture élevés au moyen de conventions individuelles ⁽²⁾.

À la différence du contrat collectif, **le contrat individuel est caractérisé par sa dimension facultative** et par le fort **effet de sélection** qui s'applique lors de sa conclusion. En effet, les organismes complémentaires intervenant sur le marché des contrats individuels visent, en premier lieu, à **maximiser le rapport entre les montants actualisés des primes d'assurance versées par les assurés et le montant total actualisé des dépenses liées à la réparation d'un sinistre**. Il résulte de ce principe de **maximisation du rendement** des contrats d'assurance que leur tarification est réalisée à partir d'un **score de risque**. Celui-ci est établi par l'organisme assureur en fonction de divers paramètres tels que l'âge de l'assuré, sa structure socio-familiale, son lieu de résidence ou encore son revenu ⁽³⁾, mais un organisme ne peut fonder sa sélection « *sur la prise en compte du sexe dans le calcul des primes et des prestations* » acquittées ou perçues ⁽⁴⁾.

- La mise en concurrence des assurés constitue l'objet même du marché de la protection sociale complémentaire. En ce sens, elle génère des effets de sélection par le prix difficilement compatibles avec le principe cardinal de la sécurité sociale qui implique une prise en charge à partir des besoins des individus et non de leurs moyens, ce qui réunit le paiement de cotisations et la solidarité.

Cette réalité, qui ne préjuge pas de la légitimité de l'activité des organismes d'assurance, s'exprime avec une acuité particulière dans le domaine du soin, où les mécanismes de sélection des complémentaires fragilisent l'accès de certaines catégories sociales à la couverture maladie.

Ainsi, près de 12 % des individus de 15 ans ou plus appartenant au premier dixième de niveau de vie n'ont pas accès à une complémentaire santé, contre 2,1 % pour ceux appartenant au dernier dixième ⁽⁵⁾. Toutes choses égales par ailleurs, les

(1) Ibid.

(2) Ibid.

(3) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

(4) Article L. 111-7 du code des assurances.

(5) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, op. cit.

personnes les plus précaires se voient donc appliquer, en moyenne et ce pour un même soin, un reste à charge plus élevé que les personnes appartenant à des déciles de revenus pourtant plus élevés.

Cette situation est d'ailleurs retranscrite dans les **différences constatées de taux d'effort entre les ménages appartenant au premier (5,5 %) et dernier décile (2,6 %) de niveau de vie** ⁽¹⁾. La direction de la sécurité sociale (DSS) parle à cet égard d'un « *risque de décrochage* » ⁽²⁾.

Dans une perspective générationnelle, les rapporteurs observent, en outre, que **la structure générale du marché complémentaire est largement défavorable aux plus âgés**.

En effet, moins souvent salariés que les actifs plus jeunes – 60,4 % des seniors occupaient un emploi en 2024 contre 82,8 % des 25-49 ans ⁽³⁾ –, les travailleurs expérimentés ou, selon les cas, les néo-retraités ne bénéficient généralement pas des garanties collectives « *mieux-disantes* » ⁽⁴⁾.

Le montant de la prime d'assurance qui est appliqué à la conclusion de leur contrat individuel est donc fonction de leur situation médicale, de leur âge ce qui crée un **fort risque de renoncement à une protection sociale complémentaire pour cette catégorie de la population**.

Le Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge indiquait ainsi aux rapporteurs de la mission d'information sénatoriale conduite en 2024 que la somme du coût de la prime d'assurance et du reste à charge applicable après intervention de la couverture complémentaire pesait à hauteur de « *10 % du revenu disponible* » des retraités appartenant aux tranches de revenus les faibles ⁽⁵⁾.

Pour un bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), le coût mensuel d'une cotisation à la complémentaire santé représentait entre 13 % et 15 % du montant de l'allocation versée ⁽⁶⁾.

Si des tentatives de régulation des offres de complémentaires santé libellées à l'attention des seniors ont pu être esquissées avec la création, en 2016, du « contrat senior », celles-ci n'ont pas prospéré, le dispositif ayant été abrogé en 2019 sur fond de désaccords entre organismes complémentaires et pouvoirs publics « *sur les planchers et plafonds de garanties de prix* » ⁽⁷⁾.

(1) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (branche maladie) annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2025.

(2) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

(3) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les seniors sur le marché du travail en 2024, 23 juillet 2025.

(4) Sauf application des mécanismes de portabilité des droits susmentionnés.

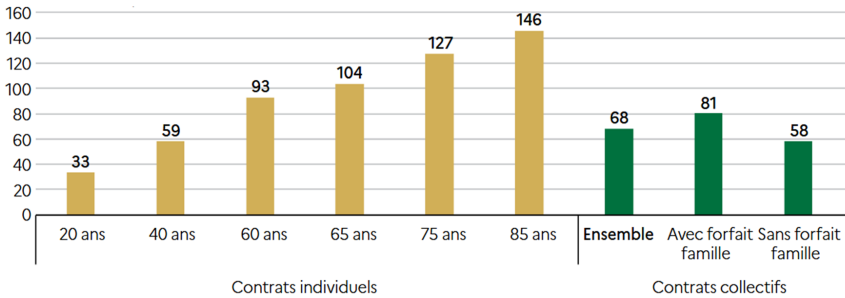
(5) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, op. cit.

(6) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

(7) Réponses écrites du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au questionnaire des rapporteurs.

VARIATION DU MONTANT DES PRIMES MENSUELLES DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EN FONCTION DU TYPE DU CONTRAT ET DU PROFIL DE L'ASSURÉ

(en euros)



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

● Si cette vision statique nourrit déjà, à l'évidence, les préoccupations des rapporteurs de cette mission, les **perspectives d'évolution du marché du travail tout comme la dynamique des tarifs appliqués par les organismes** constituent autant de motifs supplémentaires d'inquiétude.

En effet, au cours de l'année 2025, d'après les chiffres connus lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), les complémentaires avaient appliqué un relèvement des primes « *d'environ 6 %* », cette hausse prolongeant une série entamée en 2021 ⁽¹⁾.

Par comparaison, les salaires mensuels horaires ont augmenté de 2,5 % entre 2024 et 2025 ⁽²⁾ et les pensions de retraite ont fait l'objet d'une revalorisation à hauteur de 2,2 % en application des dispositions de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

Il existe donc une décorrélation préoccupante de l'évolution du montant des primes d'assurance et des sources de revenus des assurés, actifs comme retraités avec, à la clef, un « *risque de désaffiliation de certains assurés* » ⁽³⁾.

En définitive, l'apparition d'une **protection sociale complémentaire à deux vitesses** semble relativement plausible et ce d'autant plus que la réforme engagée en 2016 a recentré le bénéfice des contrats à partir du salariat.

Si le statut de salarié constitue, en effet, le socle juridique de telles garanties, « *l'effritement* » ⁽⁴⁾ progressif de cette forme d'emploi et la polarisation du marché

(1) Commentaire de l'article 7 dans le tome II du rapport n° 2057 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} novembre 2025, p. 73.

(2) Institut national de la statistique et des études économiques, Au premier trimestre 2025, les salaires horaires augmentent de 2,3 % sur un an, le coût horaire du travail de 2,4 % (n° 117), 15 mai 2025.

(3) GIP Union retraite, 2025.

(4) M. Robert Castel, « *L'effritement de la condition salariale* », Sociétés et représentations, 1997, p. 97.

du travail qui en découlerait est de nature à augmenter le volume d'assurés exclus de la protection complémentaire.

3. Des avantages sociaux et fiscaux confus et anti-redistributifs, qui mériteraient d'être plus largement remis en question

Afin d'assurer un financement de la protection complémentaire du salarié par l'employeur sans pour autant que cela constitue une charge excessive pour les opérateurs économiques, le législateur a institué un **régime socio-fiscal spécifique dont les évolutions successives ont été marquées par une certaine complexité**.

Ainsi, en 1979, une « *première exemption d'assiette des cotisations sociales* » a été prévue par la loi n° 79-119 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale afin d'assurer le financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance ⁽¹⁾.

Créé afin de clarifier un régime d'exemption d'assiette des cotisations sociales jusqu'alors particulièrement hétérogène, ce premier dispositif a, par la suite, évolué dans un sens incitatif marqué ⁽²⁾. Aussi la généralisation de l'obligation de souscription d'une assurance complémentaire, en 2016, a-t-elle amené le législateur à conditionner ce régime social dérogatoire à la « *nature obligatoire et collective* » des garanties de protection complémentaire ⁽³⁾.

Cette inflexion s'explique essentiellement par la volonté des pouvoirs publics, dans un contexte plus global de compression du coût du travail, d'alléger le surcoût pour l'employeur lié à la généralisation de l'obligation de prise en charge.

En fin de compte, le régime applicable en matière de cotisations sociales, s'agissant des primes d'assurance versées par l'employeur prévoit, « *par dérogation* » au principe général d'assujettissement ⁽⁴⁾, que la contribution au financement de la protection sociale complémentaire est exemptée de cotisations dans la limite d'un plafond fixé par décret ⁽⁵⁾.

Dans les faits, **le plafond réglementaire est « *rarement atteint* »** ⁽⁶⁾, celui-ci correspondant à une contribution mensuelle de 471 euros généralement atteinte pour des niveaux de salaires versés à « *moins de 2 % des salariés* » ⁽⁷⁾.

(1) *Cour des comptes*, Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient, *communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, 21 juillet 2021.

(2) *Rapport n° 2025-010R de l'Inspection générale des affaires sociales*, La protection sociale complémentaire en entreprise : un dispositif à réformer ? – Évaluation des mesures dérogatoires de cotisations sociales en complémentaire santé et prévoyance complémentaire, octobre 2025, p. 14.

(3) Ibid.

(4) Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Article D. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(6) *Inspection générale des affaires sociales*, op. cit.

(7) Ibid.

La contribution de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire n'est donc, en l'état de la législation, que très partiellement acquittée par les acteurs économiques.

**Les « contrats responsables et solidaires » :
une condition pour bénéficier de l'exemption ajoutée en 2013**

La généralisation de l'obligation de souscription des salariés à un mécanisme de protection sociale complémentaire s'est accompagnée du développement de contrats de référence dits « solidaires » et « responsables » (*cf. supra* dans le 3. du A du I). Ces contrats, dont les garanties sont listées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale mais dont le cahier des charges est réglementaire, sont nés d'une fusion des contrats solidaires, d'une part, et responsables, d'autre part, créés respectivement en 2001 et 2014. Ils se caractérisent par un équilibre entre un niveau de prise en charge correspondant à un socle et l'exclusion de certaines prestations du remboursement dans un souci de responsabilisation de l'assuré. Ainsi, la Drees rappelle qu'un contrat responsable « *doit [...] prendre en charge l'ensemble des tickets modérateurs relatifs aux soins de ville et aux hospitalisations ainsi que les forfaits journaliers hospitaliers [...] et l'intégralité du reste à charge après remboursement par l'AMO pour les biens du panier 100 % santé* ». En revanche, les participations forfaitaires et les franchises médicales des soins de ville sont exclues de la prise en charge des contrats responsables. Les contrats responsables représentent de l'ordre de **98 % du marché des complémentaires** – et, pour cause, l'exemption d'assiette de cotisation de sécurité sociale est conditionnée au respect de leur cahier des charges.

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2024.

● Si les contributions à la protection sociale complémentaire sont, pour l'essentiel, exemptées de cotisations salariales, elles se voient toutefois appliquer le **taux de droit commun (9,2 %) de la contribution sociale généralisée (CSG)** en tant que les sommes versées au titre du financement des complémentaires constituent des « *sommes [...], avantages et accessoires en nature en argent [...] dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail* » ⁽¹⁾.

À cette contribution vient se superposer celle du **forfait social** qui, par construction, s'applique aux sommes exemptées de cotisations mais assujetties à la CSG ⁽²⁾. Le taux appliqué est néanmoins de 8 % (contre 20 % pour le droit commun).

(1) Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

Le cas des entreprises de moins de onze salariés, une exemption de forfait social destinée à réduire le surcoût lié au financement de la protection sociale

Le forfait social fait l'objet de très rares exemptions d'assiette et celles-ci ont eu pour objectif principal de favoriser le taux de recours aux dispositifs d'intéressement et de participation des salariés. Dans le cas précis de la contribution de l'employeur au financement de la complémentaire, cette exemption en dessous du seuil de onze salariés visait à limiter le surcoût pour les petites entreprises lié à cette obligation de financement. La pertinence de cette exonération ciblée a néanmoins été remise en cause par l'Inspection générale des affaires sociales, en raison principalement de l'effet de sélection induit par cette borne d'effectif arbitraire ⁽¹⁾.

(1) Inspection générale des affaires sociales, op. cit.

● Enfin, plusieurs **dispositions dérogatoires en matière fiscale** viennent se surajouter au régime social susmentionné.

Les contrats collectifs « *souscrits par les employeurs publics et privés* » sont ainsi exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) – acquittée par les souscripteurs – dès lors que les contrats ont pour objet la couverture de frais de soins ou lorsque 80 % de la prime versée par l'employeur vise le financement de garanties liées « *à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident* » ⁽¹⁾.

Un taux dérogatoire de 13,27 %, inférieur de 7 points au droit commun, s'applique aussi pour les contrats « *solidaires et responsables* ». Compte tenu de leur prévalence, il semble néanmoins aux rapporteurs que ce ne sont pas tant ces contrats qui bénéficient d'un taux réduit que les contrats ne respectant pas leur cahier des charges qui se voient appliquer une majoration.

Par ailleurs, l'imposition des bénéfices des entreprises et des revenus des personnes physiques est également affectée par les versements de contribution au financement de la protection sociale complémentaire des salariés :

– l'article 39 du code général des impôts prévoit ainsi que les contributions patronales versées au titre de la protection sociale complémentaire au profit de leurs salariés sont des charges déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés ;

– s'agissant de l'impôt sur le revenu, l'article 83 du même code prévoit à son 1° *quater* que « *le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés [...] les cotisations versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs* » ;

– une subtilité supplémentaire vient se superposer en distinguant les contributions versées par les salariés et celles dont s'acquittent les employeurs, dès

(1) Inspection générale des affaires sociales, op. cit.

lors que « *les cotisations ou les primes [déduites du revenu imposable] s'entendent, s'agissant des cotisations à la charge de l'employeur, de celles correspondant à des garanties autres que celles portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident* » ;

– pour les travailleurs non-salariés non-agricoles, le régime « Madelin » mis en place par l'article 24 de la loi n° 94 126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle prévoit que les cotisations versées au titre d'un contrat complémentaire dont les garanties sont équivalentes à celles du contrat solidaire et responsable peuvent être déduites du bénéfice imposable, dans la limite d'un montant égal à la somme de 7 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant du Pass.

● Au cours des vingt dernières années, les avantages socio-fiscaux adossés aux contrats complémentaires ont crû de façon significative pour représenter, en 2024, un montant de **7,53 milliards d'euros tous dispositifs confondus** ⁽¹⁾ ;

– la perte brute de cotisations sociales pour les régimes obligatoires de base est estimée à **6,4 milliards d'euros** et, nette de l'effet retour lié à l'application du forfait social, elle demeure de **5,1 milliards d'euros** ;

– s'agissant de l'exonération d'assiette d'impôt sur le revenu, appliquée pour le financement de la part salariale de la complémentaire santé, **son montant est estimé à 830 millions d'euros** ;

– concernant le financement de la part afférente à la prévoyance (prise en compte des risques d'invalidité, de décès ou d'incapacité de travail), le **montant d'exonération de l'impôt sur le revenu avoisine 1,6 milliard d'euros**.

L'on peut y additionner le montant de l'exemption d'assiette de cotisations sociales, lequel a crû de 3,2 % par an entre 2016 et 2024 pour atteindre un montant prévisionnel de 23,4 milliards d'euros en 2024 ⁽²⁾.

Le marché de la protection sociale complémentaire est donc aujourd'hui pris en **étai entre une logique budgétaire** consistant à transférer des prises en charge auparavant assurées par l'AMO aux complémentaires **et une logique économique** qui sous-tend des allègements financés par les pouvoirs publics.

● Cette contradiction est d'ailleurs renforcée par le **caractère profondément inéquitable du régime socio-fiscal** qui permet le financement de la protection sociale complémentaire. En effet, ainsi que le relevait la Drees en

(1) Inspection générale des affaires sociales, op. cit. Cette estimation ne tient toutefois pas compte du taux dérogatoire et des conditions d'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance appliqué aux contrats solidaires et responsables. Le montant brut du premier chiffre est approché par l'application d'un taux théorique de cotisations qui aurait théoriquement été acquitté par les employeurs en l'absence d'exemption.

(2) Le montant exact communiqué par la direction de la sécurité sociale est de 23 790 millions d'euros en 2025 (annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2025, p. 32).

septembre 2022, les aides en question – hors dispositifs liés à la couverture maladie universelle – **bénéficient plus fortement aux ménages appartenant aux déciles 8 à 10 de l'échelle de revenus** ⁽¹⁾.

En moyenne, sur l'année, un ménage appartenant à la catégorie des 10 % de niveau de vie les plus élevés bénéficiera ainsi à hauteur de 232 euros des aides à la complémentaire santé contre à peine 60 euros pour les ménages du cinquième décile ⁽²⁾. Cette différence est due pour l'essentiel à la part proportionnellement plus importante qu'occupent les aides socio-fiscales versées au bénéfice des travailleurs indépendants.

4. La mise en œuvre de la généralisation de la protection sociale complémentaire dans le secteur public

• Le droit applicable en matière de protection sociale complémentaire des agents publics a été modifié à de nombreuses reprises dans la période récente afin **d'harmoniser et d'étendre le bénéfice de couverture complémentaire aux agents relevant des trois catégories de la fonction publique** (cf. *supra* dans le ii du b du 4 du A du I).

À l'origine, la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique donnait la faculté aux employeurs publics de financer, moyennant certaines garanties quant au contenu du contrat souscrit, la protection complémentaire de leurs agents. Modifiant à cet effet les dispositions de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 dite « Le Pors », cette loi de 2007 prévoyait, en son article 39, que l'ensemble des « *personnes publiques mentionnées à l'article 2* » de la première – soit « *les administrations de l'État* », les régions, les départements, les communes et leurs établissements publics – pouvaient « *contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire* » de leurs agents.

La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a infléchi cette position en donnant habilitation au Gouvernement, à son article 40, de prendre par ordonnances les mesures du domaine de la loi visant à redéfinir la participation des employeurs publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire.

À l'issue d'un processus de négociation de près de deux ans, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique a rendue progressivement obligatoire la prise en charge par l'employeur public des garanties de protection sociale complémentaire de ses agents.

(1) *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie (n° 101), septembre 2022.

(2) Ibid.

Ainsi, depuis 2025 pour la fonction publique d'État, la moitié des cotisations versées en contrepartie de la souscription à un contrat de complémentaire santé d'un agent est prise en charge par l'employeur.

Le coût de déploiement en année pleine d'une telle mesure était estimé en 2023 à 840 millions d'euros et ce à partir d'une hypothèse d'une cotisation moyenne mensuelle de 63 euros versée par 90 % des agents de la fonction publique d'État ⁽¹⁾.

Sur le plan réglementaire, ces évolutions ont été inscrites dans le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire et complété par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État qui définissent notamment les garanties communes à l'ensemble des agents et de leurs ayants droit.

La négociation conventionnelle à l'échelle de chaque personne morale parachèvera ce mouvement en déclinant, en fonction des différentes catégories de risque auxquels sont exposés les agents, le détail de la couverture offerte par leur employeur.

• Si ces évolutions constituent, à l'évidence, une « *révolution culturelle pour la fonction publique* » ⁽²⁾ dans le sens d'une amélioration des garanties de protection complémentaire, les rapporteurs observent la persistance de certaines disparités.

Ainsi, le niveau de prise en charge par l'employeur public territorial dans le cadre de la souscription d'un contrat de prévoyance est, depuis le 23 décembre 2025, plus élevé que pour la fonction publique d'État. À la date où est rédigé le présent rapport, pour les fonctionnaires territoriaux, la prise en charge est de 50 % du montant de la cotisation prévue contre une moyenne de 20 % (soit 7 euros par agent) pour les fonctionnaires de l'État ⁽³⁾.

Fait plus marquant, la fonction publique hospitalière a vu la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale complémentaire repoussée au mois de janvier 2027 et ce à raison de désaccords entre les administrations de tutelle et les représentants syndicaux. Comme cela a été évoqué *supra*, il existe une possibilité pour qu'un nouveau report soit envisagé, jusqu'en 2028.

Plus généralement, si l'accord interministériel du 20 octobre 2023 a permis, dans le champ de la fonction publique de l'État, une amélioration des garanties de prévoyance applicables aux agents de cette fonction publique, les rapporteurs

(1) Annexe n° 46 de Mme Sophie Errante, rapporteure spéciale (mission Transformation et fonction publiques), au rapport n° 1745 de M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général, sur le projet de loi de finances pour 2024, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2023, p. 47.

(2) Ibid, pp. 45-48.

(3) Rapport n° 2139 de M. Stéphane Delautrette sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux (n° 1670), enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 26 novembre 2025.

estiment qu'une attention particulière doit être portée au respect du calendrier d'entrée en vigueur de l'accord et au déploiement des contrats collectifs dans les différentes administrations.

III. ANALYSE DES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE L'ARTICULATION ENTRE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET DE PISTES D'AMÉLIORATION COMMUNES À CES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) fait le constat d'une aporie entre un véritable effet redistributif de la protection maladie (significativement plus de la part de sa composante obligatoire) et, cependant, une couverture de la population qui demeure incomplète, en tout cas imparfaite, ce qui peut entraîner des renoncements aux soins.

Ce paradoxe, ainsi que l'enjeu évident de la simplification et de celui de la soutenabilité financière, appellent des évolutions tantôt paramétriques, tantôt d'ordre systémique, à l'inspiration doctrinale et à la faisabilité politique variable.

A. EXAMEN DES PRINCIPAUX SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION

1. Des ajustements dans l'architecture en vigueur : deux exemples

Le premier scénario du Hcaam « *a vocation à se déployer à architecture constante ; il n'entend pas modifier l'économie générale du système, ni revenir sur les réformes qui ont été conduites depuis 2013 ; [...] il vise à apporter des correctifs à certaines limites connues de longue date du système actuel [...] en proposant des règles plus simples, plus justes et permettant une meilleure allocation des remboursements entre les assurés sociaux de manière à renforcer les solidarités entre malades et bien portants* ». Les réflexions du Haut Conseil portent par exemple sur une généralisation du tiers payant, sur une meilleure intégration du système national des données de santé (SNDS) avec les informations des complémentaires, sur une simplification des différents taux de tickets modérateurs (quoiqu'en ce qui concerne les établissements de santé, le rapport note qu'il est impossible d'en savoir l'effet : « *la modification des règles de participation du patient aux soins hospitaliers changerait pour chaque établissement la répartition de son financement entre la part payée la sécurité sociale d'une part et les AMC et les patients d'autre part ; une telle réforme pourrait possiblement diminuer l'incitation des assurés à souscrire une assurance complémentaire santé ; les effets seraient toutefois incertains, dès lors que demeurerait d'autres facteurs de gros reste à charge* »), sur une amélioration de la portabilité pour les retraités quittant l'employeur qui les couvrait, sur des efforts pour la souscription d'une protection complémentaire par les micro-entrepreneurs et les exploitants agricoles, etc.

Toutes ces recommandations sont intéressantes et le lecteur pourra aisément consulter leur détail dans la publication susmentionnée.

Ici, les rapporteurs souhaiteraient aborder de manière plus approfondie deux suggestions tendant à créer une complémentaire santé solidaire spécifique aux populations non couvertes à titre collectif et ses intérêts ou lacunes face au risque de démutualisation.

a. Une adaptation pour améliorer la couverture des retraités modestes

i. La couverture dégradée des retraités modestes : un triple effet de ciseau

Comme l'avait déjà souligné le rapport du Sénat relatif à la hausse des tarifs des complémentaires santé ⁽¹⁾, le passage à la retraite induit actuellement une rupture dans le taux d'effort en santé des ménages.

En effet, ceux-ci sont confrontés à la fois à une perte de revenus, à la perte des avantages fiscaux ou des aides de l'employeur pour le financement d'une complémentaire santé et à l'augmentation mécanique, dans le même temps, des tarifs des complémentaires avec l'âge et, en moyenne, de leur consommation de soins.

Ainsi que le note la direction de la sécurité sociale dans une contribution adressée à la mission, « *la prime moyenne d'un assuré de référence ayant souscrit un contrat individuel est de 100 euros à 65 ans, 123 euros à 75 ans et 140 euros à 85 ans, contre 37 euros à 20 ans* ».

De ce fait, le taux d'effort en santé, qui s'élève à 2,6 % en moyenne chez les 20-39 ans, atteint 5,2 % chez les 60-69 ans et 7,3 % après 70 ans. Les retraités les plus modestes sont particulièrement touchés par ce triple effet de ciseau : les 20 % des ménages les plus modestes comportant au moins un retraité voient ainsi leur taux d'effort porté à 8 % en moyenne.

Pour ces retraités modestes, le dispositif actuel de complémentaire santé solidaire (C2S) se révèle très insuffisamment protecteur.

En effet, au-delà du seuil de ressources de la C2S contributive (dite aussi avec participation ou payante), établi à 1 172 euros mensuels pour une personne (14 068 euros annuels), ils ne bénéficient d'aucune aide pour la souscription d'une complémentaire santé, dont le tarif est supérieur de plus de 80 euros mensuels au coût de la C2S contributive.

Le rapport précité du Sénat évalue ainsi le taux d'effort en santé d'un retraité juste au-dessus du seuil de la C2S contributive à 10 % de ses revenus.

Cet effet de seuil radical a un impact important sur la couverture maladie des seniors modestes : la direction de la sécurité sociale souligne que 11 % d'entre eux sont dépourvus de complémentaire santé, contre 3,4 % en population générale.

(1) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

ii. Vers la création d'un troisième niveau de C2S spécifique aux seniors ?

Les rapporteurs rejoignent les sénateurs sur la nécessité de créer une C2S adaptée aux seniors qui viendrait s'ajouter aux dispositifs existants de C2S gratuite et de C2S contributive.

Concrètement, un nouveau seuil de ressources, supérieur à celui de la C2S contributive, ouvrirait droit, pour les plus de 60 ans, au bénéfice d'une C2S assortie de cotisations modérées, ne dépassant pas 2 euros par jour.

Dans la contribution adressée à la mission, la direction de la sécurité sociale estime que le seuil pris en compte pourrait être établi au niveau du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) net, ce qui représenterait une augmentation d'environ 30 % par rapport au seuil actuel de la C2S contributive.

Dans son rapport de 2022, le Hcaam avait esquissé cette piste ; il avait cependant souligné l'écueil d'un simple déplacement de l'effet de seuil, avec le risque d'une hausse des primes et d'une concentration des dépassements d'honoraires sur les assurés au-delà du seuil.

Il conviendrait donc d'agir parallèlement pour contenir ces effets de bord.

**SIMULATION D'UNE EXTENSION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
AUX PERSONNES ÂGÉES MODESTES**

(en millions d'euros)

	Population concernée	Dépenses par personne	Dépenses totales	Participation (25€ / 30€)	Hypothèse + 50%	Hypothèse + 100%	Coût PF inchangée	Coût PF+50%	Coût PF doublée
60-69	1,26 M	570,5€	721,7 M€	379,5 M€	569,3 M€	759,0 M€	342,2 M€	152,4 M€	- 37,3 M€
70 et +	1,56 M	782,5€	1 218,9 M€	560,8 M€	841,2 M€	1 121,6 M€	658,1 M€	377,8 M€	97,3 M€
Total	2,82 M	688,2€	1 940,6 M€	940,3 M€	1 410,5 M€	1 880,6 M€	1 000,3 M€	530,2 M€	60,0 M€

Source : Cour des comptes (données du HCFEA pour les dépenses par tranche d'âge et pour le nombre de personnes âgées – 20 % des personnes âgées les plus pauvres, bénéficiaires de la CSS exclus)

Note : la participation financière (PF) est de 25 € par mois pour les personnes âgées de 60 à et 69 ans et de 30 € au-delà ; coût PF + 50 % : coût de l'extension avec une participation augmentée de 50 % (37,5 € - 45 €, selon l'âge) ; coût de la PF doublée : coût de l'extension avec une participation doublée (50 € - 60 €)

Source : Cour des comptes, juillet 2021.

b. Une complémentaire santé solidaire pour les jeunes ou l'urgence de simplifier et d'individualiser l'affiliation à la protection complémentaire

i. Dans les faits, des jeunes trop souvent dépourvus de protection complémentaire, ce qui induit des renoncements aux soins importants

Les jeunes sont dans une situation paradoxale s'agissant de la protection complémentaire santé : il s'agit de la population qui bénéficie des tarifs d'affiliation les moins élevés, en raison de son profil de risques plus faible ; mais elle est relativement mal couverte, pour des raisons qui ne sont pas uniquement financières.

Les statistiques de la Drees évaluent l'absence de couverture complémentaire des 18-24 ans à 5 % en 2023, contre 3,4 % en population générale ⁽¹⁾. De ce fait, les enquêtes étudiantes ⁽²⁾ rapportent des renoncements aux soins fréquents : 31 % des étudiants interrogés auraient ainsi abandonné le recours à des soins en 2024.

Une étude de la Drees sur le rapport des étudiants à la complémentaire ⁽³⁾ analyse les raisons de cette moindre couverture.

Il ressort que le recours des étudiants à une complémentaire « *s'inscrit dans un paradigme fortement "familialisé"* » : bien qu'ils deviennent des assurés sociaux autonomes à 18 ans, ils peuvent souvent continuer à bénéficier de la couverture complémentaire de leurs parents.

Lorsque ce n'est pas le cas, ils peuvent demander une couverture complémentaire étudiante payante (20 à 30 euros mensuels en moyenne pour une protection correspondant au socle réglementaire) ou bénéficier de la C2S gratuite ou payante (8 euros par mois pour les jeunes de moins de 30 ans) s'ils sont en mesure de prouver qu'ils ne sont plus à la charge de leurs parents ⁽⁴⁾ et que leurs ressources respectent les seuils.

Dans les faits, l'étude montre qu'il existe un « *flou autour des frontières de la prise d'indépendance administrative des étudiants, en particulier lors des changements de situation et/ou de statut* » (changement de domiciliation, emploi étudiant, réalisation d'un stage ou d'un service civique, arrêts et reprises d'études, etc.). Ce flou contribue largement à faire que les jeunes apparaissent globalement peu informés sur leur statut au regard de la complémentaire santé et sur la possibilité qu'ils ont, le cas échéant, de bénéficier de la C2S. Le manque d'informations sur les dispositifs existants et la complexité à faire entrer la situation des jeunes dans les cases de la réglementation sont ainsi des causes majeures de non-recours.

ii. Simplifier et individualiser l'accès des jeunes à la C2S

Pour améliorer l'affiliation des jeunes à la complémentaire santé et ainsi leur accès aux soins, il importe en premier lieu de développer et de mieux anticiper la communication sur ce sujet. Il est notamment urgent de contrer la méconnaissance actuellement constatée du dispositif de la C2S chez les agents en contact avec le public étudiant, notamment dans le milieu universitaire.

(1) D'après les statistiques sur les ressources et les conditions de vie de l'Institut national de la statistique et des études économiques.

(2) Observatoire du suivi et de l'insertion professionnelle des étudiants de l'université de Rennes et observatoire des parcours étudiants et de l'insertion professionnelle de l'université Rennes 2, La santé des étudiants » (enquête pour 2024), 17 avril 2025.

(3) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Prendre soin de sa santé pendant les études (n° 121), 1^{er} septembre 2024.

(4) Pour cela, ils doivent prouver qu'ils n'habitent pas sous le même toit que leurs parents au moment de la demande, qu'ils ont rempli une déclaration fiscale séparée ou s'engagent sur l'honneur à le faire l'année suivante et qu'ils ne perçoivent pas de pension alimentaire donnant lieu à une déduction fiscale ou s'engagent sur l'honneur à ne plus la percevoir pour la même année.

Par ailleurs, il conviendrait d'automatiser l'octroi de la C2S pour certains publics dont l'éligibilité est probable. Cette automaticité est reconnue, depuis juillet 2026, pour les allocataires du contrat d'engagement jeune (ACEJ). L'étude précitée de la Drees préconise d'étendre cette possibilité à d'autres profils d'étudiants susceptibles d'être éligibles : majeurs en études supérieures sortant de l'aide sociale à l'enfance (ASE), bénéficiaires de l'aide spécifique d'allocation annuelle (Asaa), boursiers à échelons élevés dont le foyer n'est pas rattaché à celui des parents, etc.

Au-delà, les rapporteurs estiment qu'il faudrait réfléchir à des critères spécifiques et assouplis d'octroi de la C2S pour les jeunes, de façon à permettre une appréciation plus individualisée de la situation de chacun.

En effet, le système actuel, fondé sur l'appréciation des ressources de la famille, ne permet pas de prendre en compte les difficultés financières qu'ils peuvent rencontrer, bien qu'étant encore rattachés au foyer fiscal de leurs parents.

Les critères d'octroi devraient donc être adaptés et assouplis pour les moins de 25 ans, de façon que ceux qui ne sont pas couverts par leur famille ou par leur emploi puissent rapidement et aisément accéder aux garanties de C2S, le cas échéant en contrepartie d'une contribution dont le niveau pourrait être adapté.

2. La création d'une complémentaire publique obligatoire : un exemple

Le deuxième axe étudié par le Hcaam « *consacre le couple* » entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMO), non pas en poursuivant les aides à la protection individuelle (C2S, etc.) ou collective (régime fiscal, etc.), mais en mettant en place une « *complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée* » qui « *remédierait [au] défaut [des] disparités d'accès à la couverture selon le statut professionnel* » et « *pourrait permettre de limiter voire de supprimer la tarification à l'âge* ». Pour le Haut Conseil, « *la coexistence de différents offreurs de couverture complémentaire serait maintenue, de même que la prise en charge d'une partie des cotisations de certains assurés par l'employeur ou par la solidarité publique* », tandis que « *les garanties pourraient se décomposer entre un socle commun à tous les contrats, correspondant aux soins indispensables dont on veut garantir l'accessibilité financière [...] mutualisé[e], et de garanties supplémentaires qui pourraient être définies [...] dans le cadre des collectifs de travail* ». De riches développements sont consacrés dans le rapport de janvier 2022 à la compatibilité d'une telle option avec le droit de l'Union européenne (UE) et notamment sa notion de service d'intérêt économique général (Sieg), ainsi qu'au modèle à trois échelles en Belgique – base avec l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (Inami), complémentaire obligatoire avec les mutualités et complémentaire facultative, c'est-à-dire supplémentaire, par le biais d'assurances privées ou de sociétés mutualistes d'assurance (SMA).

Les rapporteurs de la Mecss n'entendent ni conduire à nouveau ni citer trop longuement l'analyse fournie par le Hcaam. Ils partagent néanmoins l'idée que dans

le système actuel se manifeste, en sus des inégalités tarifaires, un paradoxe à deux facettes : l'AMC n'est pas présentée comme obligatoire... or elle l'est de fait pour les salariés du privé et de plus en plus pour les agents publics, ce qui correspond peu ou prou aux ressortissants du régime général couvrant huit actifs sur dix, et sa très large diffusion fait que les quelques millions de Français qui en sont dépourvus ont une situation qui les marginalise et les handicape. Sans aller aussi loin que la « grande sécu », une protection universelle de la part des remboursements de santé dépassant la prise en charge par la branche maladie des régimes de base mettrait un terme à ce décalage entre la théorie des textes et la réalité, en même temps qu'elle améliorerait la capacité de nos concitoyens à se faire soigner, la mutualisation réduisant le coût par personne et l'exposition au risque de la collectivité.

Schématiquement, les questions qui se posent sont celles du panier de soins (une AMC obligatoire doit-elle avoir pour corollaire des transferts ou bien sa mise en place se fait-elle à réglementation constante ?), du financement (l'obligation doit-elle peser sur l'individu ou son employeur suivant les modalités actuelles ?) et de la gestion (les organismes complémentaires privés doivent-ils être les seuls prestataires de ce dispositif, éventuellement sous la forme d'un groupement qui aurait un rôle de péréquation, ou bien l'AMO publique doit-elle élargir ses prestations ? – elle qui déjà aujourd'hui a d'autres activités que les prestations légales : action sociale, direction d'établissements sociaux, etc.).

a. Trois considérations sur les plans du droit et de l'incidence financière

Toutes les réponses se retrouveraient dans les paramètres d'une réforme qui serait nécessairement d'une grande ampleur. Avant donc d'étudier l'exemple le plus intéressant qui soit, déjà en place dans trois départements, les rapporteurs voudraient aborder trois questions d'ordre juridique et économique.

● D'abord, une obligation d'assurance santé complémentaire pour toutes les personnes résidant en France serait-elle conforme à la Constitution ?

Certes, le livre II du code des assurances est expressément intitulé « Assurances obligatoires » et ses titres concernent des matières communément acceptées, à savoir les véhicules terrestres à moteur, l'habitation, les travaux de construction, etc.

Il est en effet indispensable que la collectivité soit certaine que chacun de ses membres puisse respecter les principes suivant lesquels *« tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »*, *« chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence »* et *« on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre,*

ou des choses que l'on a sous sa garde » figurant désormais aux articles 1240 à 1241 du code civil ⁽¹⁾.

Néanmoins, non seulement le juge constitutionnel n'a jamais eu l'occasion de se prononcer sur les assurances obligatoires, mais surtout le raisonnement extracontractuel qui les sous-tend n'est pas nécessairement transposable à un cas de figure, la santé, dans lequel il n'est causé nul dommage à autrui ou pour lequel il ne s'agit pas principalement de prévenir ou de mutualiser le coût qu'exige la réparation d'un accident (d'après le Hcaam, « [elle] *serait de nature différente puisqu'elle porterait sur la couverture de frais exposés par l'assuré* »).

D'un côté, le Conseil constitutionnel a jugé que le législateur avait poursuivi un but d'intérêt général en organisant la mutualisation, à l'échelle des entreprises ou des branches, de la protection complémentaire ⁽²⁾.

De l'autre, le Conseil accorde à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une bien légitime attention : la seconde « *découle de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* » ⁽³⁾ ; le législateur ne peut ainsi y porter atteinte que pour des « *limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général* » et sous la stricte « *condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi* » ; le législateur, dès lors, « *méconnaîtrait la garantie des droits proclamés par l'article 16 de la Déclaration de 1789 s'il portait aux situations légalement acquises une atteinte qui ne soit justifiée par un motif d'intérêt général suffisant* » ⁽⁴⁾ et que ce n'est que sous la même réserve qu'il pourrait « *remettre en cause les effets qui peuvent légitimement être attendus de telles situations* » ⁽⁵⁾ ou de « *situations nées sous l'empire de textes antérieurs* » ⁽⁶⁾ ; enfin, la loi « *ne saurait porter aux contrats légalement conclus une atteinte qui ne soit justifiée par un motif d'intérêt général suffisant sans méconnaître les exigences résultant des articles 4 et 16 de la Déclaration de 1789* » ⁽⁷⁾.

Le Conseil d'État fournit lui aussi des arguments favorables quant à l'office du législateur et à sa motivation par l'intérêt général : il a jugé que les principes fondamentaux de la sécurité sociale au sens de l'article 34 de la Constitution « *englob[ent] l'ensemble des systèmes de protection sociale quelles que soient leurs modalités de gestion administrative ou financière et, notamment, sans distinguer*

(1) Ces dispositions formaient, avant octobre 2016, les célèbres articles 1382 à 1384 du code civil.

(2) Conseil constitutionnel, décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, Loi relative à la sécurisation de l'emploi, cons. 10.

(3) Conseil constitutionnel, décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, cons. 37.

(4) Conseil constitutionnel, décision n° 2005-530 DC du 29 décembre 2005, Loi de finances pour 2006, cons. 45.

(5) Conseil constitutionnel, décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, cons. 14.

(6) Conseil constitutionnel, décision n° 2019-812 QPC du 15 novembre 2019, M. Sébastien M. et autre, par. 5.

(7) Conseil constitutionnel, décision n° 2002-465 DC 13 janvier 2003, Loi relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, cons. 4 ; décision n° 2019-816 QPC du 29 novembre 2019, Fédération nationale des syndicats du spectacle – Confédération générale du travail, par. 26.

suivant que la protection est aménagée au moyen de mécanismes d'assurance ou d'assistance »⁽¹⁾ et estimé que les retraites complémentaires en faisaient partie⁽²⁾.

● Ensuite, une obligation d'assurance complémentaire en santé d'une portée universelle emporterait-elle une requalification des cotisations en prélèvements obligatoires ? Ces derniers n'ont guère de définition en droit : ils sont appréhendés par la direction générale des statistiques de la Commission européenne (Eurostat), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ou encore l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de manière finalement assez simple, pour regrouper les impôts, redevances et cotisations sociales effectifs (excluant les cotisations imputées comme l'effort de l'État pour les pensions de retraite de ses propres fonctionnaires, par exemple) reçus par les administrations publiques sans contrepartie directe et immédiate (les prestations d'assurance sociale étant soit décorrélées du montant de la cotisation, soit perçues avec un différé), leur montant n'étant pas à la main du contribuable (ou de l'usager ou de l'assuré), sinon *via* ses représentants, et aucun service individualisé ne lui étant rendu – quant aux cotisations sociales, le cadre comptable européen prend en considération, non sans tautologie, qu'elles sont versées à des régimes qui couvrent à titre obligatoire la totalité de la population ou un très large sous-ensemble de cette dernière et sont sous le contrôle des administrations publiques (ce qui aujourd'hui n'est pas le cas pour les complémentaires santé avec lesquelles négocient les employeurs).

Avec 46,5 milliards d'euros de cotisations collectées par les Ocam en 2024, leur classement comme prélèvements obligatoires aurait fait passer le taux de ces derniers à 44,3 points de produit intérieur brut (PIB) au lieu de 42,7 points. Pour les rapporteurs Thibault Bazin et Thierry Frappé, cela serait un problème supplémentaire pour la compétitivité de notre pays ; pour le rapporteur Jérôme Guedj, le ratio n'a de sens qu'une fois comparé avec le service public financé et servi à titre obligatoire.

L'incidence serait naturellement moindre si les prestations transférées à cette complémentaire obligatoire étaient plus limitées : le Hcaam prend plutôt un ordre de grandeur de 18,8 à 21,4 milliards d'euros hors taxes.

● Enfin, quel effet redistributif pourrait-il être envisagé à raison de la mise en place d'une assurance maladie complémentaire obligatoire généralisée ?

Avec pour hypothèses un tarif de 400 euros par an (hors charges de gestion) pour les adultes et taxes et un tarif de 130 euros par an pour toute personne de moins de 26 ans d'une part et un panier couvrant les principaux cas de tickets modérateurs et franchises, ainsi que le périmètre du « 100 % santé » d'autre part, le Hcaam juge que « **les retraités seraient les grands gagnants [...]** et économiseraient en moyenne

(1) Conseil d'État, 1^{ère} et 4^{ème} sous-sections réunies, 12 juin 1998, req. n° 188.737, Fédération des aveugles et handicapés visuels de France, concl. de Mme Christine Maugué, pub. au Recueil.

(2) Conseil d'État, Assemblée, 16 et 23 janvier 2020, avis n° 399.528 et 399.529 sur un projet de loi organique et un projet de loi instituant un système universel de retraite.

260 euros par an, dont 180 euros d'économies grâce au tarif unique du socle [...] pour les plus de 26 ans et 80 euros au titre de la baisse de leur reste à charge permise par [l']extension de [la] couverture », tandis que la réforme « ferait perdre aux inactifs, aux salariés et aux indépendants une centaine d'euros par an, solde de deux effets de sens contraire : une augmentation de prime de 120 à 160 euros en moyenne, très partiellement compensée par une baisse du reste à charge après AMC d'une trentaine d'euros par an sous l'effet de l'extension de la couverture ».

**SIMULATION DES PRIMES ET RESTES À CHARGE AVANT ET APRÈS LA MISE EN PLACE
D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE
EN FONCTION DU STATUT D'ACTIVITÉ (haut) ET DE L'ÂGE (bas)**

(en euros)

Statut	Avant réforme		Scénario 2				Effet de la réforme
	Primes AMC	RAC AMC	Prime socle étage 2	Prime suppl	Prime totale	RAC AMC	
Salariés	810 €	150 €	580 €	390 €	970 €	120 €	- 130 €
Indépendants	750 €	150 €	540 €	330 €	870 €	110 €	- 90 €
Inactifs	350 €	100 €	330 €	150 €	480 €	70 €	- 100 €
Retraités	1 200 €	270 €	590 €	440 €	1 020 €	190 €	+ 260 €
Ensemble	650 €	140 €	410 €	280 €	690 €	100 €	- 10 €

Classe d'âge	Avant réforme		Scénario 2				Effet de la réforme
	Primes AMC	RAC AMC	Prime socle étage 2	Prime suppl	Prime totale	RAC AMC	
20-29 ans	370 €	80 €	310 €	170 €	470 €	60 €	- 90 €
30-39 ans	650 €	120 €	570 €	300 €	870 €	90 €	- 190 €
40-49 ans	830 €	170 €	620 €	400 €	1 020 €	130 €	- 150 €
50-59 ans	800 €	170 €	550 €	390 €	930 €	130 €	- 100 €
60-69 ans	910 €	220 €	540 €	380 €	920 €	160 €	+ 40 €
70-79 ans	1 240 €	280 €	580 €	460 €	1 050 €	200 €	+ 280 €
+ 80 ans	1 340 €	290 €	600 €	440 €	1 030 €	200 €	+ 400 €

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2022.

b. Des propositions sérieuses dans le débat public

Pour ne prendre que des exemples de parutions au cours des dix dernières années, des tribunes soutenant une universalisation et une extension de l'assurance maladie, soit par un élargissement de son panier de base, soit par l'institution d'une complémentaire obligatoire ont été écrites :

– sous le titre « Créons une assurance-maladie universelle », par MM. Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, et Didier Tabuteau, conseiller d'État mais en sa qualité de responsable des enseignements de santé à l'Institut d'études politiques de Paris, dans *Le Monde* du 17 janvier 2017 :

** « Une réforme majeure peut être faite, à contre-courant de la pensée dominante, permettant à la fois d'améliorer la protection des Français et de réduire les dépenses : étendre l'assurance-maladie à l'ensemble des dépenses de santé, en incluant dans la Sécurité sociale la couverture complémentaire, aujourd'hui essentiellement assurée par les mutuelles et les assurances ; Il s'agit ni plus ni moins d'étendre à l'ensemble de la France, en le complétant, ce qui existe déjà en Alsace-*

Moselle. Une assurance-maladie vraiment universelle, ce n'est pas une utopie, ce n'est pas un rêve coûteux, c'est une source d'économies et d'amélioration. » ;

** « La fusion [des] deux étages [l'AMO et l'AMC] permettrait de diviser par deux les frais de gestion de l'ensemble de l'Assurance-maladie, et donc d'économiser environ 6 milliards d'euros par an, sans affaiblir la protection d'aucun assuré et, au contraire, en améliorant l'accès aux soins. [...] Cette nouvelle assurance-maladie, véritable "Sécurité sociale intégrale", entraînerait des simplifications en chaîne : plus besoin du système particulier de la CMU complémentaire ni d'aide à l'acquisition d'une complémentaire [devenues la complémentaire santé solidaire], plus besoin de prévoir la couverture à 100 % des ALD. Il y aurait, dans le système de santé, plus de moyens à consacrer aux soins et moins aux procédures administratives. » ;*

** « La création d'une assurance-maladie intégrale suppose de savoir régler deux problèmes. D'abord, celui des dépassements d'honoraires, aujourd'hui couverts en grande partie par les assurances complémentaires et qui n'auraient pas vocation à l'être par le nouveau régime. Le problème est délicat ; il n'est pas insurmontable. Les dépassements pourraient être progressivement réduits en revalorisant la rémunération des professionnels dont les tarifs sont actuellement sous-cotés. [...] Le deuxième est le devenir des mutuelles. Si la réforme se fait sur une période d'environ cinq ans, il est possible d'intégrer une partie de leurs personnels dans les équipes de l'Assurance-maladie, qui connaîtront d'importants départs à la retraite dans les cinq ans. Il est aussi envisageable de favoriser la reconversion des mutuelles en opérateurs de soins. » ;*

– à la faveur d'un entretien intitulé « La grande Sécu permettrait une meilleure couverture pour un coût sans doute inférieur », par Mme Brigitte Dormont, professeure à l'université de Paris-Dauphine, dans *Libération* du 14 novembre 2021 ;

– sous le titre « Les défenseurs de la "grande Sécu" n'ont pas dit leur dernier mot », par 43 professionnels de santé et 26 personnalités notamment universitaires, dans *Le Monde* du 30 novembre 2021 ;

– sous le titre « Santé : pour la création d'une mutuelle complémentaire gérée par la Sécurité sociale », par un collectif comprenant MM. François Bourdillon, ancien directeur de Santé publique France et Pierre-Louis Bras, ancien directeur de la sécurité sociale, dans *Libération* du 5 août 2026 – cet article étant repris avec le même titre par *Mediapart* le 8 septembre 2026 et comptant alors le rapporteur Jérôme Guedj parmi ses cosignataires.

Ces réflexions ont trouvé une manifestation dans le dépôt, le 23 février 2026, d'une pétition (n° 5254) sur la plateforme de l'Assemblée nationale, à l'initiative notamment du Pr André Grimaldi, cofondateur du collectif inter-hôpitaux.

D'après ses signataires :

– « Les complémentaires santé sont moins égalitaires que la Sécu dans la mesure où les prestations couvertes par les mutuelles dépendent du niveau de contrat souscrit (de base, intermédiaires et optimum). Moins égalitaires, elles sont aussi moins solidaires, notamment pour les retraités : les plus modestes d'entre eux consacrent plus de 10 % de leurs revenus pour payer les soins restant à leur charge après le remboursement par la Sécu, contre moins de 4 % pour les retraités plus aisés. Moins égalitaires et moins solidaires, les assurances complémentaires sont aussi moins efficaces : alors qu'elles ne remboursent que 12,5 % des soins, leurs frais de gestion atteignent, en 2024, la somme exorbitante de 8,7 milliards. À l'inverse, la Sécu qui rembourse 80 % des soins ne consacre que 7 milliards d'euros aux frais de gestion. Autrement dit, quand vous versez 100 euros à votre complémentaire santé seulement 80 euros vont au remboursement des soins tandis que lorsque vous cotisez 100 euros à la Sécu, plus de 95 euros vont aux soins. » ;

– « C'est pourquoi nous demandons la création d'une Mutuelle complémentaire gérée par la Sécurité sociale respectant ses principes fondateurs de solidarité pour le financement (chacun paie en fonction de ses moyens), d'égalité pour les prestations (chacun reçoit en fonction de ses besoins) et de démocratie. »

– « Les complémentaires actuelles deviendraient des assurances supplémentaires pour des actes relevant du confort ou n'ayant pas démontré leur efficacité. La gestion unique par la Sécu de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire, permettant de supprimer le doublon actuel des frais de gestion entre Sécu et Complémentaires, entraînerait l'économie d'au moins 8 milliards de frais de gestion inutiles qui pourraient être utilisés pour améliorer l'accès aux soins. »

MM. Tabuteau, Hirsch et Grimaldi ont été reçus par les rapporteurs ⁽¹⁾.

(1) Compte rendu (n° 13) de la réunion de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale du 8 juillet 2026.

c. Le système alsaco-mosellan

À l'égard de ce qui précède, un modèle est particulièrement digne d'intérêt, pour ne pas dire source d'inspiration : celui du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la formule complète étant souvent remplacée par celle de régime local d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle (Rlam).

Durant l'intégration de ces trois départements au Deuxième *Reich* allemand – c'est-à-dire entre la signature du traité préliminaire de paix du 26 février 1871, suivi du traité de Francfort du 10 mai de la même année, et du traité de Versailles (notamment la section V de sa partie III) du 28 juin 1919, largement précédée dans les faits par la réinstallation d'une administration française, décrétée par le président Raymond Poincaré dès le 15 novembre 1918 –, se sont appliquées les réformes sociales du chancelier Otto von Bismarck, dont la loi du 15 juin 1883 concernant l'assurance maladie des travailleurs.

Les lois du 17 octobre 1919 relative au régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine (par quoi il faut entendre la Moselle que les pouvoirs publics allemands désignaient comme *Lothringen*), du 24 juillet 1921 prévenant et réglant les conflits entre la loi française et la loi locale en matière de droit privé, du 1^{er} juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements concernés et enfin du 22 décembre 1934 prorogeant la précédente ont maintenu ces textes en vigueur.

Après la Seconde Guerre mondiale, pendant laquelle l'Alsace et la Moselle avaient été intégrées au Troisième *Reich* – cette fois sans la bénédiction même forcée du droit international –, un important arsenal a tendu à aligner les dispositions locales sur celles du reste du territoire français ou à expliciter le maintien, le cas échéant temporaire, de certaines particularités : ordonnance du 15 septembre 1944, lois n° 46-2912 du 22 décembre 1946, n° 47-2398 du 30 décembre 1947, n° 49-847 du 29 juin 1949, loi n° 51-677 du 24 mai 1951, etc.

En ce qui concerne le Rlam, l'article 20 du décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale prévoyait que « [ses] *dispositions ont un caractère provisoire [et] auront effet jusqu'à une date qui sera fixée ultérieurement par un décret* », à l'issue d'un rapprochement du niveau de solidarité entre le système local et le régime général en place dans l'ensemble des autres départements.

Cette convergence n'étant, de fait, pas intervenue, le décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au code de la sécurité sociale et surtout l'article 5 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social ont pérennisé les spécificités rencontrées dans les trois départements en question quant aux assurance maladie (il s'agit aujourd'hui surtout des articles L. 242-13, L. 325-1 et L. 325-2 du code de la sécurité sociale), vieillesse, invalidité et veuvage, ainsi qu'aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AT-MP).

i. La singularité du système d'Alsace et de Moselle

Le Rlam est un régime à la fois obligatoire et complémentaire au régime général, en sus duquel il offre des remboursements dans les champs de la ville comme de l'hôpital et améliore l'accès aux soins par rapport au reste du territoire (« France de l'intérieur », suivant une formule locale bien connue).

Dans le détail, les bénéficiaires du régime local sont, selon l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, les salariés (y compris les télétravailleurs) exerçant une activité dans les trois départements quel que soit le lieu d'implantation du siège, les salariés d'un établissement implanté en Alsace-Moselle, qui exercent une activité itinérante, certain contractuels de la fonction publique territoriale, les chômeurs, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente, les préretraités, les retraités (s'ils remplissent les conditions de cotisation et d'affiliation au cours de leur carrière) et les membres de leur famille à charge effective, totale et permanente (l'âge limite des enfants affiliés est passé, en 2022, de 20 à 24 ans). Cela représente 1,6 million d'assurés (78 %) et 470 000 ayants droit (22 %). Plus de la moitié (54 %) sont des actifs et près d'un quart (24 %) sont des retraités. Ces bénéficiaires comptent pour 67 % de la population du régime général des départements concernés.

TYPOLOGIE DES RESSORTISSANTS DU RLAM EN 2025

CPAM	Nombre de bénéficiaires du Régime Local	% de la population du Régime Général	salariés	ayants-droit	Retraités et invalides
Moselle	616 523	62%	53%	23%	24%
Bas-Rhin	833 910	73%	55%	22%	23%
Haut-Rhin	487 062	65%	53%	23%	24%
Alsace-Moselle	1 937 495	67%	54%	22%	24%
France (estimation)	2 112 643		54%	22%	24%

Source : régime local d'Alsace-Moselle, avril 2026.

ii. Financement

Le Rlam est financé par une cotisation salariale, prélevée sur les revenus des assurés : il est donc géré par les seuls représentants des cotisants et bénéficiaires, que désignent les organisations syndicales représentatives de salariés et, pour des raisons historiques, un membre de la Mutualité française.

La cotisation est, d'après les dirigeants du Rlam entendus par les rapporteurs, « structurellement solidaire »⁽¹⁾ : elle est proportionnelle, au taux de 1,3 %, assise sur les revenus déplafonnés, c'est-à-dire tous mes salaires, revenus de remplacement,

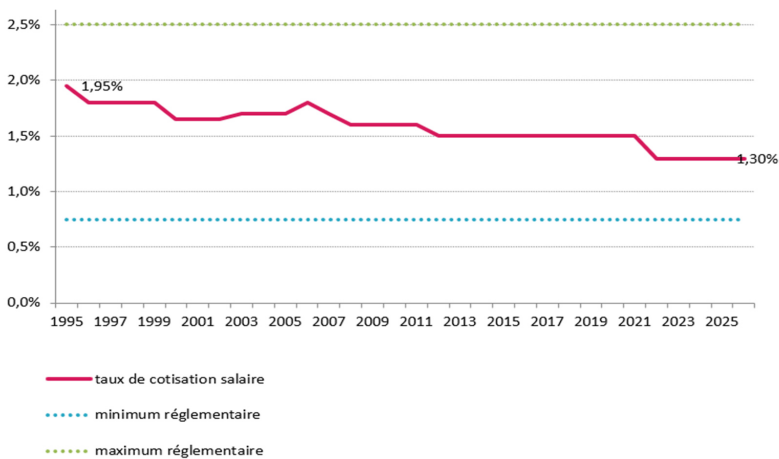
(1) Réponses écrites du régime local d'Alsace-Moselle au questionnaire des rapporteurs ; ces derniers remercient tout particulièrement le personnel du régime pour la richesse et la qualité de la documentation qu'ils ont bien voulu fournir à la mission et pour l'accueil qu'ils ont réservé à M. Jérôme Guedj à Strasbourg.

et pensions de droits propres et de réversion, de base et complémentaires. Ce taux ne varie pas avec l'âge, la maladie ou la composition de la famille. Les chômeurs sont exonérés de son paiement, de même que les retraités exonérés de CSG, ce qui permet à quatre chômeurs sur cinq et à un retraité sur cinq d'être couvert gratuitement.

Encore ce taux est-il en baisse : il y a trente ans, il était de 1,95 % ; sa dernière diminution a été expressément décidée en faveur du pouvoir d'achat (64 millions d'euros par an) ; le taux doit, ceci dit, respecter la fourchette de 0,75 % à 2,5 % mentionnée à l'article D. 325-4 du code de la sécurité sociale. Une fois de plus, la comparaison avec les complémentaires privées frappe les rapporteurs.

ÉVOLUTION DU TAUX DE LA COTISATION AU RLAM DE 1995 À 2026

(en pourcentage)



Source : régime local d'Alsace-Moselle, septembre 2026.

Ainsi que l'ont rappelé ses représentants, la question de l'instauration d'une cotisation patronale « *s'est posée* » quand a été envisagé d'étendre le panier de soins du Rlam dans le cadre de l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, évoqué *supra*. Le conseil d'administration était favorable à l'idée d'assumer les garanties minimales de la protection sociale complémentaire collective, mais la nécessité d'un financement patronal et d'une évolution du code de la sécurité sociale a fait qu'un tel projet n'a pas abouti. Une démarche similaire avait fait l'objet d'une réflexion : pour prendre en charge le « 100 % santé », mais « *les propositions du régime local n'ont malheureusement pas été prises en compte par les pouvoirs publics* » ⁽¹⁾.

En l'état des choses, le degré d'intervention du Rlam offre à ses assurés un gain de pouvoir d'achat certain. En revanche, dans la perspective d'une éventuelle transposition de son modèle à l'entièreté du pays, se présente une question alternative : soit les employeurs bénéficient d'un effet d'aubaine en ne devant plus

(1) Ibid.

participer à la moitié de la couverture complémentaire de leur personnel (ou en le devant sur une assiette amoindrie), ce qui allégerait de leur point de vue le coût du travail mais ne rehausserait pas les salaires ; soit est mise en place une cotisation des employeurs, auquel cas le mode de gouvernance du futur système en serait affecté ; dans l'un ou l'autre cas, le régime socio-fiscal favorable pour la contribution de l'employeur à la protection maladie complémentaire de leurs salariés mériterait d'être remis en cause.

Le taux de restitution de la cotisation est de 99 %, puisque le Rlam n'a que 1 % de frais de gestion parmi ses charges, soit vingt fois moins qu'un organisme complémentaire du secteur concurrentiel. Comme tout régime obligatoire en effet, nulle dépense d'acquisition ne s'impose à lui ; ses administrateurs sont bénévoles ; il n'est pas soumis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) – mais il l'est à l'impôt sur les sociétés à raison des placements que cet organisme à but non lucratif peut faire sur des placements financiers. La faiblesse des charges de fonctionnement du Rlam tient à son adossement, sous convention, aux caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) et à la caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) : en propre, moins de 10 équivalents temps plein (ETP) travaillent pour ce régime.

iii. Prestations

Le conseil d'administration du Rlam, qui donc n'est pas paritaire, a de larges pouvoirs concernant les prestations prises en charge, leurs taux de remboursement, ceux des cotisations, les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre financier ou l'affectation de sommes au financement de programmes de santé publique. C'est lui qui a décidé en 2023 une meilleure prise en charge en matière dentaire, un an après avoir décidé d'assumer l'intégralité du forfait dû pour le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation et d'intervenir dans le champ de la télésurveillance.

À titre complémentaire du régime général, le Rlam assure :

- une prise en charge partielle du ticket modérateur sur les soins de ville (ainsi, les honoraires des médecins sont remboursés à 90 % au lieu de 70 %, de même que ceux des dentistes et auxiliaires médicaux à 90 % au lieu de 60 %), étant entendu que le pouvoir réglementaire impose un ticket d'au moins 10 % en ville ;

- une prise en charge totale du ticket modérateur sur les frais de séjour hospitaliers (20 %) et les frais de transports sanitaires programmés (45 %).

Par conséquent, les baisses de remboursement de l'AMO ont une incidence sur le Rlam : ce qui dans le reste du pays est transféré aux complémentaires santé l'est, en Alsace et en Moselle, soit uniquement au Rlam, soit à celui-ci puis en partie seulement aux complémentaires.

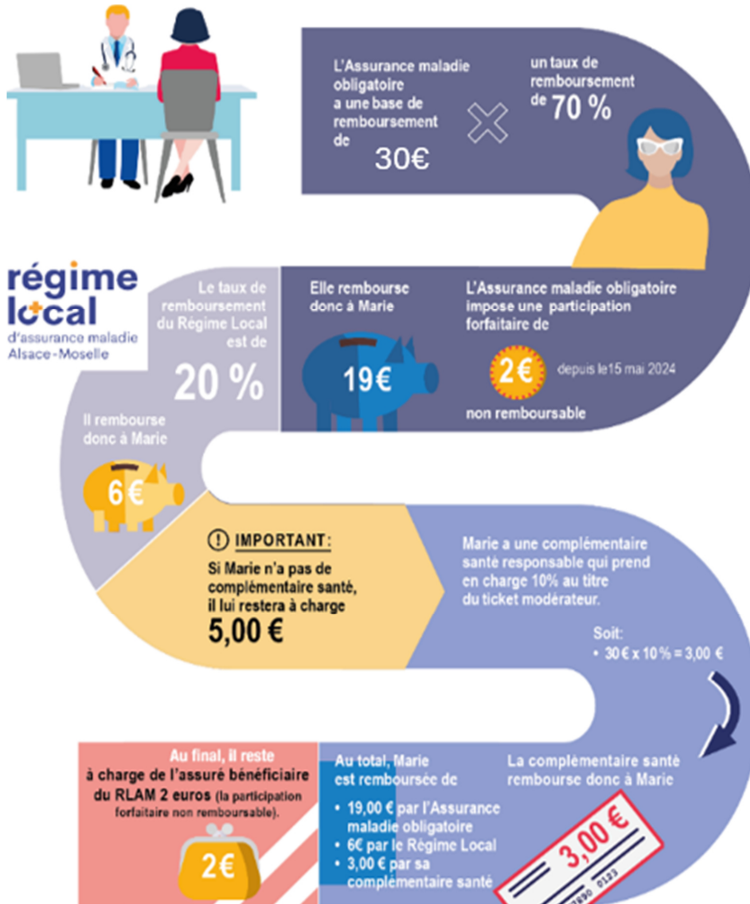
Le conseil d'administration a une certaine marge de manœuvre sur le degré de compensation de ces mouvements :

– jusqu’en 2022, le régime local prenait en charge 20 % de ticket dans le champ dentaire ; quand le régime général a fait reculer son taux remboursement de 10 points, le Rlam a décidé du maintien d’une prise en charge par finale de 90 % par une hausse de son intervention à 30 % (menant à ce que ce champ pèse 14 % des charges du régime local en 2023, contre 8 % antérieurement) ;

– en 2025, le Rlam a décidé de prendre en charge intégralement les examens de prévention bucco-dentaire de l’AMO se déchargeait pour les moins de 24 ans ;

– en 2026, la hausse des trois forfaits hospitaliers (journalier, aux urgences et pour les actes coûteux – cf. *supra* dans le 2 du A du II) et celle des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) devrait coûter 13,5 millions d’euros au Rlam, avant que ce montant passe à 15 millions d’euros en année pleine.

REPRÉSENTATION SCHEMATIQUE DE L'INTERVENTION DU RLAM POUR LA CONSULTATION D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE DE SECTEUR 1



Source : régime local d'Alsace-Moselle, septembre 2026.

De façon autonome, le Rlam prend le forfait journalier hospitalier et le forfait pour un passage aux urgences sans séjour à 100 %.

Le Rlam intervient dans la limite des tarifs de remboursement de la sécurité sociale ; c'est pourquoi il ne prend en charge ni les dépassements d'honoraires, ni les charges d'optique ou de soins dentaire dépassant la base de remboursement de base, ni des prestations comme la chambre individuelle à l'hôpital, toutes dépenses laissées le cas échéant à une mutuelle, une assurance ou un institut de prévoyance.

En 2024, la dépense du Rlam atteignait en moyenne 250 euros par personne.

Le Rlam finance aussi :

- des actions de prévention en santé : maladies neuro-cardio-vasculaires, cancers, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), santé mentale, vision et audition, lutte contre la désinsertion professionnelle, activité sportive, etc. Depuis 2024, la somme pouvant être affectée à ces chantiers est passée de 0,5 % à 3 % des charges (dépense effective de 3,5 millions d'euros en 2025).

- des projets d'action sanitaire et sociale (2,2 millions d'euros en 2025).

Le Rlam n'intervient pas dans le cadre des affections de longue durée (ALD), prises en charge totalement par le régime général (sous réserve des tickets ou forfaits pour les soins sans rapport avec l'ALD exonérante).

Enfin, le bénéfice de la complémentaire santé solidaire (C2S) est cumulable avec celui du Rlam : si tel est le cas, l'éventuelle participation à la première baisse de deux tiers (article L. 861-11 du code de la sécurité sociale).

Toutes les dépenses du Rlam au profit des assurés leurs sont servies par les caisses primaires : le versement du remboursement de l'AMO de base et celui propre au régime local ont lieu dans le même temps ⁽¹⁾. La Carsat vérifie les droits des retraités et prélève la cotisation sur leur pension de base. Pour les actifs et les bénéficiaires d'autres revenus de remplacement qu'une retraite, la collecte est faite par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), sur le salaire ou l'allocation. Les frais pour services rendus sont fixés à 0,5 % par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et au même taux par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

Si le Rlam est « *tributaire des informations de gestion et financières des branches maladie, retraite et recouvrement* », il indique « *travaille[r] étroitement avec [ses] partenaires à la fiabilisation du précompte* » ⁽²⁾.

(1) Sur tout le territoire, des conventions entre la Mutualité sociale agricole et les complémentaires santé ouvrent aussi cette possibilité que la première, par délégation, procède à des remboursements uniques.

(2) Ibid.

iv. Équilibre financier

Après avoir été excédentaire de 2017 à 2023 (avec un point haut d'un peu plus de 60 millions d'euros en 2021), le Rlam affiche un déficit modéré, de l'ordre de 14,8 millions d'euros en 2024 et de 21,2 millions d'euros en 2025.

PRODUITS DU RLAM EN 2024

NATURE DES PRODUITS	Montant en euros	Taux d'évolution 2023/2024	Structure
Cotisations sur salaires	378 270 759	2,22%	73,83%
Cotisations sur retraites et revenus complémentaires	116 660 768	9,64%	22,77%
Cotisations sur revenus remplacement (chômage)	4 421 066	-8,12%	0,86%
Cotisations – apprentissage	6 428 379	10,33%	1,25%
Autres produits (3)	6 538 454	-10,01%	1,28%
Total des produits	512 319 425	3,63%	

Source : régime local d'Alsace-Moselle, avril 2026.

CHARGES DU RLAM EN 2024

NATURE DES CHARGES	Montant en euros	Taux d'évolution 2023/2024	Structure
Remboursement du ticket modérateur des prestations maladie (soins de ville)	406 002 283	11,13%	75,39%
Participation aux frais de séjours hospitaliers	79 996 772	0,12%	14,86%
Remboursement du forfait journalier hospitalier	44 249 226	3,28%	8,22%
Financement d'actions de prévention	3 062 998	63,01%	0,57%
Autres charges ⁽¹⁾	5 203 990	12,59%	0,97%
Total des charges	538 515 268	8,88%	

Source : régime local d'Alsace-Moselle, avril 2026.

Le régime indique que pour l'avant-dernier exercice clos, le résultat négatif est lié pour 14,7 millions d'euros aux choix de déremboursement du régime général et pour le reste aux mesures de revalorisation de certaines consultations ou actes, elles aussi tierces à ses décisions propres.

Quant à l'année passée, les motifs donnés sont l'augmentation tendancielle des prestations et des dépenses hospitalières, l'effet différé du passage de la consultation des médecins généralistes à 30 euros et d'autres revalorisations tarifaires, le frein à la hausse des cotisations des actifs qu'explique la timidité de la masse salariale.

En tout état de cause, le Rlam y voit un « *déficit piloté, c'est-à-dire accepté, prévu et non subi compte tenu de l'existence de réserves* » et se dit « *particulièrement attentif à la question de la soutenabilité financière : les perspectives financières font l'objet de présentations en conseil d'administration et les outils de pilotage [suivi des dépenses, renforcement de la prévision et du contrôle interne, projection à propos des réserves, indicateurs de couverture, etc.] permettent d'éclairer les prises de décision relatives au taux de cotisation [et au] maintien ou non de la couverture en cas de déremboursement* ».

Le régime serait d'ailleurs favorable à être obligé d'avoir un taux de réserves minimal supérieur aux 8 % que le code de la sécurité sociale impose, car cela « *représente un mois de dépenses* » ⁽¹⁾ seulement. Sur cette question, les exigences européennes en termes de solvabilité ne s'appliquent pas au Rlam, car il n'a ni risque de perte de clients à provisionner ni risque de dépréciation des actifs puisque tous ses placements sont à capital garanti à la maturité du produit.

v. Articulation du régime local avec les complémentaires

L'existence du Rlam ne supprime pas l'existence d'une offre des assurances, mutuelles et instituts de prévoyance en matière de complémentaire santé :

– d'abord, le régime ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires ;

– ensuite, l'ANI de 2013, précité, a rendu obligatoire la couverture complémentaire en entreprise et, si l'affiliation au régime général est en soi un motif de dispense (article D. 911-2 du code de la sécurité sociale), cette protection reste en pratique prestée par les Ocam, les garanties étant alors « *déterminées après déduction* » de celles du Rlam et les cotisations « *réduites dans une proportion représentative du différentiel [sic] des prestations* » (articles L. 911-7 et D. 911-1-1 du code de la sécurité sociale) – mais le Rlam, qui estime couvrir 72 % du panier minimal de la complémentaire collective, indique n'avoir « *ni de visibilité [ni] de certitude* » ⁽²⁾ sur l'effectivité ou l'ampleur des baisses tarifaires pour les salariés ⁽³⁾, allant jusqu'à avancer qu'« *aucun organisme ne vérifie* » ce point et, de fait, c'est une exigence qui, selon les informations des rapporteurs, ne semble guère suivie non

(1) Ibid.

(2) Ibid.

(3) Le régime local d'Alsace-Moselle a missionné l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé au sujet des incidences de l'articulation entre cet étage particulier et les organismes complémentaires sur sa redistribution, son effet pour les employeurs, les choix de couverture individuelle et l'effort des ménages pour accéder aux soins. Les rapporteurs ont pris connaissance d'un résumé de l'étude, mais elle n'est pas finie et ne devrait être publiée qu'à la fin de l'année 2026.

plus par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), et un très récent rapport au Gouvernement évoque un « *effet [qui] n'a jamais été évalué* » ⁽¹⁾ ;

— enfin, les Ocam sont libres d'avoir dans leur portefeuille des prestations supplémentaires (prévention, prévoyance, etc.), même si le Rlam indique « *ne pas [avoir] connaissance* » ⁽²⁾ de telles offres spécifiques dans les *trois départements*, car ce suivi ne fait pas partie de ses attributions.

- vi. Une inspiration réelle mais une extension qui soulève plusieurs enjeux, tant pour son champ d'intervention propre que pour une généralisation à toute la France

Compte tenu de ce qui précède, les rapporteurs doivent confesser une franche fascination pour le modèle du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle : il combine en effet solidarité, modération des frais de gestion et gouvernance agile (par exemple, il a intégré à son conseil d'administration trois représentants des employeurs, sans voix délibérative ni consultative dans la bonne intelligence qui caractérise peut-être mieux qu'ailleurs les relations sociales dans ces départements).

Aussi pourrait-il être opportun de prolonger la logique de ce modèle. Des arguments de droit qu'a pu faire valoir l'administration s'y opposent en ce qui concerne le champ d'intervention propre du Rlam.

- D'une part, le conseil d'administration du Rlam dispose certes d'une certaine compétence paramétrique quant aux prises en charge intermédiaire entre l'AMO de base et les Ocam (et quant aux prestations extralégales : prévention, etc.), mais tel n'est pas le cas s'agissant d'un élargissement du champ d'action du Rlam, dès lors qu'une intervention du législateur ou du pouvoir réglementaire est requise.

Quand, cela a été dit, les administrateurs du régime ont suggéré d'exercer un nouveau rôle sur le champ de l'accord national interprofessionnel de 2013, un rapport de parlementaires a écarté cette option au motif du « *risque constitutionnel sérieux* » qu'il y aurait dans un « *renforcement, dans une appréciation régime par régime, des différences entre le droit local et le droit commun* » ainsi que dans une « *soustraction au champ de la concurrence d'une part de marché significative induite par le monopole que détiendrait le régime local en Alsace-Moselle* » ⁽³⁾.

Il est exact que, saisi par la Cour de cassation d'une affaire relative au travail dominical, le Conseil constitutionnel a jugé que « *la législation républicaine antérieure à l'entrée en vigueur de la Constitution de 1946 a consacré le principe selon lequel, tant qu'elles n'ont pas été remplacées par les dispositions de droit*

(1) Rapport de Mme Elisabeth Hubert et MM. Franck von Lennep, Stéphane Junique et Nicolas Bouzou, précité.

(2) Réponses écrites du régime local d'Alsace-Moselle au questionnaire des rapporteurs.

(3) MM. Philippe Bies, Denis Jacquat, André Reichardt et Mme Patricia Schillinger, Le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, rapport remis à M. le Premier ministre en application de l'article L.O. 144 du code électoral, 15 décembre 2015.

commun ou harmonisées avec elles, des dispositions législatives et réglementaires particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle peuvent demeurer en vigueur ; qu'à défaut de leur abrogation ou de leur harmonisation avec le droit commun, ces dispositions particulières ne peuvent être aménagées que dans la mesure où les différences de traitement qui en résultent ne sont pas accrues et que leur champ d'application n'est pas élargi ; que telle est la portée du principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière de dispositions particulières applicables dans les trois départements [...] ; que ce principe doit aussi être concilié avec les autres exigences constitutionnelles » ⁽¹⁾. Cette décision est venue prolonger deux jurisprudences administratives ⁽²⁾.

Le Rlam estime qu'opposer ces jurisprudences à un renforcement de son rôle est un « *argument discutable* » ⁽³⁾, au regard de l'inégalité que la dualité entre l'AMO et l'AMC laisse subsister et de son manque de soutenabilité budgétaire.

Par ailleurs, les rapporteurs sont d'avis de ne pas s'arrêter à cette ligne argumentative qui ne saurait justifier à elle seule que la piste d'une extension de cette singularité soit suivie : aucune disposition de nature constitutionnelle n'interdit au législateur de prendre exemple sur le régime alsaco-mosellan pour instituer une assurance maladie complémentaire obligatoire à l'échelle nationale, ce qui ne constituerait pas une accentuation des différences de traitement résultant de l'application de ce régime particulier mais, à l'inverse, une norme commune.

● D'autre part, s'agissant d'une application à tout le territoire national d'un système inspiré par celui d'Alsace et de Moselle, la direction de la sécurité sociale, tout en reconnaissant ses qualités (continuité, simplicité, efficacité, etc.), cite la Cour des comptes toutefois très ancien : « *on n'observe pas de performance spécifique en matière de pilotage de l'offre de soins : par exemple, les dépassements d'honoraires sont particulièrement développés en Alsace* » ⁽⁴⁾. Les rapporteurs observent à tout le moins que cet argument de la direction de la sécurité sociale est affaibli par le caractère ancien de sa référence.

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2011-157 QPC du 5 août 2011, Société Somodia, cons. 11.

(2) Conseil d'État, Assemblée, 22 janvier 1988, req. n° 80.936, Association « Les cigognes », concl. de M. Bernard Stirn, pub. au Recueil ; 8^{ème} et 3^{ème} sous-sections réunies, 6 avril 2001, req. n°s 219379, 221699 et 221700, Syndicat national des enseignements du second degré, concl. de Mme Emmanuelle Mignon, pub. au Recueil.

(3) Réponses écrites du régime local d'Alsace-Moselle au questionnaire des rapporteurs.

(4) Cour des comptes, Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 29 février 2012.

3. Le plafonnement des restes à charge par l'instauration d'un « bouclier sanitaire »

a. Une proposition relativement ancienne visant à améliorer la soutenabilité collective et individuelle du système de santé par plus de redistribution

- i. Les facteurs expliquant l'insoutenabilité tendancielle du modèle de protection sociale

La pérennité du système de santé est menacée par la dégradation continue du déficit de la sécurité sociale, principalement imputable à celle de la situation financière de la branche maladie.

Selon la Cour des comptes, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a doublé entre 2023 et 2025, année où le résultat était négatif à hauteur de 21,6 milliards d'euros, soit un niveau inédit depuis 2012, et où, si trois branches (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse) étaient déficitaires, la dégradation du solde tenait principalement à la situation de la première dont le passif s'établissait 15,9 milliards d'euros ⁽¹⁾. Les projections de déficit pour 2026 ne font que confirmer cette tendance préoccupante, comme l'illustre le dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de mai 2026, qui estime qu'à cadre inchangé, le déficit des Robss se dégraderait fortement pour atteindre 23,2 milliards d'euros.

La dégradation des comptes de la sécurité sociale est une tendance structurelle qui résulte d'une progression spontanée des dépenses de santé à un rythme plus rapide que celui de l'accroissement de la richesse nationale. Les dépenses liées à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progressent de 3 % à 4 % chaque année, soit un taux supérieur à fois à la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) approuvé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (généralement autour de 3 %) mais aussi à la croissance du produit intérieur brut (PIB).

Les principaux déterminants de l'augmentation des dépenses de la branche maladie sont : le vieillissement de la population et la très forte hausse de la prévalence des maladies chroniques, notamment observée suivant l'indicateur des affections de longue durée (ALD) qui représentent 60 % des dépenses de la branche maladie et dont on estime que cette part atteindra 75 % des dépenses en 2035, ainsi que le coût des innovations médicales.

Pour contenir ces dépenses sans réformer en profondeur le système de protection sociale qui occupe une place particulière en France, les gouvernements successifs ont jusqu'à présent privilégié les mesures paramétriques telles la hausse des franchises et participations forfaitaires ou les transferts de charges de l'assurance

(1) *Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2026 ; rapport n° 2863 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2025, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 juin 2026.*

maladie obligatoire vers les organismes complémentaires au moyen de baisses du taux de remboursement de certains soins par exemple.

Bien que le reste à charge des assurés qui s'établit à 10,2 % de la dépense de santé en France soit le troisième plus faible de l'Union européenne (UE) derrière ceux du Luxembourg (9,7 %) et de la Croatie (9,4 %) ⁽¹⁾, ce taux masque une situation inéquitable puisqu'il représente 2,8 % des revenus des ménages du premier décile, mais seulement 0,6 % s'agissant des ménages du dixième décile, ce qui favorise le renoncement aux soins des plus précaires pour des raisons financières ⁽²⁾.

- ii. La notion de « bouclier sanitaire » et ses principes généraux de fonctionnement, une tentative de réponse aux défis du système actuel

L'idée d'un « bouclier sanitaire » est apparue au début des années 2000, en réponse aux limites de la régulation de la dépense au moyen de remboursements partiels qui, d'une part, se révèlent inefficaces pour infléchir la tendance structurellement déficitaire de la branche maladie et, d'autre part, concourent au renoncement aux soins des plus précaires en augmentant leur reste à charge ⁽³⁾.

La notion a ensuite été proposée dans le rapport d'une mission commandée par les ministres de la santé, de la jeunesse et des sports et du budget, des comptes publics et de la fonction publique, lancée en 2007 ⁽⁴⁾ à la suite des propositions de M. Martin Hirsch, alors haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, après l'instauration des nouvelles franchises médicales. L'objectif initial était de substituer à l'enchevêtrement complexe de règles d'exonération individuelles quant à la participation de l'assuré un plafond global de dépense de santé acceptable tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Le concept a ensuite été repris en 2012 dans une étude de la direction générale du Trésor ⁽⁵⁾, puis par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) en 2022 ⁽⁶⁾.

(1) *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, Le système de santé français est-il exceptionnellement « généreux » ?, 2 juin 2026.

(2) M. François Ecalle, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes, Pourquoi faut-il mettre en place un bouclier sanitaire ?, 12 février 2026 ; direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu, étude n° 1220, 15 février 2022.

(3) *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, op. cit.

(4) *Rapport de MM. Raoul Briet, président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, et Bertrand Fragonard, président de commission à la Haute Autorité de santé*, 28 septembre 2007.

(5) *Direction générale du trésor*, Évaluation de modifications du système de remboursement des soins – Enseignements de la maquette ISIS, document de travail n° 2012/04, 11 décembre 2012.

(6) *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire, le 14 janvier 2022.

Le mécanisme a nourri une proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale en 2024 ⁽¹⁾ et la réflexion sur l'opportunité de déployer le « bouclier sanitaire » a été poursuivie cette année par une note du site *Fipeco* ⁽²⁾ qui fait valoir qu'un mécanisme comparable existe déjà dans plusieurs pays européens tels l'Allemagne, la Suisse ou encore la Belgique, qui sont confrontés aux mêmes problèmes structurels de soutenabilité de leur modèle social.

Le plafonnement du reste à charge des assurés est exprimé soit en pourcentage du revenu (en Allemagne et en Belgique), ou bien en euros, avec un plafond fixé selon la tranche de revenus de l'assuré (en Suisse) ⁽³⁾.

Le fonctionnement du dispositif repose sur une simplification et une refonte complète des règles de prise en charge par l'assurance maladie autour des principes suivants :

- l'**unification des participations financières** par la substitution d'un ticket modérateur à taux unique aux tickets modérateurs, forfaits et franchises actuellement en vigueur pour les soins relevant de la médecine dite « de ville », complété d'une franchise journalière pour les soins hospitaliers ;

- la **suppression des exonérations catégorielles** entraînant la disparition des régimes visant une prise en charge intégrale par l'assurance maladie des dépenses incluses dans le panier de soins, tels le régime des ALD ou encore le « 100 % santé », au profit d'un régime de protection maladie universel ;

- le **plafonnement de la participation financière selon la capacité contributive**, de sorte que le reste à charge annuel de chaque assuré au titre des dépenses de soins remboursés par l'assurance maladie obligatoire (à l'exception des dépenses ne figurant pas dans le panier de soins, tels les actes hors nomenclatures, les dépassements d'honoraire, etc.) ne puisse excéder un plafond exprimé en pourcentage fixe calculé sur la base du revenu annuel du ménage de l'ordre de 3 % à 5 % du revenu ⁽⁴⁾ ;

- le « **bouclier sanitaire** » proprement dit, qui consiste en une **prise en charge intégrale des dépenses de santé au-delà du seuil** dans la limite des dépenses relevant du champ de l'AMO, éventuellement sans avance de frais.

(1) Proposition de loi (n° 2594) portant création d'un plafonnement du reste à charge des dépenses de santé en proportion des revenus de MM. Jean-Carles Grelier, Sacha Houlié, Mmes Lysiane Métayer, Béatrice Piron, Anne-Cécile Violland et M. Paul Molac, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 mai 2024.

(2) M. François Ecalle, op. cit.

(3) Ibid.

(4) Comité 3C, Le bouclier sanitaire : pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?, mai 2026.

b. L'illustration d'une l'absence de consensus quant à la répartition souhaitable de l'effort pour des dépenses de santé en constante augmentation

L'instauration d'un bouclier sanitaire fait l'objet d'un important débat doctrinal entre partisans et opposants, qui illustre l'absence de consensus s'agissant de la répartition de l'effort de financement du système de santé et sur l'efficacité du modèle à produire les effets escomptés.

- Le défenseurs du « bouclier sanitaire » mettent en avant des arguments de justice sociale et d'amélioration du pilotage budgétaire des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Le principal atout du dispositif serait son fort caractère redistributif : en garantissant qu'aucun ménage ne consacre plus de 5 % de son revenu disponible au reste à charge, le « bouclier sanitaire » protège les trois premiers déciles de revenus qui dépensent actuellement plus de 5 % de leurs revenus en cotisations d'assurance maladie complémentaire tout en conservant plus de 2 % de reste à charge ⁽¹⁾.

Le « bouclier sanitaire » pourrait constituer un outil de régulation macroéconomique pour le législateur qui déterminerait ainsi annuellement le montant du plafond du « bouclier sanitaire » en considération des conséquences pour le reste à charge des assurés mais également du retentissement sur l'équilibre des comptes de la branche maladie des Robss.

L'instauration du « bouclier sanitaire » constituerait aussi un levier de simplification et d'efficacité de la gestion administrative : par la disparition du régime des ALD qui contraint les professionnels de santé pour chaque prise en charge à distinguer ce qui en relève ou non et par la suppression du système de gestion double entre AMO et AMC qui multiplie les frais de gestion.

Comme cela a été décrit (*cf. supra* dans le 3 du B du I), les frais de gestion des complémentaires sont considérables et d'un montant supérieur à ceux de l'AMO : ils s'établissaient à 8,7 milliards d'euros en 2024, contre 7 milliards d'euros pour l'AMO. Une part importante des frais de gestion de l'AMC ne sont pas directement liés au versement des prestations et à la gestion des demandes de remboursement puisqu'ils sont composés à 41 % de « frais d'acquisition », engagés pour attirer de nouveaux clients par des dépenses de publicité, d'ouverture de dossiers, etc. ⁽²⁾

- Pour ses détracteurs, le « bouclier sanitaire » ne permettrait pas d'atteindre les résultats escomptés et comporterait plusieurs écueils.

— La **lourdeur de gestion et la complexité du déploiement** sont notamment mis en avant par le Comité 3C, qui qualifie le dispositif d'« usine à gaz ».

(1) Ibid.

(2) M. François Ecalle, op. cit.

Comme l'indiquait déjà en 2007 le rapport précité de MM. Briet et Fragonard, le déploiement du dispositif nécessiterait pour la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) de mettre en œuvre un suivi individualisé et permanent des prestations de soins servies à chaque assuré – ce qui est déjà le cas actuellement ⁽¹⁾ – mais en étroite collaboration avec l'administration fiscale pour déterminer le niveau de ressources pris en compte pour chaque foyer.

Le Comité 3C alerte sur l'inadaptation du mécanisme à la prise en compte de la situation des actifs non-salariés, dont les revenus sont très volatils, faisant valoir que le risque de renoncement aux soins l'année marquée par une baisse de revenus est réel.

Ensuite, le Comité 3C indique que la philosophie du dispositif imaginé au début des années 2000 repose sur une **individualisation du reste à charge plafonné en fonction des revenus, qui s'articulerait mal avec l'essor des contrats collectifs** d'entreprises pour la couverture des salariés et progressivement des agents publics, d'où il ressort que toute évolution des contrats collectifs nécessite une négociation avec les partenaires sociaux. Il serait à craindre, selon le Comité 3C, que le bouclier ne concerne que les assurés ne disposant d'aucune complémentaire ou d'une couverture par un contrat individuel (retraités, inactifs, chômeurs et travailleurs non-salariés). Cette situation serait de nature à limiter l'effet global de la réforme, ainsi que son effet financier. **Cet argument est toutefois discutable** dans la mesure où la mise en œuvre du bouclier sanitaire **relativiserait fortement la nécessité de disposer d'une couverture complémentaire** pour un grand nombre d'assurés et qu'elle serait de nature à remettre en question la pertinence du maintien en toute hypothèse d'une couverture collective obligatoire pour les assurés actifs.

– **L'inefficacité à contenir la hausse des dépenses de la branche maladie** résulterait d'une prévisible **hausse de la consommation de soins** par les assurés qui, ayant atteint le plafond du bouclier sanitaire, se trouvent dans une situation d'aléa moral dès lors que tous les soins au-delà du plafond sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie.

Le Comité 3C illustre le risque de dérive de la dépense par une analogie avec la mise en œuvre du dispositif 100 % santé, dont l'effet financier avait été projeté à 167 millions d'euros de dépenses supplémentaires en cinq ans par la direction de la sécurité sociale, alors que les dépenses totales observées au titre des prothèses dentaires remboursées, lunettes et prothèses auditives ont augmenté de 3,65 milliards d'euros entre 2018 et 2024 ⁽²⁾.

Le Hcaam contredit toutefois ce scénario qu'il juge « *peu probable* » ⁽³⁾ pour trois raisons :

(1) Chaque assuré dispose sur le portail Ameli de l'assurance maladie (déploqué fin 2007) d'un compte personnel retraçant l'ensemble de ses démarches et remboursements de santé.

(2) Comité 3C, Le bouclier sanitaire : pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?, mai 2026.

(3) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, op. cit.

– d’abord parce que la gratuité existe déjà pour une grande partie des assurés sociaux du fait de régimes exonérants (ALD, 100 % santé) ou des garanties prévues par le contrat d’assurance complémentaire santé ;

– ensuite parce que la gratuité permise une fois le plafond atteint ne serait pas totale mais resterait circonscrite aux dépenses couvertes par le panier de soins et à l’exception des actes hors nomenclature, dépassements d’honoraires, *etc.*, de sorte que pour les rapporteurs l’effet protecteur du bouclier ne serait que relatif ;

– enfin, parce que pour les auteurs du rapport, pour les actes chers, la dépense est plus souvent déterminée par l’offre de soins en elle-même et que l’élasticité prix de la demande devient nulle.

– **L’effet sur le reste à charge réel des assurés est débattu**, en particulier pour ceux ayant une ALD.

L’argument développé par le comité 3C repose sur les conclusions d’une revue de dépenses des inspections générales, déjà mentionnée ⁽¹⁾.

Cette étude établit que pour une incidence budgétaire neutre, le plafond du bouclier sanitaire devrait être fixé entre 800 et 900 euros par an, alors que le reste à charge moyen constaté des 14 millions de personnes en ALD s’élevait au moment de l’étude à 500 euros par an : comme le plafond du bouclier permettant la neutralité budgétaire du dispositif est supérieur au reste à charge moyen constaté des assurés en ALD, la mesure paraît défavorable à ces assurés sans permettre un redressement des comptes de la branche maladie, ce qui constitue un argument nettement défavorable à son déploiement.

Toutefois, cette revue de dépenses publiée en septembre 2024 a fait l’objet d’une importante mise à jour en juin 2026, à la suite de la correction par la Drees d’une erreur dans une base de données exploitée dans le rapport ⁽²⁾. Il ressort de l’actualisation du chiffrage que **pour un plafonnement du reste à charge opposable fixé à 1 000 euros par an, les économies générées pour les dépenses de la branche maladie seraient entre 800 millions d’euros et 1,9 milliard d’euros**, mais que la proportion d’assurés actuellement bénéficiaires du régime de l’ALD qui aurait un reste à charge opposable plus important après la mise en œuvre du bouclier sanitaire progresserait de 82 % à 86 %. Malheureusement, la correction n’a pas été faite à paramètres constants et l’effet sur le reste à charge et sur l’équilibre des comptes sociaux d’un plafonnement fixé à 800 euros annuels n’a pas été étudié avec les données actualisées.

(1) Rapport n° 2023-M-103-03 de l’Inspection générale des finances et n° 2023-I26R de l’Inspection générale des affaires sociales, 12 septembre 2024 (document mis à jour le 16 décembre 2025).

(2) Cette erreur a conduit à sous évaluer 10 % des dépenses en lien avec l’ALD (considérées à tort comme étant sans lien avec l’ALD). Une fois cette erreur corrigée, le chiffrage des dépenses en lien avec l’ALD est supérieur de 6 milliards d’euros et porté à 91 milliards d’euros au lieu de 85 milliards d’euros.

Le Hcaam estime que dispositif protégerait d'abord les assurés exposés aux restes à charge les plus élevés, au premier rang desquels figurent les personnes âgées qui peuvent être confrontées à des restes à charge jugés « catastrophiques » et qu'ils seraient en réalité les principaux bénéficiaires d'un plafonnement fixé dans l'hypothèse retenue par le Hcaam à 1 400 euros par an.

Le « bouclier sanitaire » jouerait aussi un rôle de filet de sécurité pour les malades chroniques et bénéficierait ainsi davantage aux assurés en ALD, dont 6,1 % dépasseraient le plafond annuel de 1 400 euros, qu'aux assurés non atteints d'une ALD, dont seuls 2,3 % l'atteindraient.

— Il convient d'aborder les **effets de second rang sur la couverture complémentaire avec un risque de « démutualisation »**.

Les représentants des complémentaires santé alertent sur le risque d'une perte d'intérêt de la couverture complémentaire dans un contexte de déploiement du « bouclier sanitaire » qui aurait pour inévitable effet de **réduire l'intérêt d'une garantie portant sur les soins courants d'où il résulterait une démutualisation des portefeuilles**. Les assurances complémentaires concentreraient leur offre sur les dépassements d'honoraires et postes de dépenses hors nomenclature à tarifs libres, ce qui aurait, selon le Comité 3C, pour effet de renchérir les cotisations et de **favoriser une « médecine à deux vitesses »** ⁽¹⁾.

Cette analyse contredit celle du Hcaam qui considère que le « bouclier sanitaire », en réduisant le risque de restes à charges « catastrophiques » de certains assurés âgés en particulier, facilite l'assurabilité des personnes âgées, ce qui permettrait une diminution des primes d'assurance maladie complémentaire estimée à 225 euros par an pour les plus de 80 ans et à 150 euros par an pour les personnes âgées de 70 à 79 ans, dans l'hypothèse d'un plafond global pour la ville et hôpital fixé à 1 400 euros annuels ⁽²⁾.

Le coût de l'instauration d'un bouclier sanitaire serait bien sûr croissant avec la baisse du seuil : le Hcaam, sur la base de données de la Drees remontant à 2017, estime qu'il pourrait aller 7,2 milliards d'euros de dépenses pour l'AMO (nouveaux remboursements avec le plafonnement des tickets et participations, perte de recettes liées à la suppression des contributions à la C2S payante, à la baisse du rendement de la TSA, du forfait social, de la CSG et de la CRDS), sans parler de l'ambivalence sur l'impôt sur le revenu et l'effort des administrations en tant qu'employeuses.

(1) Comité 3C, op. cit.

(2) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, op. cit.

**SIMULATION DE L'INCIDENCE FINANCIÈRE DE DIFFÉRENTS MONTANTS DE BOUCLIER
SANITAIRE ET COMPARAISON DU RESTE À CHARGE SELON DEUX PROFILS D'ASSURÉ**

(en euros ; en milliards d'euros)

Champ	Plafond	Coût (Mds €)	Ratio de RAC opposable (+70 ans/20-39 ans)
Hôpital	2 100 €	0,6	3,9
Hôpital	1 100 €	1	3,8
Hôpital	630 €	1,5	3,7
Hôpital	330 €	2	3,6
Ville et hôpital	1 400 €	2	3,5
Ville et hôpital	720 €	4,2	3
Ville et hôpital	400 €	7,2	2,5

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2022.

Sur la foi d'hypothèses en partie congruentes et pour d'autres novatrices, les inspections générales ont, quelques jours avant la remise du présent rapport, procédé à une nouvelle simulation des effets de l'instauration d'un bouclier sanitaire, en tout premier lieu sous l'angle du reste à charge selon que les paramètres de plafonnement varient en fonction du revenu ou au contraire soient d'inspiration forfaitaire ⁽¹⁾.

(1) Rapport n° 2026-E-013-02 de l'Inspection générale des finances et n° 2025-111R2 de l'Inspection générale des affaires sociales, 24 septembre 2026.

**SIMULATION ACTUALISÉE DE L'EFFET D'UN BOUCLIER SANITAIRE
SUR LE RESTE À CHARGE EN FONCTION DU FORMAT DU TICKET MODÉRATEUR**

(en euros)

			Impact sur les consommateurs (M de personnes et variation moyenne du RAC AMO par individu)				
Scé- nario	Montant du bouclier	TM	Perdants ALD	Gagnants ALD	Gagnants hors ALD	Perdants hors ALD	Gain pour l'AMO (M €)
Scénarios sans modifications des règles de TM							
<i>Scénarios à isocoût pour l'AMO</i>							
1	740 €	Règles actuelles	8,3 (345)	1,5 (- 868)	2,2 (- 690)	-	5
2	1 240 € (620 € ALD)	Règles actuelles	8 (303)	1,9 (- 798)	0,7 (- 1239)	-	0
3	2,8 % du niveau de vie	Règles actuelles	8,2 (355)	1,6 (- 820)	2,2 (- 630)	-	-5
<i>Scénarios avec économies pour l'AMO</i>							
4	1 300 €	Règles actuelles	9 (506)	0,7 (- 1 112)	0,7 (-1260)	-	2900
5	6 % du niveau de vie	Règles actuelles	9,1 (579)	0,6 (- 1 173)	0,7 (- 1142)	-	3800
Scénarios avec TM unique							
6	2 000 €	TM unique à 15%	8,6 (582)	3,4 (- 271)	38,4 (- 132)	5,9 (166)	24
7	750 €	TM unique à 25%	9,4 (338)	2,6 (- 554)	33,5 (- 95)	10,6 (133)	-42
8	460 €	TM unique à 5=40%	9 (268)	3 (- 660)	7,5 (- 361)	36,3 (65)	77

Source : inspections générales des finances et des affaires sociales, septembre 2026.

• Avant d'étudier ses paramètres, les rapporteurs avaient un *a priori* assez favorable au sujet du bouclier sanitaire ; à l'issue de leurs travaux, ils concluent que le dispositif n'aurait rien de la solution, voire de la révolution que d'aucuns y ont vu pour à la fois responsabiliser les assurés et la sécurité sociale et rendre l'effort des uns (le reste à charge) comme de la seconde (des dépenses publique) soutenable.

En ce qui concerne le plafond lui-même, les contradictions sont patentées :

– la répartition de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) étant fort variable d'un assuré à l'autre, il ne créerait ni modération ni incitation pour des personnes n'ayant quasiment aucun remboursement par l'assurance maladie telle année (on peut penser à de jeunes actifs en excellente santé ou ne consultant en tout cas pas de professionnel de santé) mais à l'autre bout du spectre il n'existe très certainement aucune acceptabilité sociale et aucune majorité parlementaire pour que des patients doivent attendre de franchir un seuil de 900 ou 1 400 euros avant que la prise en charge de leurs frais soit intégrale ;

– un montant calculé à l'échelle du foyer peut certes, dans une logique de conjugalisation et de familiarisation, avoir des inconvénients, mais encore faudrait-il que dans cette hypothèse ne soit pas inventée une énième base de ressources, tant elles sont appréhendées différemment pour l'impôt ou diverses prestations ⁽¹⁾ ;

– en revanche, un montant appliqué directement au foyer ne serait, aux yeux des rapporteurs, pas juste, d'abord parce qu'il ne saurait y avoir de concurrence dans la consommation de soins (que l'on prenne la question sous l'angle du plafonnement des participations ou sous celui du seuil pour atteindre la prise en charge intégrale) et ensuite parce que, simplement, l'on a le droit de ne pas informer son conjoint des consultations que l'on fait et des actes que l'on reçoit.

Plus généralement, les rapporteurs ne sont convaincus ni de l'efficacité d'un mécanisme tel que le bouclier pour remettre les comptes de la branche maladie sur une trajectoire raisonnable, ni de l'effet positif sur l'évitement du renoncement aux soins, ni de l'aspect opportun du repositionnement des organismes complémentaires. Il est par ailleurs permis de douter fortement de la capacité du pays à accepter une annonce suivant laquelle certains avantages liés aux ALD ou au « 100 % santé » disparaîtraient, même facialement.

Enfin, le fait que la simplification et l'allègement de l'effort des ménages seraient réels ne peut lui aussi que laisser dubitatif puisque resteraient une série d'actes hors nomenclature et que les dépassements d'honoraires des médecins demeureraient vraisemblablement autorisés.

Pour la DSS, « *un seuil unique risque d'être très coûteux ou inaccessible pour certains assurés ; le seuil modulé pose une question d'acceptabilité* » ⁽²⁾.

4. L'augmentation des taux de remboursement de la sécurité sociale

Le troisième scénario envisagé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) correspond, plus nettement encore que celui qui revient à mettre en place une complémentaire santé obligatoire et universelle, à l'idée de la « grande sécu ». Il repose sur une **nouvelle répartition des dépenses de santé entre l'AMO et l'AMC** : la sécurité sociale prendrait entièrement en charge les besoins de protection commune et les complémentaires assureraient les besoins spécifiques, notamment ceux générés par les situations professionnelles et territoriales.

a. Modalités

Le scénario relatif à l'augmentation des taux de remboursement de la sécurité sociale présente trois caractéristiques : d'abord, l'extension du périmètre des dépenses prises en charge par la sécurité sociale ; ensuite, le repositionnement des

(1) Communication de Mmes Nathalie Colin-Oesterlé et Sandrine Runel en conclusion des travaux d'une mission « flash » sur l'opportunité et les modalités de la création d'une allocation sociale unique, 9 juillet 2025.

(2) Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire des rapporteurs.

organismes complémentaires d'assurance maladie ; enfin, la refonte de la gouvernance de l'assurance maladie.

- Au cœur de ce scénario, on retrouve un **élargissement du périmètre des dépenses de santé prises en charge à 100 % par l'AMO**.

L'ensemble des tickets modérateurs, y compris ceux applicables aux médicaments et aux dispositifs médicaux, seraient ainsi supprimés, de même que le forfait journalier hospitalier et le forfait patient urgences. En ce qui concerne les autres participations financières et les franchises aujourd'hui applicables, elles pourraient être maintenues en l'état, supprimées, ou remplacées par une franchise forfaitaire annuelle afin de conserver une contribution des assurés au financement des dépenses de santé.

Dans les secteurs de l'optique, du dentaire ou des audioprothèses, un panier de soins correspondant à l'actuel « 100 % santé » serait maintenu, voire élargi, à la condition que les soins et dispositifs médicaux pris en charge soient considérés comme nécessaires et essentiels d'un point de vue sanitaire. Les patients resteraient libres de souscrire une assurance complémentaire pour les soins non pris en charge par le panier. Le panier serait en outre réévalué régulièrement afin de prendre en compte l'innovation.

Enfin, dans l'hypothèse d'une extension des dépenses de santé prises en charge intégralement par la sécurité sociale, les exonérations associées au dispositif des affections de longue durée (ALD) n'auraient plus lieu d'être et seraient supprimées. La complémentaire santé solidaire (C2S) ne conserverait quant à elle son intérêt qu'au regard de l'interdiction des dépassements d'honoraires et pourrait donc être drastiquement simplifiée.

- En conséquence d'une prise en charge étendue des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, **le champ d'intervention des organismes complémentaires serait considérablement réduit**. Ceux-ci joueraient ainsi le rôle non pas d'assureurs complémentaires, mais d'assureurs « supplémentaires » en couvrant uniquement les dépassements d'honoraires et les soins non remboursables par la sécurité sociale. Ils pourraient aussi approfondir leur investissement dans les contrats de prévoyance (*cf. infra* dans le *b* du 2 du B du présent III).

- Le renforcement du rôle de la sécurité sociale envisagé dans ce scénario impliquerait enfin une **démocratisation de la gouvernance de l'assurance maladie obligatoire**, notamment dans la gestion du panier des soins remboursés afin d'en garantir la pertinence et l'adéquation avec les besoins sociaux exprimés.

La **régulation des dépenses de santé** est en effet le corollaire d'une augmentation des taux de remboursement par la sécurité sociale afin d'éviter à la fois des difficultés d'accès aux soins nécessaires et l'explosion des dépenses publiques.

Outre la gestion dynamique du panier pris en charge, la régulation des prix devra être renforcée – tarifs conventionnels, tarifs de la liste des produits et des prestations (LPP) et tarifs libres – et la pertinence et la qualité des actes, prestations et parcours devront faire l’objet d’une grande vigilance.

b. Implications financières et organisationnelles

● Selon le Hcaam, l’élargissement du périmètre des dépenses prises en charge à 100 % par l’assurance maladie obligatoire représenterait une **dépense supplémentaire de près de 19 milliards d’euros**, à comportement de recours des patients et d’offre inchangés. Ce surcoût s’élèverait à 17,4 milliards d’euros si les franchises et les participations forfaitaires en ville sont maintenues.

SIMULATION DE LA DÉCOMPOSITION DU SURCÔÛT TOTAL DE L’AUGMENTATION DES TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d’euros)

Reste à charge opposable en ville (*)	8,9
Reste à charge opposable à l’hôpital	3,3
Reste à charge opposable sur les médicaments à 65 %	3,1
Reste à charge opposable sur les médicaments à 15 % et 30 %	1,5
Prise en charge à 100 % sur l’optique et les audioprothèses (100 % santé)	0,5
Reste à charge opposable sur les soins conservateurs dentaires	0,7
Prise en charge à 100 % des prothèses dentaires (100 % santé)	0,8
Total	18,8

(*) Tout l’ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses, mais y compris la suppression des franchises et participations forfaitaires en ville.

Source : Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie, janvier 2022.

Le coût complet d’une telle réforme doit toutefois tenir compte d’autres facteurs, parmi lesquels :

– une réduction du rendement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), à hauteur d’environ 3,5 milliards d’euros, mais aussi de la CSG et de la CRDS sur la part de la cotisation de complémentaire collective payée par l’employeur ;

– la disparition des contributions à la C2S ;

– le redéploiement possible d’une fraction des participations des employeurs aujourd’hui affectées au financement des contrats de complémentaire santé collectifs vers des contrats de prévoyance.

Au total, le Hcaam estime que l’augmentation des taux de remboursement par la sécurité sociale conduirait à une **hausse des dépenses publiques à hauteur de 22,5 milliards d’euros**. Toutefois, « *les dépenses de santé étant essentiellement contraintes et les participations financières qui feraient l’objet d’une augmentation du taux de remboursement de l’AMO étant déjà couvertes aujourd’hui par les contrats responsables, ce scénario n’aurait pas d’effet inflationniste sur les dépenses, au-delà de la baisse, souhaitable, du renoncement aux soins* » ⁽¹⁾.

(1) Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie, op. cit.

- La mise en œuvre d'une telle réforme impliquerait en parallèle **d'augmenter à due proportion les recettes de la sécurité sociale.**

Pour les assurés, ces hausses de recettes seraient neutres puisqu'elles se substitueraient aux primes qu'ils paient aujourd'hui pour les contrats complémentaires. Sans préjuger des choix politiques relatifs à la répartition du financement global de la sécurité sociale entre actifs et retraités, les transferts devant être organisés pour financer les changements de périmètre entre l'AMO et l'AMC pourraient dès lors concerner les prélèvements suivants :

- une progression des cotisations patronales, qui serait en tout ou partie compensée par la disparition de leur participation, laquelle vient d'être évoquée, au financement des contrats collectifs d'assurance complémentaire ;

- une hausse de la CSG, afin de renforcer la contribution des retraités au financement de l'assurance maladie, dans la mesure où ils seront les grands bénéficiaires d'une hausse des taux de remboursement par la sécurité sociale ;

- la mobilisation d'autres ressources, à l'image de la TVA ou d'autres impôts et taxes affectés à la sécurité sociale.

- L'augmentation du taux de remboursement par la sécurité sociale générerait certainement une **forte contraction du marché de la complémentaire santé** sous l'effet de deux facteurs : d'une part, la réduction du champ d'intervention des organismes complémentaires ; d'autre part, la désaffiliation de nombreux assurés et entreprises.

Pour estimer l'ampleur de cette contraction, le rapport du Hcaam s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle seuls les assurés les mieux couverts actuellement par leur complémentaire santé maintiendraient une préférence pour un niveau de couverture supérieur au panier de la sécurité sociale. En outre, le Haut Conseil fait le choix de considérer que les frais de gestion des sinistres, les frais d'acquisition et les marges des assureurs complémentaires sont proportionnels aux prestations, tandis que les frais d'administration sont proportionnels au nombre d'assurés.

Sous ces conditions, la mise en œuvre du troisième scénario induirait une **baisse de 27 milliards d'euros du chiffre d'affaires des Ocam hors TSA, soit une contraction de 70 % du marché.** Cette contraction résulterait, pour les trois quarts, de l'augmentation des remboursements par l'assurance maladie obligatoire et, pour un quart, de la désaffiliation de la moitié des assurés. Elle s'accompagnerait, en outre, d'une diminution de 5,4 milliards d'euros des charges de gestion.

- Enfin, un élargissement du périmètre des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale aurait également des **conséquences de nature plus organisationnelle, notamment en termes de ressources humaines et de réduction de la charge administrative.**

Les organismes complémentaires, lorsqu'une telle éventualité est évoquée, insistent sur le fait que le devenir des salariés des organismes complémentaires serait en jeu, puisque nombre d'eux seraient amenés à perdre leur emploi. Les rapporteurs confirment que toute réforme devrait donc intégrer un **plan d'accompagnement**, qui pourrait être financé grâce aux économies réalisées sur les frais de gestion. Mais il apparaît aussi et surtout aux rapporteurs que cette inquiétude peut être apaisée : pourraient également être envisagées des mesures telles que le reclassement interne des salariés au sein de l'organisme assureur, notamment s'il venait à saisir l'occasion de cette réorganisation pour monter en gamme sur les segments de la prévention et de la prévoyance, la reprise volontaire par les organismes de sécurité sociale (déjà évoquée par certaines des tribunes relatives à une complémentaire obligatoire – *cf. supra*), ou encore l'indemnisation, la formation et l'accompagnement des salariés en vue de leur reconversion et de la reprise d'un emploi.

La mise en œuvre de ce scénario serait également vectrice de **simplification administrative pour tous les acteurs du système de santé**. En mettant fin à la double liquidation et à la gestion des copaiements, le tiers payant pourrait être généralisé et les démarches de facturation des soins par les professionnels de santé seraient facilitées.

c. Avantages et limites

L'augmentation du taux de remboursement de la sécurité sociale permettrait d'améliorer l'équité et la lisibilité du système d'assurance maladie, au bénéfice des assurés les plus fragiles. Toutefois, ces effets positifs ne doivent pas occulter la question de la régulation des tarifs libres et le risque de voir émerger un système de santé à deux vitesses.

● Du point de vue des assurés sociaux, le scénario d'une « grande sécu » présente de nombreux avantages.

D'abord, **l'équité du système d'assurance maladie serait renforcée**, puisqu'un financement plus solidaire, assis sur les revenus, remplacerait les primes forfaitaires collectées par les organismes complémentaires. L'élargissement des dépenses de santé prises en charge à 100 % par la sécurité sociale permettrait de limiter les situations de renoncement aux soins pour des raisons financières et donc d'éviter leurs conséquences délétères au niveau sanitaire, ce qui aux yeux du rapporteur Jérôme Guedj est un but prioritaire. Une partie substantielle des ménages connaîtraient par ailleurs des gains de pouvoir d'achat. En effet, « *mécaniquement, l'augmentation [des taux de remboursement] permettrait une baisse conséquente des restes à charge après AMO à tout âge, mais d'autant plus marquée qu'on est âgé* » ⁽¹⁾. Les personnes en mauvaise santé, y compris celles bénéficiant du dispositif des ALD, seraient également gagnantes.

(1) Ibid.

EFFET DE L'AUGMENTATION DU TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SIMULÉE SUR LES RESTES À CHARGE EN FONCTION DE L'ÂGE

(en euros : moyenne par personne et par an)



Note : sous l'effet de l'augmentation du taux de remboursement de la sécurité sociale, les restes à charge après AMO baisseraient d'après les simulations en moyenne de 380 euros par an pour les personnes de 69 à 69 ans, sous l'hypothèse de comportements de recours aux soins inchangés.

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2022.

Les huit premiers déciles de revenus seraient en moyenne bénéficiaires de la réforme, bien que parmi les 10 % des ménages les plus modestes, aujourd'hui généralement bénéficiaires de la C2S, une grande partie ne verrait pas leurs remboursements progresser par rapport aux ménages légèrement plus aisés.

À l'inverse, **les 20 % des ménages les plus aisés seraient perdants**, de l'ordre de 70 euros par an pour le neuvième décile et de 300 euros par an pour le dernier décile.

Le Haut Conseil note dès lors : « *au regard des revenus des ménages, il apparaît que les gains procurés par la réforme aux ménages modestes sont substantiels tandis que les pertes auxquelles font face les ménages aisés devraient peser peu dans leurs budgets* » ⁽¹⁾.

- La mise en œuvre d'un tel scénario implique toutefois une **forte activité de régulation de la part de l'assurance maladie obligatoire**, au risque de voir émerger un système de santé à deux vitesses.

- La réforme implique une **évolution de la politique conventionnelle** pour garantir l'accès financier aux soins sans complémentaire santé.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé sont aujourd'hui susceptibles d'être remboursés par les complémentaires santé, notamment dans le cadre des contrats collectifs (pour environ 40 % – cf. *supra* dans le 8 du A du I). Leur remboursement par la sécurité sociale au niveau constaté actuellement est inenvisageable, sauf à créer des disparités injustifiables entre les honoraires des professionnels.

(1) Ibid.

Le Haut Conseil s'appuie donc sur une hypothèse dans laquelle les remboursements de la sécurité sociale sont alignés sur le tarif de responsabilité, sans présager d'une analyse fine et différenciée des dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels libéraux afin de déterminer si une partie de ces dépassements s'explique par des tarifs sous-cotés devant être pris en charge par la sécurité sociale à travers une revalorisation du tarif de responsabilité de certains actes. Les éventuels dépassements d'honoraires restants pourraient en outre toujours être remboursés par les complémentaires santé et les actions aujourd'hui mises en œuvre par les pouvoirs publics pour les réguler seraient poursuivies.

Son rapport souligne toutefois qu'il « *convient de s'interroger sur l'impact redistributif de la réforme concernant les dépenses relevant de la liberté tarifaire* » ⁽¹⁾. En effet, aujourd'hui, la moitié des contrats de complémentaire santé ne couvrent pas les dépassements d'honoraires, et 41 % des assurés n'ont pas recours à des soins incluant une part de liberté tarifaire.

En cas de mise en œuvre de l'augmentation des taux de remboursement par la sécurité sociale, **les assurances complémentaires ne couvriraient plus que la liberté tarifaire et des soins non remboursables par la sécurité sociale et ne seraient plus souscrites que par des personnes aisées financièrement**. Ainsi, la population se répartirait en deux catégories : les personnes couvertes par une complémentaire santé, majoritairement aisées, et les personnes non couvertes.

En conséquence, selon le Haut Conseil, une telle réforme « *changerait la nature des inégalités : on passerait d'une situation dans laquelle les moins favorisés ont un moins bon service que l'essentiel de la population, parce qu'ils sont moins bien couverts par une assurance maladie complémentaire, à une situation dans laquelle les plus riches pourraient bénéficier d'un meilleur service que l'essentiel de la population, parce qu'ils sont mieux couverts [...]* » ⁽²⁾. De telles inégalités « *par le haut* » pourraient conduire, comme au Royaume-Uni, à l'existence d'assurances dites « *duplicatives* », grâce auxquelles **les ménages aisés pourraient accéder aux mêmes offreurs de soins, mais dans des conditions privilégiées** : meilleures conditions hôtelières, délais d'attente réduits, choix du médecin au sein d'un établissement, etc.

Il a été indiqué aux rapporteurs que « *s'agissant de la position de la Cnam sur le scénario d'une "grande sécu", aucun travail n'a été engagé de ce côté-là pour plusieurs raisons : le rapport du Hcaam a entraîné peu d'adhésion des acteurs concernés et, sans grande surprise, des organismes complémentaires en première intention ; par ailleurs, ce scénario impliquerait que le Parlement puisse faire voter une hausse des impôts et cotisations permettant de compenser la suppression des primes des complémentaires, estimée à environ 40 milliards d'euros* » ⁽³⁾.

(1) Ibid.

(2) Ibid.

(3) Réponses écrites de la Caisse nationale de l'assurance maladie au questionnaire des rapporteurs.

5. Le décroisement des prises en charge

Le quatrième scénario étudié par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie correspond à une **redéfinition des domaines d'intervention de la sécurité sociale et des assurances complémentaires** : la sécurité sociale continuerait ainsi à financer à 100 % les soins fondamentaux relevant du panier de soins public (soins ambulatoires et hospitaliers), tandis que les prestations déjà majoritairement financées par le privé (optique, dentaire, audioprothèses, médicaments à service médical rendu faible ou modéré) sortiraient du champ public pour relever exclusivement du marché assurantiel.

a. Modalités

Le scénario relatif au décroisement des prises en charge part du constat qu'**une grande partie des prestations en santé sont aujourd'hui co-financées par la sécurité sociale et les assurances complémentaires**.

Or le rôle des Ocam se limite bien souvent à rembourser les copaiements des tarifs de responsabilité, sans pouvoir contractualiser avec les professionnels de santé ou les établissements. Leur apport se résume donc à favoriser l'accès financier aux soins, résultat qui pourrait être obtenu de manière plus efficiente par une simple suppression des copaiements. En parallèle, les organismes complémentaires sont les principaux payeurs de toute une gamme de soins – optique, dentaire, audioprothèses, médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré. Ils peuvent également contractualiser avec des professionnels de santé dans le cadre des réseaux de soins, développer certains services au bénéfice de leurs assurés, et soutenir le développement de l'innovation.

- Le cœur de ce scénario repose sur la **clarification des rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire**, ainsi que sur la **séparation des paniers de soins public et privé**. Les soins aujourd'hui majoritairement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire sortiraient du panier de soins public ; à l'inverse, tous les soins déjà remboursables actuellement resteraient dans un panier public pris en charge à 100 % par la sécurité sociale sur la base des tarifs de responsabilité, en supprimant l'intégralité des copaiements existants. L'AMC deviendrait **supplémentaire plutôt que complémentaire**.

Cette clarification faciliterait des **évolutions organisationnelles et tarifaires**. En ce qui concerne le panier de soins public, des modes de rémunération forfaitaires ou fondés sur l'atteinte d'objectifs seraient favorisés par rapport au paiement à l'acte. Les **investissements en faveur de la prévention et des soins conservateurs** bénéficieraient pleinement au payeur unique en entraînant mécaniquement une baisse de la fréquence des soins réparateurs plus coûteux.

Concernant les médicaments, la mise en œuvre de ce scénario impliquerait de **remettre à plat les règles de remboursement actuellement applicables** pour passer à une gestion d'une liste de médicaments intégralement remboursés par

l'assurance publique. Les médicaments à SMR faible ou modéré, aujourd'hui remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par l'assurance maladie obligatoire seraient entièrement déremboursés. Les prix de ces médicaments deviendraient libres, mais continueraient à faire l'objet d'une régulation puisque la sécurité sociale resterait en effet un payeur important de ces médicaments et ceux pris en charge à hauteur de 65 %, qui continueraient à être remboursés pour les personnes en ALD.

Dans cette perspective, le dispositif de la **complémentaire santé solidaire** serait maintenu : les bénéficiaires conserveraient leur panier de soins actuel et les tarifs opposables aux professionnels de santé. En outre, le Hcaam souligne que ce panier de soins pourrait être élargi aux assurés âgés de moins de 18 ans, dans un objectif de santé publique et de promotion de l'égalité des chances, favorisant ainsi l'accès aux soins des enfants (même si les mineurs sont déjà dispensés de la plupart des participations – article L. 160-15 du code de la sécurité sociale).

• Le corollaire du décroisement des prises en charge est la **libéralisation du marché des assurances privées complémentaires**, étant entendu que l'accès aux soins des plus modestes serait garanti grâce au dispositif de la C2S. Les risques restant à assurer dépendraient : de la capacité des assureurs à contractualiser sur la modération des tarifs libres ; des choix – plus ou moins contraints – des assurés en matière de qualité des soins et des professionnels pratiquant des honoraires libres ; de la régulation de la démographie des professionnels de santé ; et de la consommation de médicaments. La concurrence entre les assureurs privés pourrait également se développer sur la gamme des garanties offertes.

À l'heure actuelle, le marché des prestations de santé est régulé par les négociations entre les professionnels de santé et d'une part l'État et l'assurance maladie en ce qui concerne le panier des soins régulé, et d'autre part les assureurs complémentaires pour le panier de soins libres.

Dans le scénario de décroisement des prises en charge entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, **la place des organismes complémentaires dans la négociation avec les professionnels de santé serait considérablement renforcée, notamment dans les domaines de l'optique, du soin dentaire et des audioprothèses**. La régulation publique pourrait se limiter à l'édiction des normes de sécurité et de conformité. Les professionnels de santé qui souhaiteraient relever des réseaux de soins des complémentaires devraient respecter des engagements relatifs à leurs pratiques et leurs tarifs, afin de limiter les coûts pour les assureurs et les patients. La liberté des professionnels et des patients en serait néanmoins affectée – les patients seraient contraints de consulter des praticiens appartenant au réseau de soins de leur assureur complémentaire.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie précise que les missions de contrôle et de régulation publique de ce marché privé pourraient être partagées entre l'Autorité de la concurrence, pour ce qui concerne les réseaux de soins, et la Haute Autorité de santé (HAS) pour le contrôle de la qualité et de sécurité des soins et le respect des bonnes pratiques.

b. Implications financières et effets sur les assurés

• Le Haut Conseil estime que la mise en œuvre d'un scénario de décroisement des prises en charge entraînerait une **hausse des remboursements à la charge de l'assurance maladie obligatoire de l'ordre de 2,7 milliards d'euros** à comportements de consommation de soins et de souscription d'assurance privée inchangés. S'y ajouterait une réduction des recettes issues de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), estimée à 200 millions d'euros.

SIMULATION DE LA DÉCOMPOSITION DU SURCÔÛT TOTAL EN CAS DE DÉCROISEMENT DES PRISES EN CHARGE ENTRE AMO ET AMC

(en milliards d'euros)

Reste à charge opposable en ville (*)	+ 9
Reste à charge opposable à l'hôpital	+ 3,3
Déremboursement intégral des médicaments à 65 % sauf ALD	- 5,3
Déremboursement intégral des médicaments à 15 % et à 30 % y compris en ALD	- 0,
Déremboursement des soins dentaires conservateurs	- 0,
Déremboursement des prothèses dentaires	- 1,
Déremboursement optique et audioprothèses	- 0,
Total	+ 2,7

(*) Tout l'ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses.

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2022.

Le déremboursement total des médicaments actuellement pris en charge pour 65 % par la sécurité sociale constitue toutefois une importante variable dans l'estimation du surcoût qu'engendrerait la mise en œuvre de ce scénario. Le Haut Conseil précise en effet qu'une décision inverse, qui consisterait à intégrer le remboursement total de ces médicaments dans le panier de soins public, entraînerait une hausse de 11 milliards d'euros des dépenses de l'AMO.

• Le rapport estime que ce scénario de séparation des paniers de soins public et privé aurait **concomitamment des effets redistributifs et des effets anti-redistributifs**. Le remboursement à 100 % des dépenses relevant du panier de soins public, hors dépassements d'honoraires, renforcerait en effet l'équité verticale et horizontale du système de santé, à l'inverse du financement intégralement privé des prestations exclues du panier de soins public. Ainsi, « *les effets redistributifs globaux dépendent [...] des périmètres respectifs des paniers de soins public et privé* ».

Grâce au remboursement intégral des soins relevant du panier public, et notamment du fait de la suppression du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, **les personnes âgées bénéficieraient le plus d'une hausse des remboursements par l'assurance maladie obligatoire**.

Les personnes en ALD seraient aussi gagnantes : leurs restes à charge diminueraient grâce à la prise en charge à 100 % en ville et à l'hôpital des soins non concernés par la maladie exonérante.

En revanche, **les 5 % des personnes qui connaissent aujourd'hui les restes à charge les plus élevés après remboursement par la sécurité sociale verraient**

ces restes à charge progresser, passant de 3 000 à 3 500 euros, principalement sous l'effet du déremboursement des médicaments aujourd'hui pris en charge à 65 % par l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, **l'effet de la réforme serait très légèrement progressif** en fonction du niveau de vie : les personnes situées en dessous du niveau de vie médian seraient favorisées et les personnes appartenant aux trois derniers déciles de revenus seraient légèrement pénalisées.

EFFETS DU SCÉNARIO DE DÉCROISEMENT SELON LES CATÉGORIES D'INDIVIDUS

(en euros : moyenne par personne et par an)

Par classe d'âge	
20-29 ans	0
30-39 ans	+ 20
40-49 ans	0 €
50-59 ans	0 €
60-69 ans	– 70
70-79 ans	0 €
80 ans et plus	+ 170
Par décile de niveau de vie	
D1	+ 10
D2	+ 40
D3	+ 30
D4	+ 20
D5	+ 10
D6	0 €
D7	0 €
D8	– 10
D9	– 20
D10	– 50

Source : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2022.

Pour financer cette réforme, le Haut Conseil propose une **hausse des cotisations des retraités supérieure à celle des actifs**, dans la mesure où la hausse des remboursements par la sécurité sociale bénéficiera avant tout aux plus âgés.

● En conclusion, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie note qu'en cas de mise en œuvre de ce scénario de décroisement, on constaterait probablement une **diminution du nombre de détenteurs d'une assurance maladie complémentaire**.

Toutefois, le maintien de mécanismes incitatifs à la souscription de couvertures santé d'entreprise ou de branche permettrait de limiter ce phénomène de démutualisation.

Les contrats proposés par les organismes complémentaires deviendraient plus différenciateurs, notamment sur le marché de l'assurance individuelle. Certains risques pourraient ainsi devenir plus difficile à assurer, à l'image des audioprothèses qui concernent essentiellement des personnes âgées. Le Haut Conseil souligne néanmoins que dans la situation actuelle, les contrats individuels intègrent déjà une tarification variant en fonction de l'âge, afin de tenir compte des risques élevés d'hospitalisation ou d'appareillage auditif.

Quant au **risque d'aggravation des inégalités d'accès aux soins**, le Hcaam le nuance : si l'on constate d'importantes inégalités dans les pays qui ont mis en place des systèmes de répartition des prises en charge entre paniers public et privé, des politiques incitatives à la souscription d'assurance complémentaire et des mécanismes spécifiques sous condition de ressources peuvent y remédier.

B. PISTES D'ÉVOLUTION TRANSVERSALES

Aux côtés des évolutions paramétriques ou systémiques qui viennent d'être évoquées en ce qui concerne le choix de confier telle prise en charge à l'assurance maladie obligatoire (AMO) ou complémentaire (AMC), des ajustements d'ordre plus général ou organisationnel et des réflexions connexes à moins court terme méritent d'être envisagées pour conclure ce rapport.

1. L'amélioration du suivi des tarifs et des frais de gestion des organismes complémentaires d'assurance maladie

Les rapporteurs constatent que la production d'un grand nombre de données est demandée aux complémentaires santé à l'attention de leurs (potentiels) clients, du régulateur ou, par le truchement de ce dernier, à l'autorité statistique.

Sans ignorer l'effort dont il s'agit pour les entreprises ni mettre en cause dans l'ensemble la qualité des éléments qu'elles transmettent, les rapporteurs jugent qu'une transparence plus grande pourrait être faite, aisément, sur deux points.

D'une part, le grand public comme le Parlement gagneraient à être davantage éclairés sur l'incidence de certains paramètres relatifs à l'assurance maladie de base, parmi les sous-jacents du budget des régimes et notamment de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), sur les charges à couvrir par les Ocam, afin de vérifier la pleine cohérence des transferts de charges ou des garanties des contrats solidaires et responsables sur les tarifs de ces organismes. Le véhicule pourrait être, même à cadre organique constant (extension du contenu d'un document existant sans création d'un nouveau rapport), l'annexe au PLFSS afférente à l'Ondam.

D'autre part, les activités de prévention (lorsqu'elles ne sont pas directement rattachables aux soins, donc à la catégorie des prestations) gagneraient à être mieux identifiées au moyen d'une définition plus partagée et d'un isolement au sein ou à l'extérieur de la catégorie des « autres charges techniques ».

Ces préconisations rejoignent celles de la mission du Sénat déjà mentionnée, tenant notamment à compléter la documentation jointe au PLFSS, à « *charger l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution d'instaurer une classification des organismes complémentaires d'assurance maladie en fonction du niveau de leurs frais de gestion* » et à « *exiger des complémentaires santé une communication annuelle à chaque assuré de leurs frais de gestion moyens, en euros par an et par contrat dans le cadre du contrat solidaire et responsable* » ⁽¹⁾.

Elles vont dans un sens similaire à celles d'une autre mission d'information récente de la commission des affaires sociales de chambre haute, suggérant une catégorie des « dépenses de prévention hors prestations en nature » ⁽²⁾.

2. Le renforcement du rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie dans certains champs

Sans qu'il s'agisse de transferts de charges depuis les régimes obligatoires, un investissement renforcé des complémentaires dans la prévention et la prévoyance paraît opportun et serait adapté à leur nature assurancielle ou mutualiste, permettant à leurs adhérents de cotiser librement pour des prestations supplémentaires.

a. La prévention

Il ne saurait s'agir pour le présent rapport de reconduire les analyses qu'ont formulées tant de publications des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale ⁽³⁾ et du Sénat ⁽⁴⁾, les inspections générales ⁽⁵⁾, l'assurance maladie, aussi bien pour le régime général ⁽⁶⁾ que pour les deux régimes agricoles ⁽⁷⁾, et encore il y a très peu de temps par le coprésident de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) ⁽⁸⁾ : l'intérêt pour la santé de tous nos concitoyens d'un renforcement significatif de la prévention n'a d'égal que le gain financier qu'il procurera à court terme.

M. Cyrille Isaac-Sibille, donc, dans son rapport au Premier ministre, estime que les organismes complémentaires sont un « *laboratoire d'actions de prévention* »

(1) Rapport n° 770 (2023-2024) de M. Xavier Iacovelli, précité.

(2) Rapport n° 789 (2025-2026) de Mmes Marie-Do Aeschlimann, Marion Canalès et Nadia Sollogoub, Beaucoup de soin, mais peu de santé : l'impératif de la prévention, enregistré à la présidence du Sénat le 24 juin 2026.

(3) Rapport n° 2616 de M. Yannick Neuder sur la proposition de loi (n° 2309) visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} avril 2026.

(4) Rapport n° 789 (2025-2026) de Mmes Marie-Do Aeschlimann, Marion Canalès et Nadia Sollogoub, précité.

(5) Rapport n° 2025-024R1 de l'Inspection générale des affaires sociales, Mieux prévenir, mieux dépister et mieux prendre en charge la maladie rénale chronique, 11 juin 2026.

(6) Caisse nationale de l'assurance maladie, Améliorer la qualité du système et maîtriser les dépenses (rapport « Charges et produits »), 9 juillet 2026.

(7) Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, rapport « Charges et produits », 9 juillet 2026.

(8) M. Cyrille Isaac-Sibille, Construire un système de prévention primordiale – Replacer la santé sous de bonnes influences – Investir dans la prévention primordiale autant que dans le soin, rapport remis à M. le Premier ministre en application de l'article L.O. 144 du code électoral, 13 juillet 2026.

en matière de « *nutrition, santé mentale, activité physique, santé au travail ou accompagnement des fragilités* », mais leurs interventions « *restent largement fondées sur des baromètres, enquêtes volontaires ou indicateurs agrégés, insuffisants pour construire une prévention ciblée, longitudinale et évaluée* ».

Comme exemples, il évoque un groupe qui a créé une « *cotisation faible et mutualisée [pour] des actions de coaching, des programmes de prévention en santé mentale, un accompagnement personnalisé des agents publics et des cofinancements mobilisant les employeurs publics* » ou bien les partenariats d'une fédération avec des caisses de sécurité sociale ou des associations dans les champs de l'environnement, du sport et de l'alimentation.

Les rapporteurs ne peuvent qu'encourager les organismes complémentaires à investir ce champ, sous réserve d'une transparence accrue sur les dépenses qu'ils consentent à ce titre et donc sur les cotisations qu'ils appellent pour les couvrir.

b. La prévoyance

Avec le vieillissement de la population et le renouvellement des risques que rencontrent les travailleurs, tant en termes de rythmes d'activité que d'exposition aux intrants néfastes pour la santé humaine comme pour l'environnement, il apparaît incontournable d'investir dans la prévoyance, à savoir l'anticipation et la couverture de l'incapacité temporaire de travail (en sus ou en lieu et place de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes de base), de l'invalidité, à savoir la situation où, malgré une consolidation de l'état de santé, le potentiel de travail est réduit, de décès grâce au versement d'un capital ou d'une rente aux ayants droit, et enfin de la dépendance (en addition de la branche autonomie).

● Les rapporteurs ne peuvent que saluer à nouveau l'excellent travail du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), qui souligne :

– « *en raison de l'autonomie collective conférée aux partenaires sociaux, les garanties de prévoyance sont très diverses, tant dans leur champ d'application (cadres/non cadres) que dans leur objet qui peut varier* » ;

– « *la quasi-absence de réglementation de la prévoyance par les pouvoirs publics (à la différence de la couverture santé notamment) lui donne une place juridique originale au sein du marché de l'assurance complémentaire [...] ; les prestations de prévoyance ne sont pas normalisées [et] sont définies par les acteurs eux-mêmes* » ;

– « *la prévoyance ne s'est pas développée à la hauteur des enjeux qu'elle porte ; si plus de 215 branches professionnelles ont signé un accord collectif en prévoyance pour couvrir potentiellement 15 millions de salariés), la teneur des couvertures de prévoyance diffère fortement selon la taille des entreprises et les catégories de salariés couverts ; seule une minorité de salariés (1,2 million) dispose en réalité d'un véritable socle complet de couverture contre les risques les plus*

lourds [...] ; 76 % des salariés couverts en prévoyance par un accord de branche relèvent de branches de plus de 100 000 salariés »⁽¹⁾.

Parmi les préconisations du Haut Conseil, les rapporteurs relèvent de façon générale celle de « *rendre lisibles et effectives les garanties* » et sont sensibles à celle de corriger l'« *omission fréquente des rentes pour enfant en situation de handicap* », tant ils perçoivent la délicatesse de la situation des familles concernées.

● Le rapporteur Thibault Bazin, en sa qualité de rapporteur général, a vu son attention appelée sur l'articulation complexe entre l'activité professionnelle, l'aide de la sécurité sociale au titre de l'invalidité et l'intervention des complémentaires, dans le cas du cumul entre pension d'invalidité et revenu salarié :

— certes, l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale indique que « *l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées [généralement de deux tiers] sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait [...] avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité* » ;

— mais l'article L. 341-12 du même code prévoit que « *le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison des revenus d'activité et de remplacement de l'intéressé, au-delà d'un seuil et dans des conditions fixés par décret en Conseil d'État* » ;

— l'article R. 341-17 dudit code a été récemment modifié et il en ressort que le bénéfice agrégé d'une pension d'invalidité et d'un salaire est soumis à un seuil de comparaison et que, lorsque le seuil est franchi par l'addition de la pension d'invalidité et des revenus d'activité et de remplacement, la quotité de la pension qui l'écrite est réduite de la moitié de l'excédent⁽²⁾ :

* le décret n° 2022-257 du 23 février 2022 permet un cumul intégral des revenus d'activité salariée et de la pension d'invalidité jusqu'à ce que le revenu disponible de l'assuré redevienne similaire à celui qu'il avait avant son passage en invalidité, puis organise au-delà de ce seuil la réduction de la pension de l'équivalent de la moitié des gains constatés ;

* le décret n° 2023-684 du 28 juillet 2023 a étendu ces mesures au cas de « *poursuite* » d'une activité et relevé de 1 à 1,5 fois le montant du plafond annuel de

(1) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, op. cit.

(2) Le Gouvernement a eu l'occasion d'indiquer, dans cette réponse, que : « la réforme [...] vise à introduire davantage de justice pour les assurés qui souhaitent conserver ou reprendre une activité rémunérée après leur passage en invalidité afin de permettre que toute heure travaillée conduise à un gain financier ; avant cette réforme, les règles de cumul n'étaient en effet pas favorables à la reprise d'activité dans la mesure où les revenus cumulés [...] ne pouvaient jamais dépasser un certain seuil » ; « en novembre 2022, seul 1 % du total des pensionnés d'invalidité ont fait l'objet d'une réduction de pension en raison du plafonnement du seuil de comparaison ; [...] ; [...] une réponse sera apportée si des erreurs étaient constatées ».

la sécurité sociale (Pass) le plafond de revenus au-delà duquel la pension d'invalidité est réduite de moitié en cas de reprise ou de poursuite d'une telle activité :

— dans une réponse du 13 juillet 2023 à la question écrite n° 07456 posée le 22 juin précédent par Mme Corine Féret, sénatrice, l'exécutif avançait : *« certains assurés ont signalé une interruption du versement de la part complémentaire, attribuée par leur organisme de prévoyance, en raison de l'abaissement à zéro de leur pension d'invalidité, alors même que leurs droits sont ouverts ; les organismes complémentaires [...] seront conviés pour échanger sur ce sujet, leur partager l'analyse juridique du Gouvernement et leur exprimer le souhait de ce dernier de trouver une solution rapide et concrète à ce désengagement de leur part »* ;

— l'analyse du rapporteur général était bien que le versement d'une pension de prévoyance pour invalidité est logiquement lié à l'invalidité et que la liberté des contrats n'empêche pas que le critère pris en compte ne soit pas le constat médical de l'invalidité mais le versement d'une pension par l'assurance maladie ;

— en réponse, en mai 2026, à l'interrogation du rapporteur général (*« quels échanges ont-ils eu lieu avec les organismes de prévoyance ? des solutions à la fois favorables pour les assurés mais respectueuses de la liberté des contrats ont-elles été trouvées ? »*), la DSS a indiqué :

* *« les organismes complémentaires, en vertu du principe de liberté contractuelle, peuvent retenir des clauses prévoyant la suspension de la rente de prévoyance lorsque la pension d'invalidité est elle-même suspendue ; une réponse au problème a consisté à réduire le nombre de situations de suspension de pension d'invalidité [via l'évolution du cadre juridique présenté supra] »* ;

* *« une piste a été proposée consistant à publier une circulaire à destination des organismes assureurs, visant à conditionner le versement des rentes d'invalidité de prévoyance non pas au versement effectif de la pension d'invalidité par l'assurance maladie obligatoire, mais à la reconnaissance de l'invalidité par le médecin-conseil, y compris en l'absence de prestation versée ; cette proposition n'a cependant pas donné lieu à des suites opérationnelles, en raison du respect de la liberté contractuelle des organismes »* ;

* *« en cas de diminution partielle de la pension d'invalidité, certains organismes complémentaires ou accords de prévoyance prévoient une réduction à due concurrence de la rente complémentaire ; cette pratique est contestable lorsque le contrat définit un niveau cible d'indemnisation, exprimé en pourcentage du salaire antérieur sous déduction des prestations de sécurité sociale »*.

Le rapporteur Thibault Bazin est rejoint par ses corapporteurs : ils invitent le Gouvernement à remettre l'ouvrage sur le métier, au regard de l'inconfort financier et de l'absurdité de la situation dans laquelle se retrouvent des concitoyens qui, parce qu'ils décident de travailler davantage, perdent le bénéfice de fractions d'aides de la sécurité sociale et de leur complémentaire prévoyance.

● Au cours de tables rondes organisées il y a un peu moins de deux ans par la direction de la sécurité sociale, les représentants des grandes familles d'organismes complémentaires ont notamment débattu des thèmes « *la priorisation du risque de décès : obsolète ou essentielle à l'équilibre des contrats ?* » et « *faut-il instaurer des garanties minimales pour la prévoyance collective ?* » : si certains constats ont été partagés, comme les inégalités d'accès aux contrats et la priorité que doit conserver négociation de branche ou d'entreprise, des divergences sont apparues sur l'équilibre financier à trouver ⁽¹⁾.

(1) Direction de la sécurité sociale, [actes](#) du colloque La prévoyance des salariés du privé, 9 décembre 2024.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa réunion du 29 septembre 2026, la commission des affaires sociales a examiné le rapport d'information, adopté par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, sur la répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (MM. Thibault Bazin, Thierry Frappé et Jérôme Guedj, rapporteurs).

Dans l'attente de son compte rendu qui sera publié ultérieurement, la réunion est accessible sur le portail du site de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante : <https://assnat.fr/4pjr4v>

ANNEXE N° 1
DONNÉES ET RÉFLEXIONS FOURNIES
PAR UNE SÉLECTION D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES
D'ASSURANCE MALADIE ET PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX

Un questionnaire a été envoyé à un panel d'organismes complémentaires par les rapporteurs de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) ; neuf y ont apporté des réponses écrites et deux structures n'ont pas souhaité le faire. La présente annexe en cite des extraits, choisis pour leur diversité et l'illustration qu'ils peuvent donner au corps même du rapport. Dans un souci que chacun comprendra, les neuf entreprises répondantes ont été classées, dans un ordre aléatoire, de A à I ; certaines formules ont été harmonisées avec pour seul souhait de faciliter la lecture.

De même, les rapporteurs ont souhaité recueillir l'analyse des partenaires sociaux. Les éléments les plus saillants transmis par les organisations représentatives forment la seconde section de cette annexe.

Synthèse des réponses des organismes complémentaires

I. PROFIL

1. Pourriez-vous présenter brièvement les principales caractéristiques de votre organisation ? De quel régime juridique relève-t-elle ? Les assurés sont-ils associés à sa gouvernance (préciser, le cas échéant, selon quelles modalités) ?

A	Groupe mutualiste d'assurance ; représentation des sociétaires
B	Groupe de protection sociale paritaire et mutualiste ; représentation des sociétaires
C	Assurance (société anonyme) ; pas d'association des assurés à la gouvernance
D	Groupe d'assurance (société anonyme)
E	Mutuelle ; représentation des sociétaires
F	Groupe de protection sociale paritaire et mutualiste ; représentation des sociétaires
G	Groupe d'assurance (société anonyme)
H	Groupe mutualiste de protection ; représentation des sociétaires
I	Société de groupe d'assurance mutualiste ; représentation des sociétaires

2. Quelle part de son activité la couverture santé représente-t-elle ; comment cette part a-t-elle évolué au cours des dix dernières années ?

A	19 % du chiffre d'affaires en 2025 ; 18,6 % en 2015
B	52 % du chiffre d'affaires en 2024 ; 55 % en 2019
C	17 % du chiffre d'affaires en 2025 ; 24 % en 2015
D	75 % du chiffre d'affaires en 2025
E	83,11 % du chiffre d'affaires en 2024 ; 89,97 % en 2015
F	50,4 % du chiffre d'affaires en 2025 ; 50,9 % en 2015
G	64 % du chiffre d'affaires en 2024 (mais sur un périmètre non intégral) ; tendance haussière
H	4 millions de clients / d'adhérents en 2025 ; <i>n. c.</i>
I	52 % du chiffre d'affaires en 2025 ; progression de 18 % depuis 2016

3. Quelle part de cette activité est-elle constituée respectivement par la couverture individuelle et collective ?

A	54 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 46 % pour les contrats collectifs
B	32 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 68 % pour les contrats collectifs
C	48 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 52 % pour les contrats collectifs
D	5 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 95 % pour les contrats collectifs
E	37,76 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 62,24 % pour les contrats collectifs
F	20 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 80 % pour les contrats collectifs
G	21,5 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 78,5 % pour les contrats collectifs
H	Mutuelle 1 : 42 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels et 58 % pour les contrats collectifs ; mutuelle 2 : 68,8 % et 7 % ; mutuelle 3 : 83 % et 17 %
I	1 % du chiffre d'affaires pour les contrats individuels ; 99 % pour les contrats collectifs

4. Quelle part des contrats relève-t-elle de la catégorie des contrats solidaires et responsables ?

A	98 %
B	96 %
C	97,6 % pour les contrats individuels standards ; 100 % pour les contrats collectifs standards
D	100 %
E	98,23 %
F	97 %
G	98 %
H	96,5 %
I	98 %

II. COTISATIONS ET PRISES EN CHARGE

1. Comment le rapport entre le montant des dépenses prises en charge par votre organisation et celui des cotisations versées a-t-il évolué au cours des dernières années ?

A	82,6 % en 2025 ; 78,8 % en 2015
B	84 % en 2024 ; 83 % en 2019
C	Tendance baissière
D	Entre 85 % et 90 %
E	95,15 % en 2025 ; 95,95 % en 2015
F	82,3 % en 2025 ; 80,7 % en 2020
G	Tendance haussière
H	Écart moyen de 0,3 % par an entre croissance des cotisations et celle des prestations de 2011 à 2024
I	84,7 % en 2025 ; 83,2 % en 2021

2. En fonction de quels déterminants le tarif des cotisations applicables à chaque contrat d'assurance santé est-il défini ?

a. En particulier, au regard de quels critères les tarifs des contrats collectifs sont-ils définis ?

b. Êtes-vous en mesure d'évaluer l'incidence, à la fois sur le montant de vos charges et sur celui des cotisations dues par les assurés, des transferts de charges mis en œuvre de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires au cours des dernières années ?

A	a. Expérience passée du portefeuille ; généralement sur mesure b. 30 % (période non indiquée)
B	a. Caractéristiques démographiques ; historique de la consommation médicale ; zone géographique ; hypothèses de dérive de la consommation médicale b. 5,95 % (exercice 2024)
C	a. Caractéristiques démographiques ; garanties ; localisation de l'entreprise b. 33 % (quinze ans)
D	a. Caractéristiques démographiques ; historique de sinistralité ; garanties b. <i>n. c.</i>
E	a. Facteurs structurels (vieillessement, progrès médicaux, etc.) ; caractéristiques démographiques ; évolutions réglementaires ; évolution des dépenses de santé des adhérents en cours d'exercice b. <i>n. c.</i>
F	a. Contrats individuels : âge, localisation, garanties ; contrats collectifs : âge, localisation, garanties, expérience passée du portefeuille, inflation médicale, évolutions réglementaires connues b. <i>n. c.</i>
G	a. Caractéristiques démographiques et professionnelles ; historique de sinistralité ; taille et localisation de l'entreprise ; mutualisation (conventions collectives, etc.) ; contribution des employeurs et salariés b. 33 % (quinze ans)
H	a. Caractéristiques démographiques (dont situation familiale) ; localisation de l'entreprise ; garanties b. Isolement complexe de l'incidence précise
I	a. Expérience passée du portefeuille ; caractéristiques démographiques (dont régime de base des salariés) ; garanties (dont éventuelle extension aux ayants-droit) b. 3,6 % entre 2024 et 2025

3. Dans quelles conditions et selon quelles procédures les décisions concernant l'évolution des tarifs sont-elles prises ? En particulier, à quelle date les tarifs applicables à l'exercice suivant sont-ils fixés ?

A	Au sortir de l'été dans les conseils d'administration pour les contrats individuels ; pendant l'été puis début septembre pour les contrats collectifs
B	Entre février et septembre dans les conseils d'administration pour les contrats individuels ; entre juin et la mi-octobre pour les conventions collectives
C	En juillet puis septembre
D	Entre septembre et octobre
E	Au plus tard en octobre
F	Entre septembre et octobre
G	Au plus tard en septembre
H	Entre fin juin et septembre
I	Entre mars et fin octobre

4. Votre organisation met-elle en œuvre une activité de couverture santé au sein des départements relevant du régime local d'assurance maladie d'Alsace et de Moselle (Rlam) ? Le cas échéant, les contrats proposés font-ils l'objet d'adaptations, en particulier quant à leur tarif, pour tenir compte des spécificités des prises en charge assurées par ce régime ?

A	Oui ; oui (sans proportion indiquée)
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	Oui ; oui (minoration de 20 % à 35 %)

III. COMPTABILITÉ ET RÈGLES PRUDENTIELLES

1. Selon quelles normes comptables les produits et les charges de votre organisation sont-ils retracés ? ⁽¹⁾

A	Normes françaises (règlements de l'ANC n° 2015-11 <i>sq.</i> et n° 2015-11) pour les comptes sociaux ; IFRS pour les comptes combinés
B	Normes françaises pour les comptes sociaux ; règlement CRC 2000-05 pour les comptes combinés
C	Normes françaises pour les comptes sociaux ; IFRS pour les comptes combinés
D	Normes françaises pour les comptes sociaux
E	Normes françaises pour les comptes sociaux
F	Normes françaises pour les comptes sociaux
G	Normes françaises pour les comptes sociaux ; IFRS pour les comptes combinés
H	Normes françaises pour les comptes sociaux ; règlement de l'ANC n° 2020-01 pour les comptes combinés
I	Normes françaises pour les comptes sociaux

2. Quelles dépenses la catégorie des charges de gestion recouvre-t-elle ?

a. En particulier, comment les frais d'administration, les frais d'acquisition et les dépenses de prévention rattachées à cette catégorie sont-ils respectivement calculés ?

b. Comment la part de ces charges dans le résultat de votre organisation a-t-elle évolué au cours des dernières années ?

c. Certaines de ces missions sont-elles déléguées à des prestataires extérieurs ? Le cas échéant, les dépenses correspondantes sont-elles retracées dans les comptes de votre organisation ?

d. Êtes-vous en mesure d'isoler les frais administratifs associés à la mise en œuvre du dispositif de la complémentaire santé solidaire (C2S) et à la gestion des patients en affection de longue durée (ALD) ?

A	a. Par nature puis par destination ; <i>n. c.</i> sur la prévention b. 21,5 % en moyenne de 2015 à 2025 ; tendance baissière malgré des services aux assurés en hausse c. Non pour les contrats individuels ; oui pour les contrats collectifs, avec identification distincte d. Pas de gestion de la C2S ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés
B	a. Par nature puis par destination b. 17,9 % en 2022 ; 16,7 % en 2024 ; effort de maîtrise des dépenses c. Oui, avec ventilation par destination réglementaire d. Non (système des coûts complets)
C	a. À partir des charges internes ou externalisées puis clefs de ventilation ; à partir des ventes ou <i>via</i> des règles analytiques pour les dépenses mutualisées ; facturation directe ou intégration au tarif global pour certaines actions de prévention à côté des frais b. Entre 23 % et 25 % en moyenne de 2021 à 2025 ; variations avec les investissements et la conjoncture c. Oui, avec affectation directe aux catégories comptables et/ ou ventilation analytique d. Pas de gestion de la C2S ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés
D	a. <i>n. c.</i> b. <i>n. c.</i> c. Non pour la gestion ; oui pour certaines tâches, sans isolement comptable d. Pas de gestion de la C2S ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés (insatisfaction)

(1) ANC : Autorité des normes comptables (définissant le plan comptable des assurances) ; IFRS : International financial reporting standards.

E	a. Par destination et sur la base des sections analytiques b. 18,46 % en 2022 ; 19,41 % en 2024 ; redressement économique mais effet des exigences normatives c. Oui d. Oui pour la C2S ; impossible pour les assurés en ALD
F	a. Distinction des charges de gestion et des frais généraux (ces derniers étant ventilés soit directement, soit <i>via</i> des inducteurs d'activité et selon leur nature) b. Évolution des frais généraux de 1,7 % par an depuis 2022 ; hausse moindre que pour les cotisations c. Oui, intégration directe dans les comptes d. Pas de gestion de la C2S (service spécialisé) ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés
G	a. Par nature puis par destination ; facturation directe ou intégration au tarif global pour certaines actions de prévention à côté des frais b. Tendance baissière malgré les évolutions normatives c. Oui, avec affectation directe aux catégories comptables et / ou ventilation analytique d. Pas de gestion de la C2S ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés
H	a. Suggestion que les actions de prévention soient distinguées des charges techniques b. Tendance baissière due à une rationalisation permettant une progression de la redistribution c. Oui d. Oui pour la C2S ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés
I	a. Par nature puis par destination sur la base de clefs de répartition b. 16,8 % en 2021 ; 15,3 % en 2025 c. Oui, avec affectation directe aux catégories comptables (intégration du courtage aux frais de gestion) d. Oui pour la C2S ; pas connaissance du statut d'ALD des assurés

3. À quelles règles prudentielles votre organisation est-elle soumise ; comment vous assurez-vous de respecter ces obligations ?

A	Solvabilité II
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	

*

* *

Synthèse des réponses des partenaires sociaux

Les rapporteurs rappellent d'abord leur attachement sincère à la démocratie sociale et à la place des représentants des salariés et des employeurs dans les caisses de sécurité sociale et dans les organismes complémentaires paritaires.

● Pour ce qui concerne l'articulation générale de l'assurance maladie dans ses versants obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) :

– la Confédération générale des travailleurs (CGT) se prononce en faveur d'une « *sécurité sociale intégrale, financée intégralement par les cotisations sociales et dirigée par les travailleurs et permettant un haut niveau de protection* » qui serait financée « *grâce à une hausse des cotisations sociales portées par une hausse générale des salaires [et à une] remise en cause exonérations et des financements sur recettes fiscales* », car il serait « *urgent d'exclure du champ de la protection*

sociale complémentaire l'ensemble des acteurs privés lucratifs » et de mettre fin aux diverses formes de participation de l'assuré ;

– Force ouvrière (FO) est *« favorable à la coexistence des deux niveaux »* mais constate un *« certain brouillage »* parce que, fondamentalement, *« il n'est pas juste de croire à la gratuité de l'accès aux soins, il n'est pas vrai non plus que le coût égale le prix »* et, de manière concrète, *« les contrats des opérateurs complémentaires peuvent être confus car la base de remboursement est exprimée en plafond du barème de sécurité sociale et non en euros »* ;

– pour la Confédération française de l'encadrement – Confédération des générale des cadres (CFE-CGC), la coexistence de l'AMO et de l'AMC *« constitue à la fois une spécificité et une force du système français »*, malgré un *« manque croissant de lisibilité »* ;

– la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) regrette aussi la complexification tendancielle de l'organisation française et exprime à la fois l'idée que *« la pluralité d'acteurs favorise une certaine dynamique d'innovation, notamment en matière de services (téléconsultation, réseaux de soins, accompagnement des patients), que le seul acteur public aurait plus de difficulté à développer avec la même agilité »* et celle qu'il existe des *« doublons, notamment en termes de gestion et de facturation »* ;

– le Mouvement des entreprises de France (Medef), qui parle d'un *« jeu de bonneteau »*, souhaite des formes de dialogue plus institutionnalisées, avec un comité qui permettrait aux intervenants de partager des projections économiques ;

– d'après l'Union des entreprises de proximité (U2P), la dualité renforce la protection des Français et *« offre une sécurité importante aux entreprises »* ;

– selon la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME, ensuite rebaptisée Les Entrepreneurs), *« aujourd'hui, avec la protection universelle maladie, la couverture du risque maladie est liée à la présence sur le territoire et non plus à l'exercice d'une activité professionnelle »*, ce qui pose la question : *« un dispositif universel doit-il reposer sur un financement assis sur des cotisations prélevées sur le travail ? »*, à laquelle l'organisation donne une *« réponse clairement négative »*.

● S'agissant du poids du dialogue social dans les régimes de base et les trois familles de complémentaires :

– la CGT estime que *« dans des deux types d'organismes non lucratifs, [ses] représentants ont beaucoup plus de pouvoir [...] que [ses] conseillers dans les organismes de sécurité sociale »*, car *« la gouvernance des caisses [...] a trop perdu de prérogative au profit des directions et de l'État »*, transformant le conseil d'administration des premières en *« simple chambre d'enregistrement »* ;

– la CFE-CGC *« regrette »* la *« centralisation »* et la *« tutelle de l'État »*, alors qu'à l'inverse le modèle paritaire, plein de *« vitalité »*, a récemment pu être

« incarné » avec l'accord national interprofessionnel du 18 février 2025 relatif à la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale ;

– la CFTC partage l'idée que ce dernier accord « réaffirme le rôle central des partenaires sociaux » ;

– la CPME déplore qu'au sein des caisses, « l'avis émis par les partenaires sociaux, même argumenté, n'est souvent pas pris en compte » et souligne elle aussi l'intérêt de l'accord susmentionné, « unanimement signé ».

● Quant au degré et à la qualité de la double couverture des frais de santé :

– la CGT note des « inégalités d'accès aux soins », juge que « parce qu'ils évoluent dans un univers concurrentiel, [les] opérateurs complémentaires doivent nécessairement consacrer un part non négligeable de leurs ressources à défendre leurs parts de marchés les rendant de fait plus dépensiers » et critique des disparités en fonction de l'âge, dès lors que « 67 % des 78-87 ans avait une franchise médicale comprise entre 41 et 50 euros en 2022 contre 2 % des 18-27 ans » ;

– FO a pour opinion que « les salariés en CDI d'une grande entreprise bénéficient d'un contrat collectif négocié, souvent de bonne qualité, avec une participation patronale substantielle ; à l'opposé, les travailleurs précaires, les salariés de très petites entreprises, les travailleurs indépendants et les retraités disposent de contrats individuels dont les cotisations indexées sur l'âge pour ces derniers peuvent représenter une charge considérable pour une couverture insuffisante » et avance que « dans un contexte de pénurie médicale, les dépassements d'honoraires sont une véritable rupture d'égalité républicaine » ;

– pour la CFE-CGC, « la généralisation de la couverture santé a renforcé la séparation entre actifs couverts collectivement et publics hors emploi, notamment retraités et chômeurs et jeunes » ;

– la CFTC exprime l'avis que « les salariés bénéficiant de contrats collectifs d'entreprise disposent généralement de garanties plus avantageuses et cofinancées par l'employeur, tandis que les retraités, travailleurs indépendants ou demandeurs d'emploi doivent plus souvent recourir à des contrats individuels, souvent plus coûteux ».

● Au sujet des négociations puis de la mise en application de la participation des employeurs privés puis publics au financement de la complémentaire :

– dans la fonction publique d'État, FO déplore un « affaiblissement des garanties » et évoque un « recul sans précédent » avec des paramètres « percutés par les acteurs de la banque [et de l']assurance et des licornes de l'assurance tech qui se distinguent par un dumping tarifaire important » ;

– la CFE-CGC « regrette la disparition des clauses de désignation » ;

– d’après la CFTC :

- d’une part, *« les entreprises disposent d’une marge de manœuvre relativement limitée, encadrée à la fois par la branche d’appartenance et par les critères du contrat responsable, sous peine de perdre le bénéfice du régime social favorable applicable à la participation patronale au financement de la couverture complémentaire santé »*, tandis que *« la part de cotisation prise en charge par l’employeur est intégrée au revenu fiscal de référence du salarié et devient donc imposable, alors même qu’il ne s’agit pas d’un revenu directement perçu »*, si bien que le syndicat *« propose d’exonérer d’impôt sur le revenu la part obligatoire financée par l’employeur (50 % minimum), afin de préserver le “net social” des salariés »*, étant alors entendu que *« seules les participations facultatives au-delà de ce seuil continueraient à être imposées »*, une suggestion de la structure étant *« qu’en complément du mécanisme actuel de maintien individuel des garanties, les anciens salariés puissent opter pour un contrat [pour les] retraités de [telle] branche proposé par l’un des organismes assureurs retenus au niveau de [cette] branche »* ;
- d’autre part, *« la fin des clauses de désignation a fragmenté le marché, intensifié la concurrence entre assureurs et contribué à une hausse des frais de gestion et des coûts d’acquisition, répercutés sur les cotisations »*, si bien que des *« clauses de “poly-désignation” au niveau des branches professionnelles pourraient constituer un levier efficace conforme aux exigences constitutionnelles : sécuriser l’équilibre économique des régimes en limitant la volatilité des portefeuilles et la sélection des risques, réduire les coûts de courtage et d’acquisition liés à une concurrence excessive entre opérateurs, [etc.] »* ;

– il est souligné par l’U2P que *« le coût de la complémentaire santé reste disproportionné pour les petites structures, car la participation employeur d’au moins 50 % représente une charge lourde pour les TPE, qui ne disposent pas du pouvoir de négociation des grandes entreprises et subissent des tarifs souvent moins avantageux »*, de sorte que cette organisation *« a particulièrement mal accueilli la disparition des clauses de désignation, à la suite de la décision du Conseil constitutionnel de 2013, qui permettaient à un accord de branche d’imposer un organisme assureur unique à toutes les entreprises de la branche, [alors que] la mutualisation organisée grâce aux clauses de désignation était non seulement un gage d’équité par rapport aux grandes entreprises mais également une source de plus d’égalité au sein de la branche professionnelle »*, ce qui n’empêche pas que *« dans les TPE, la participation de l’employeur au financement de la complémentaire santé est un peu plus élevée que dans les PME, [à hauteur de] pratiquement 60 % dans les entreprises de 1 à 4 salariés »* ;

– la CPME est d'accord pour dire que *« la démutualisation entre contrats collectifs et individuels a principalement été initiée par l'interdiction des clauses de désignation qui présidaient jusqu'alors »*.

● En matière fiscale (impôt sur le revenu des salariés mis à part) :

– FO indique se trouver *« face à un abysse de perplexité dans les choix politiques en termes de fiscalité »* et se demande : *« comment expliquer que les taxes sur les contrats d'assurance santé [sont au taux de] 14,5 % et que ceux sur la malbouffe [sic] sont à 5,5 % ? »* ;

– la CFTC, *« s'agissant de la taxe de solidarité additionnelle, considère que le cadre actuel est globalement pertinent ; ma réforme de 2015 a permis de simplifier son fonctionnement et d'en améliorer le rendement, aujourd'hui élevé »* et juge *« cohérente son affectation au financement de la complémentaire santé solidaire »*, ainsi que *« s'agissant des exonérations sociales, [...] elles ont joué un rôle structurant dans le développement de la couverture collective »*, leur principe n'étant donc pas remis en cause ;

– la CPME, de manière générale, *« constate qu'aujourd'hui, le consentement à la taxe est à bout de souffle : les individus peuvent rechercher des statuts alternatifs au salariat pour réduire leur volume de charges, en obérant ainsi leur propre accès à la protection sociale et niveau de revenus futur »* et, plus spécifiquement, rappelle qu'*« entre 2000 et 2025, la TSA est passée de 1,75 % à 14,07 % (16,12 % en intégrant la contribution exceptionnelle de 2,05 % de l'article 13 de la LFSS pour 2026) : les organismes assureurs ne répercutent pas l'intégralité de cette hausse, qui devient insupportable »*.

● Interrogées sur le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, les organisations représentatives indiquent :

– pour la CGT, qu'elle est *« mesurée quant au soutiens à un tel système [qui], fondé sur la cotisation ouvrière, a fait la preuve d'une certaine efficacité mais repose très fortement sur la part dite salariale des cotisations et exonère donc les employeurs de leur responsabilité quant à garantir des salaires suffisants pour financer le système »*, mais aussi que *« la gouvernance de ce régime local est portée uniquement par les représentants des salariés et c'est un point d'appui essentiel »* ;

– pour FO, que *« ce système propose des avantages mais aussi une difficulté pour sa gouvernance car elle fragilise le paritarisme avec la disparition des employeurs »*, les points positifs tenant au moindre reste à charge, à la mutualisation, à la gestion proche du terrain et à l'absence de tarification selon l'âge ;

– pour la CFE-CGC, que le régime présente des *« atouts réels »* mais que *« son éventuelle transposition ou généralisation soulève[rait] des difficultés importantes »* ;

– pour la CFTC, qu'elle en a une « *appréciation globalement positive* », grâce notamment à sa gestion « *permettant une meilleure adaptation aux besoins du territoire [...] sans pour autant constituer un modèle facilement généralisable* » ;

– pour le Medef, que « *le régime est géré uniquement par les représentants des salariés ; la gestion est exemplaire, le régime est à l'équilibre financier voire produit des excédents* », mais que « *le discours qui consiste à dire que les employeurs d'Alsace-Moselle feraient à cette occasion supporter par leurs salariés une cotisation supplémentaire par rapport aux salariés des autres régions méconnaît le fait que le droit social spécifique à l'Alsace-Moselle comporte d'autres éléments que le Rlam : ainsi, les employeurs doivent de leur côté [y] supporter la prise en charge de deux jours fériés supplémentaires par an et le financement du maintien de salaire dès le premier jour en cas d'absence* » ;

– pour l'U2P, que « *le principe, le financement, le panier de prise en charge et la gouvernance du régime local du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle sont manifestement plus efficaces que dans le reste de la France* ».

● À propos de la complémentaire santé solidaire (C2S) :

– FO « *demande un relèvement du plafond [de ressources] au niveau du seuil de pauvreté* » ;

– la CFE-CGC regrette un « *non-recours [qui] reste massif* ».

● Enfin, pour ce qui en est des *scenarii* envisagés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) dans son rapport de 2022 :

– le souhait de FO est que « *des améliorations soient apportées dans le cadre de l'architecture actuelle* », cette struture exprimant une « *opposition à la “grande sécu” [...] qui n'apporterait aucune réponse à la problématique de nouveaux leviers de financement de la sécurité sociale, bien au contraire [car] la simplification est souvent un argument utilisé en droit pour réduire les garanties* », si bien que la piste « *marquerait la concrétisation d'un modèle de sécurité sociale étatique [...] avec, à la clé, une augmentation des restes à charge [et un] risque accru de renoncement aux soins* », et estimant que « *l'idée d'une assurance maladie obligatoire intégrant une option de complémentaire [mettrait] des milliers d'emploi en danger* » ;

– de même, la CFE-CGC se dit « *favorable à une évolution de l'articulation entre l'AMO et l'AMC et à une amélioration du système actuel, mais pas à une refonte complète du modèle* », de sorte qu'elle « *s'oppose à la mise en place d'un bouclier sanitaire [et] au scénario dit de la “grande sécu”* » ;

– la CFTC « *privilégie une approche progressive d'évolution du système d'assurance maladie, fondée sur des ajustements ciblés dans le cadre de l'architecture actuelle* » et « *exprime des réserves à l'égard d'un scénario reposant sur une augmentation significative des remboursements de la sécurité sociale, parfois qualifié de “grande sécu”* » ;

— selon le Medef, « aucun ne constituait une solution acceptable clé en main [car] les scénarios mis sur la table convergent tous vers un renforcement de l'intervention publique dans le financement et la gestion de la santé » et « la piste de la “grande sécu” constitue une ligne rouge », tandis que « la piste du décroisement est la piste la moins défavorable et pourrait être étudiée, avec comme ligne rouge qu'elle ne conduise pas à une segmentation [du] gros risque [et du] petit risque entre l'AMO et l'AMC », l'organisation suggérant surtout que « la refonte du contrat responsable est aujourd'hui indispensable [...] avec la possibilité de ne plus prendre systématiquement en charge certains postes de garanties, tels que les tickets modérateurs, le 100 % santé, le forfait journalier ou les transports, et d'introduire, dans certains cas, des mécanismes d'entente préalable ou des délais de carence pour promouvoir le juste recours aux soins » ;

— pour finir, la CPME « serait plutôt favorable à travailler dans le sens d'améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle » et « s'oppose fermement à toute étatisation rampante – qu'il s'agisse de la “grande sécu”, d'une répartition à 80 % contre 20 % ou d'un bouclier sanitaire », au motif que « ces formules affaibliraient la négociation collective et priveraient les entreprises et les branches de leur rôle de co-décideurs ».

ANNEXE N° 2

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS

- **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)** – **M. Fabrice Lenglard**, inspecteur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques, directeur, **Mme Catherine Pollak**, adjointe au sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, et **M. Geoffrey Lefebvre**, chef du bureau de l'analyse des comptes sociaux
- **Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS)** – **M. Dominique Libault**, conseiller d'État, président, ancien directeur de la sécurité sociale
- **France Assureurs*** – **Mme Florence Lustman**, présidente, **Mme Cécile Malguit**, directrice adjointe des assurances de personne, et **Mme Marie-Anne Ballotaud**, directrice de cabinet
- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **M. Grégoire de Lagasnerie**, adjoint du directeur de la stratégie, des études et des statistiques, et **Mme Veronika Levendof**, chargée des relations avec le Parlement
- *Audition conjointe :*
 - **M. Pierre-Louis Bras**, inspecteur général des affaires sociales, président du Comité d'histoire de la sécurité sociale, ancien directeur de la sécurité sociale, ancien président du Conseil d'orientation des retraites
 - **M. Nicolas Da Silva**, maître de conférences en économie à l'université Sorbonne Paris Nord
 - **M. Denis Raynaud**, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)*** – **M. Éric Chenut**, président, **Mme Séverine Salgado**, directrice générale, et **Mme Mary Plancq**, responsable des affaires publiques nationales
- **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)*** – **M. Jacques Creysse**, président, **Mme Marie-Laure Dreyfuss**, déléguée générale, **M. Florian Beaucreux**, responsable des prospectives, et **Mme Miriana Clerc**, directrice des relations institutionnelles
- **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam)** – **M. Yann-Gaël Amghar**, inspecteur général des affaires sociales, président, **Mme Catherine Pollak**, secrétaire générale, et **M. Philippe Guilbert**, secrétaire général adjoint

➤ **Régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (Rlam)** – Mme Isabelle Lustig, directrice jusqu'au 31 mars 2026, Mme Anne-Céline Freiss, directrice adjointe et directrice par intérim, M. Jean Claude Jully, directeur comptable et financier, M. Tarik Khadir, fondé de pouvoir, et Mme Catherine Lukasek, responsable de service ⁽¹⁾

➤ **Fédération nationale pour l'innovation mutualiste (Fnim)** – M. Erwin Marzolf, directeur général, Mme Soizic Fabry et M. Michaël Truchassou, administrateurs

➤ *Audition conjointe :*

– **Direction générale du Trésor** – M. Philippe Guyonnet-Dupérat, sous-directeur de l'assurance de l'économie sociale et solidaire au service du financement de l'économie, M. Matthieu Pequegnot, adjoint au chef du bureau des marchés et des produits d'assurance, M. Léonard Fleutot, adjoint à la cheffe du bureau des entreprises et intermédiaires d'assurance, et M. Sofien Abdallah, conseiller parlementaire

– **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** – Mme Évelyne Massé, première secrétaire générale adjointe, M. Jean Boissinot, directeur des études et de l'analyse des risques, et Mme Diane Griffon, chargée de mission auprès la conseillère parlementaire du gouverneur de la Banque de France

➤ **Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP)** – M. Philippe Charpentier, chef de service, Mme Juliette Lafont Carro, adjointe au chef de département de la protection sociale et des retraites, et Mme Camille Mohamad-Rialland, chargée d'études

➤ **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)*** – Mme Magali Rasle, directrice déléguée aux politiques sociales, M. Thibaut Chauvel, directeur du financement et de la comptabilité, et M. Christophe Simon, responsable des relations parlementaires

➤ *Audition conjointe :*

– **Confédération générale du travail (CGT)** – M. Denis Gravouil, secrétaire confédéral chargé des retraites et de la sécurité sociale, et M. Alexis Jamet, conseiller confédéral

– **Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO)** – M. David Ollivier-Lannuzel, membre du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie

(1) Le rapporteur Jérôme Guedj a rencontré les mêmes responsables une seconde fois à Strasbourg.

– **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **M. Philippe Baux**, délégué national pour la protection sociale, et **M. Théo Dagan**, chargé d'études au sein du service de l'économie et de la protection sociale

– **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Léonard Guillemot**, chef de file pour la protection sociale, et **Mme Lara Lefrançois**, conseillère technique pour la protection sociale

➤ *Audition conjointe :*

– **Mouvement des entreprises de France (Medef)*** – **M. Nicolas Bondonneau**, membre du bureau de la commission de la réforme de la protection sociale, directeur de la protection sociale et de la santé et de la sécurité au travail de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM), **Mme Nathalie Buet**, directrice de la protection sociale, **Mme Clara Tusch**, directrice adjointe du pôle de la protection sociale, et **M. Antoine Quinette**, directeur de mission au pôle des affaires publiques

– **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)*** – **M. Thierry Grégoire**, vice-président chargé des fédérations professionnelles, chef de file pour les groupes de protection sociale, **Mme Claire Richier**, responsable des affaires sociales, **M. Adrien Dufour**, responsable des affaires publiques, et **M. Timéo Ferreira-Bardin**, chargé de mission

- **Direction de la sécurité sociale** – **M. Pierre Pribile**, directeur, **Mme Marion Muscat**, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, et **M. Charles Boriaud**, sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire
- **Personnalités qualifiées** – **M. Didier-Roland Tabuteau**, vice-président honoraire du Conseil d'État, **M. Martin Hirsch**, conseiller d'État, ancien haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, ancien directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, et le **Pr André Grimaldi**, cofondateur du Collectif inter-hôpitaux
- **Comité 3C** – **Mme Céline Blattner**, actuaire, **M. Gilles Duthil**, conseiller référendaire en service extraordinaire à la Cour des comptes (en disponibilité), et **Mme Josette Guéniau**, directrice d'un observatoire à l'Institut Sapiens

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 3
LISTES DES STRUCTURES AYANT ADRESSÉ
UNE CONTRIBUTION ÉCRITE AUX RAPPORTEURS

La récapitulation ci-après s'entend sans préjudice des réponses que les personnes auditionnées peuvent avoir également transmises par écrit.

➤ *Organisations salariales :*

- Confédération générale du travail (CGT)
- Force ouvrière (FO)
- Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CGE-CGC)
- Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

➤ *Organisations patronales :*

- Mouvement des entreprises de France (Medef)
- Union des entreprises de proximité (U2P)
- Les Entrepreneurs (ex-Confédération française des petites et moyennes entreprises – CPME)

➤ *Organismes complémentaires d'assurance maladie :*

- Aéma
- AG2R – La Mondiale
- Alan
- Axa
- Groupama
- Klesia
- Malakoff – Humanis
- Solimut – Mutuelle de France
- Swiss Life

➤ *Autres représentants d'intérêts :*

- Cercle de réflexion des courtiers français
- Planète CSCA – Le syndicat des courtiers d'assurance
- Groupement des industriels et fabricants de l'optique