RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Évaluation du modèle économique de la Caisse des Français de l'étranger

MAI 2025

Olivier **TAILLARDAT**
Émilie **MAYSONNAVE**
Fabien **BOUVET**
Pauline **GRÉGOIRE-MARCHAND**
Aymeric **FLOYRAC**
Thierry **DIEULEVEUX**
Antoine **MAGNIER**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES
N° 2024-M-053-03

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
N° 2024-096R

Version communicable
Les occultations réalisées pour respecter le secret des affaires de la Caisse des Français de l'étranger sont signalées par les annotations [Confidentiel – Secret des affaires] ou [-]

ÉVALUATION DU MODÈLE ÉCONOMIQUE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER

Établi par

OLIVIER **TAILLARDAT**
Inspecteur des finances

THIERRY **DIEULEVEUX**
Inspecteur général des affaires sociales

ÉMILIE **MAYSONNAVE**
Inspectrice des finances

ANTOINE **MAGNIER**
Inspecteur général des affaires sociales

FABIEN **BOUVET**
Inspecteur des finances

PAULINE **GRÉGOIRE-MARCHAND**
Inspectrice des finances

Avec le concours de
AYMERIC **FLOYRAC**
Responsable adjoint du pôle science des données

- MAI 2025 -

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

SYNTHÈSE

La Caisse des Français de l'étranger (CFE), créée en 1984 dans l'objectif d'accompagner l'internationalisation des entreprises françaises et l'expatriation de leurs salariés, est un organisme atypique et au fonctionnement hybride : caisse de sécurité sociale d'une part, assureur dans le champ concurrentiel de la mobilité internationale d'autre part.

Elle propose des offres d'assurance, à cotisations volontaires et à l'attention de ressortissants français et européens résidant à l'étranger, pour les risques maladie-maternité-invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), sous la forme de contrats individuels ou de contrats collectifs *via* un employeur. **Son objet est de reproduire pour les Français établis à l'étranger les conditions de prise en charge de la sécurité sociale française** : ainsi le niveau des prestations de la CFE est-il déterminé en référence au barème de la sécurité sociale française. Contrairement aux autres assureurs en mobilité internationale, la CFE ne pratique pas de sélection médicale ou liée à l'âge, ce qui peut engendrer un phénomène de report vers la CFE de personnes atteintes de pathologies lourdes.

La situation financière de la CFE est aujourd'hui dégradée : elle présente en effet un déficit d'exploitation chronique depuis 2018 et a commencé à entamer ses fonds propres (- 20 % entre 2018 et 2023). En raison de ce déficit d'exploitation, son résultat net est fortement dépendant de son résultat financier, qui est volatil et incertain : en 2024, le résultat net prévisionnel de la CFE est fortement déficitaire, à hauteur de - 18 M€ et ce malgré un résultat financier positif (+ 15 M€). Il s'agit de la quatrième occurrence d'un déficit net depuis 2018, en méconnaissance du principe d'équilibre des recettes et des dépenses que la loi et la réglementation ont fixé à la CFE.

La projection « toutes choses égales par ailleurs » sur laquelle s'appuie la mission montre que l'insuffisance d'exploitation se poursuivra d'ici à 2030 et que la soutenabilité financière de la CFE est compromise, en dépit des revalorisations de cotisations décidées en 2023 et 2024 par son conseil d'administration (CA).

La fragilisation du modèle économique de la CFE, à l'origine de sa situation financière dégradée, est due à trois facteurs principaux. Le premier facteur est la sous-tarification structurelle de tous les produits individuels en assurance santé : les cotisations sont ainsi insuffisantes pour couvrir à la fois les prestations et les frais de gestion de la CFE. Seuls les contrats pour le risque AT/MP et les contrats collectifs souscrits par des entreprises pour le compte de leurs salariés dégagent un excédent.

Or, le nombre des contrats collectifs baisse au sein du portefeuille de la CFE : entre 2010 et 2024, les adhérents à ces contrats ont diminué de - 35 %, suivant ainsi une tendance globale et structurelle de l'expatriation. *A contrario*, les adhérents en contrat individuel ont connu une hausse significative sur la même période (+ 34 %), venant dégrader la rentabilité de l'activité d'assurance.

Le deuxième facteur provient des effets négatifs de la réforme majeure de la CFE introduite par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 qui lui était dédiée. **Une mesure particulière de la réforme a obéré de manière significative et durable la profitabilité du portefeuille d'assurance santé de la CFE : le plafonnement, au niveau législatif, des revalorisations tarifaires des contrats perdants à la réforme, dits contrats « ex »** : en 2023, le déficit induit par ces contrats atteint 12 M€ et aucune revalorisation tarifaire ne sera possible à compter de 2026 lorsque le plafond prévu par la loi aura été atteint.

En troisième lieu, l'attention du conseil d'administration de la CFE et de son environnement politique est focalisée sur les contrats individuels et le développement de ce portefeuille, au détriment de ceux des entreprises. Cette vision stratégique défaillante de la gouvernance doit être corrigée par une réorientation de la stratégie vers une fidélisation et une reconquête des entreprises : pour cela, la place des employeurs au sein du CA de la CFE doit être renforcée et les efforts en matière de qualité de service poursuivis.

Dès lors, une nouvelle réforme de la CFE est nécessaire, afin de rétablir un modèle économique viable, c'est-à-dire capable de dégager des excédents d'exploitation. Pour cela, la mission propose une réforme paramétrique, consistant à activer un ensemble de leviers pour augmenter les recettes et mieux maîtriser les dépenses. Les principales mesures de la réforme proposée consistent en :

- pour chaque produit individuel en assurance santé, la fixation d'un niveau de cotisations permettant de couvrir l'ensemble des coûts ;
- la suppression des contrats ex, progressivement en trois ans : cette mesure, qui nécessite une loi, est fondamentale pour rétablir un modèle économique soutenable ;
- un effort de maîtrise des frais de gestion, et notamment des effectifs qui ont augmenté de 38 % entre 2010 et 2023, dans un contexte où la CFE a pourtant opté pour une stratégie d'externalisation de la liquidation des soins.

La simulation actuarielle réalisée à partir des briques de la réforme proposée montre qu'il est possible de rétablir une trajectoire financière soutenable, en dégageant un bénéfice d'exploitation dès 2026. Le modèle économique de la CFE peut ainsi être consolidé, tout en confortant son principe fondamental : l'absence de sélection médicale ou liée à l'âge.

Au-delà de ces mesures nécessaires à l'équilibre financier de la CFE, d'autres aménagements peuvent être mis en place, participant de la recherche d'une plus grande équité du système et de solidarité intergénérationnelle : la mission propose des mesures de majorations de cotisations (sur le principe des cotisations rétroactives, supprimées par la réforme de 2018) et de plafonnement temporaire des dépenses pour diminuer le risque lié aux adhésions opportunistes.

De plus, le dispositif à vocation sociale, dit de « catégorie aidée », confié à la CFE par la loi et visant à minorer les cotisations pour l'assurance santé de personnes à faibles revenus, présente un coût croissant qui n'est que faiblement compensé par l'État (à hauteur de 14 % d'un coût de 4,9 M€ en 2024) : ce dispositif doit être réformé, pour mieux le cibler et en réduire le coût.

Par ailleurs, plusieurs risques stratégiques pèsent sur la CFE, qui, s'ils se matérialisaient, pourraient remettre en question l'issue positive attendue de la réforme paramétrique. En particulier, la simulation actuarielle ne peut mesurer le risque d'attrition du portefeuille d'assurés lié à la hausse des tarifs de cotisation. Or, le maintien d'un portefeuille suffisant d'assurés est indispensable pour assurer la couverture des coûts fixes de la CFE. La mission suggère ainsi de poursuivre l'étude de trois scénarios de réorientation stratégique de la CFE :

- la fermeture de la CFE, dans lequel l'État prendrait acte que les fondamentaux de cette politique publique ne sont plus réunis ;
- la réintégration de la CFE au régime général, dans l'objectif de faire des économies de fonctionnement et de créer des synergies avec le régime général, tout en maintenant l'objectif d'équilibre des recettes et des dépenses de la *« business unit »* CFE ;
- la transformation de la CFE en mutuelle ou en assurance, ou le transfert de son portefeuille à un acteur de ce type, qui permettrait de maintenir le service aux Français de l'étranger mais sans l'exercice de missions de service public.

Hormis le scénario de fermeture, les scénarios de réorientation stratégique nécessitent comme préalable la restauration d'un modèle économique viable de la CFE : une réforme, telle que celle proposée par la mission, est donc nécessaire à brève échéance.

LISTE DES PROPOSITIONS DE LA MISSION

Proposition n° 1 : Réformer la catégorie aidée, à des fins d'équité, de meilleur ciblage du dispositif et de réduction de son coût (conseil d'administration, tutelles et ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE)) :

- tenir compte du coût de la vie dans chaque pays pour l'éligibilité au dispositif, par l'introduction d'un indicateur de parité de pouvoir d'achat dans le seuil de ressources, comme le permet déjà la réglementation ;

- distinguer la cotisation à la catégorie aidée, selon la composition du contrat (« solo » ou « famille »), à l'image des autres produits de la CFE ;

- réexaminer le financement du dispositif.

Proposition n° 2 : Introduire, par voie législative, un principe d'extinction des contrats ex, avec une convergence tarifaire progressive entre 2026 et 2028 vers la cible de cotisation des nouveaux contrats (tutelles).

Proposition n° 3 : Améliorer la qualité de service de la CFE :

- développer une culture de service aux adhérents, et en particulier mettre en place des interlocuteurs et des contacts téléphoniques dédiés aux entreprises ;

- renforcer la communication auprès des adhérents ;

- mettre aux standards du marché les espaces « adhérent » du site internet de la CFE.

Proposition n° 4 : Dans le cadre d'une réforme par voie législative de la CFE, introduire les changements suivants dans la gouvernance de la caisse (tutelles) :

- renforcer la place des employeurs dans la gouvernance, en accordant plus de sièges aux entreprises au sein du CA ;

- inclure le MEAE parmi les tutelles de l'organisme.

Proposition n° 5 : À des fins de maîtrise des frais de gestion, dans le cadre de la prochaine convention de partenariat (COP) entre la CFE et ses tutelles :

- envisager une diminution des effectifs de la CFE, ou, à tout le moins, cesser de les augmenter en renforçant les fonctions clés par redéploiement ;

- mettre en place un processus de pilotage des frais de gestion plus performant que celui en vigueur dans la COP (caractérisé par une sous-exécution et des reports de crédits massifs).

Proposition n° 6 : Simplifier les règles de financement du budget de gestion courante et d'action sanitaire et sociale dans la réglementation, de manière à pouvoir piloter efficacement le résultat d'exploitation, avec d'une part l'ensemble des recettes issues des cotisations et autres dotations, et d'autre part l'ensemble des dépenses (prestations, gestion et action sanitaire et sociale) (direction de la sécurité sociale et CFE).

Proposition n° 7 : Équilibrer l'activité assurantielle de la CFE après prise en compte des frais de gestion, en revalorisant les cotisations de l'ensemble des produits individuels en assurance santé pour atteindre un ratio de prestations sur cotisations (P/C) de 0,8 à l'échelle de chaque type de contrat en trois ans, entre 2026 et 2028 (conseil d'administration et tutelles).

Proposition n° 8 : Afin de s'assurer que les revalorisations tarifaires sont conformes à l'objectif de soutenabilité financière de la CFE, prévoir un mécanisme de fixation d'office des cotisations par arrêté du ministre chargé des affaires sociales si les décisions prises par le conseil d'administration contreviennent à cet objectif (direction de la sécurité sociale).

Proposition n° 9 : À des fins de solidarité intergénérationnelle et d'équité, prendre des mesures afin de décourager les adhésions opportunistes, tout en préservant les adhérents qui sont en continuité par rapport à la France (tutelles et CFE) :

- majorer fortement les cotisations pour les adhérents en discontinuité par rapport au régime général français, à partir d'un seuil de 45 ans, dans l'esprit du dispositif des cotisations rétroactives qui a été supprimé par la réforme de 2018 ;

- mettre en place un plafond annuel de prise en charge de dépenses de santé la première année, voire les deux premières années d'adhésion, sauf pour les adhérents en continuité avec le régime général.

Proposition n° 10 : Rationaliser l'action sanitaire et sociale (ASS) en matière d'aides individuelles en instaurant un règlement d'attribution des aides et en réduisant le montant associé au sein de l'ASS (CFE et tutelles).

Proposition n° 11 : Mettre en œuvre la réforme de la CFE proposée par la mission, par des mesures législatives et réglementaires permettant idéalement une entrée en vigueur dès 2026 (tutelles et CFE), et, en parallèle de cette réforme, expertiser des scénarios de réorientation stratégique (tutelles, MEAE, direction générale du Trésor, Caisse nationale d'assurance maladie, Caisse nationale d'assurance vieillesse et Urssaf Caisse nationale).

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. L'ACTIVITÉ DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER EST IMPACTÉE PAR LES TENDANCES DE FOND DU SECTEUR DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE, QUI SE TRADUISENT PAR LA BAISSE DES CONTRATS COLLECTIFS 3

1.1. Le cadre d'intervention de la CFE est sans équivalent, issu de son statut hybride de caisse de sécurité sociale et d'assureur dans le champ concurrentiel de la mobilité internationale 3

1.1.1. La CFE est un organisme atypique dont le modèle économique est structurellement difficile à équilibrer 3

1.1.2. L'offre de la CFE qui assure une harmonisation de la couverture par rapport au niveau de prise en charge de la sécurité sociale française, est déclinée en plusieurs produits et modulée par zone géographique 4

1.2. Le secteur de la mobilité internationale, dans lequel évolue la CFE, a connu des bouleversements ces dernières années, notamment avec la crise du Covid-19, suivie d'un phénomène de forte inflation médicale 5

1.2.1. Les pratiques d'expatriation des entreprises françaises ont évolué depuis plusieurs années 5

1.2.2. L'assurance santé internationale connaît une forte inflation, caractérisée par une hausse des coûts des soins de 10 % en 2024 en moyenne dans le monde, conduisant les assureurs à pratiquer de fortes revalorisations tarifaires 7

1.3. Les évolutions du portefeuille d'adhérents de la CFE témoignent des mutations du secteur de la mobilité internationale 7

1.4. Le développement de systèmes locaux de sécurité sociale pourrait rendre l'offre de la CFE moins utile à l'avenir, tandis que le cadre européen de coordination constitue un risque stratégique pour celle-ci 9

2. LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DE LA CFE EST AUJOURD'HUI FRAGILISÉ, SOUS L'EFFET D'UNE SOUS-TARIFICATION STRUCTURELLE DES CONTRATS INDIVIDUELS ET DE CERTAINES COMPOSANTES DE SA MISSION DE SERVICE PUBLIC SOUS-FINANCÉES 10

2.1. Le modèle économique de la CFE repose sur des avantages et des handicaps qui lui sont spécifiques 10

2.1.1. L'absence de sélection médicale constitue le principal handicap de la CFE dans un marché international très concurrentiel, tandis que l'exclusivité de la collecte des cotisations vieillesse est un réel avantage dans ce même marché 10

2.1.2. La non-sélection du risque et un possible phénomène de report vers la CFE de personnes malades (antisélection) contribuent à la présence d'une proportion importante d'assurés âgés et atteints d'affections de longue durée dans le portefeuille de la CFE 12

2.1.3. Le dispositif de catégorie aidée, illustrant les objectifs sociaux conférés à la CFE, et son financement doivent être réformés 14

2.2. Du fait de la structure de tarification, le modèle économique de la CFE est dégradé, même si un mouvement de rattrapage tarifaire a été enclenché ces deux dernières années 17
2.2.1. Seuls les contrats collectifs et AT/MP sont excédentaires, en dégageant une marge qui couvre leur part des frais de gestion, tous les produits individuels en assurance-santé sont quant à eux déficitaires 17
2.2.2. Si la réforme de 2018 de la CFE a bien permis d'améliorer la lisibilité de l'offre, le mauvais calibrage des contrats « ex » et la recherche d'objectifs inatteignables ont produit des effets très négatifs 19
2.3. La CFE dispose d'un positionnement unique et pertinent au sein d'un marché concurrentiel, qu'elle doit conforter par l'amélioration de sa qualité de service ...22
2.3.1. L'offre de la CFE en matière d'assurance santé internationale est unique 22
2.3.2. Des marges de progrès subsistent sur la qualité de service 23
2.4. La tutelle de la CFE doit être renforcée et sa gouvernance réformée, afin de soutenir une stratégie ambitieuse de reconquête de la clientèle d'entreprises .24

3. EN CONSÉQUENCE DE LA FRAGILISATION DE SON MODÈLE ÉCONOMIQUE, LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA CFE EST ACTUELLEMENT DÉGRADÉE ET CETTE TENDANCE DEVRAIT SE POURSUIVRE D'ICI À 2030 26

3.1. La CFE ne peut pas compter sur ses placements financiers pour équilibrer ses déficits d'exploitation, qui résultent d'une moindre rentabilité de son activité d'assurance et d'un faible pilotage des coûts de gestion 26
3.1.1. La CFE présente un résultat d'exploitation continûment déficitaire depuis 2018 et a connu quatre épisodes de résultat net négatif entre 2018 et 2024 26
3.1.2. Le niveau des frais de gestion de la CFE, s'élevant à 20 % environ des cotisations, est dans les standards du marché, ces frais pourraient toutefois être mieux pilotés et des gisements d'économie existent 27
3.1.3. Le résultat financier est volatil et ne constitue pas une ressource pérenne pour compenser les déficits d'exploitation de la CFE 29
3.2. La consommation des fonds propres a commencé, caractérisée par une baisse de 20 % entre 2018 et 2023 30
3.3. La projection « toutes choses égales par ailleurs » de la situation financière de la CFE montre un déficit d'exploitation chronique jusqu'en 2030 30

4. POUR RÉTABLIR LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE DE LA CFE, UNE RÉFORME AMBITIEUSE EST NÉCESSAIRE, MAIS IL N'EST PAS GARANTI QU'ELLE SUFFISE : DES SCÉNARIOS DE RÉORIENTATION STRATÉGIQUE DOIVENT DONC ÉGALEMENT ÊTRE ÉTUDIÉS 32

4.1. La mission recommande la mise en œuvre d'une réforme paramétrique de la CFE, reposant sur l'activation d'un ensemble de leviers d'optimisation des recettes et des charges 33
4.1.1. La réforme doit mettre fin à la sous-tarification structurelle des contrats individuels en santé et comporter des mesures de lutte contre l'antisélection 33
4.1.2. La réforme proposée par la mission, grâce à la normalisation des contrats ex et à la convergence des ratios de P/C vers 0,80, consolide le modèle économique de la CFE 36
4.1.3. Cependant, des risques stratégiques, s'ils se concrétisaient, pourraient mettre en péril l'aboutissement du scénario de réforme 38

4.2. Trois scénarios de réorientation stratégique ont été étudiés par la mission : il conviendra de continuer à les expertiser en parallèle de la mise en œuvre de la réforme proposée..... 38
4.2.1. Le scénario de fermeture de la CFE prendrait acte que les fondements de la politique de protection sociale des Français à l'étranger ne sont plus réunis 38
4.2.2. La réintégration de la gestion de la CFE dans celle du régime général, en maintenant le principe d'équilibre de ses recettes et dépenses, devrait permettre à terme de dégager des synergies et des économies en fonctionnement..... 39
4.2.3. La transformation de la CFE en mutuelle ou assurance, ou le transfert de son portefeuille à un acteur de ce type, permettrait de maintenir le service aux Français de l'étranger mais sans l'exercice de missions de service public 40

INTRODUCTION

Par lettre de mission du 3 juillet 2024, le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, la ministre du travail, de la santé et des solidarités et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, ont confié à l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission relative à l'évaluation de la pérennité du modèle économique de la Caisse des Français de l'étranger (CFE).

La CFE, créée en 1984 dans l'objectif d'accompagner l'internationalisation des entreprises françaises et l'expatriation de leurs salariés, est un organisme de droit privé assurant une mission de service public. Caisse de sécurité sociale, elle est régie par les dispositions législatives et réglementaires du code de la sécurité sociale.

La CFE gère les assurances volontaires de ressortissants français et européens résidant à l'étranger pour les risques maladie-maternité-invalidité, accident du travail et maladie professionnelle. De plus, elle collecte pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) les cotisations de ses adhérents mais ne verse pas de pensions, lesquelles relèvent de la CNAV. L'adhésion, et donc les cotisations, à la CFE étant volontaires, la caisse évolue dans un champ concurrentiel.

La mission s'inscrit dans un contexte de fragilisation du modèle économique de la CFE, du fait de causes exogènes (changement des formes d'expatriation, se traduisant par un volume moindre de salariés expatriés par les entreprises) mais aussi endogènes (par exemple les coûts induits par la non-sélection médicale ou liée à l'âge, qui est un principe fondateur de la CFE, ou encore sa stratégie de tarification). Cette situation conduit à une situation financière dégradée : le résultat net prévisionnel pour l'année 2024 devrait atteindre - 18 M€.

Les objectifs de la mission sont les suivants :

- analyser les sous-jacents du modèle économique de la CFE ;
- évaluer les effets de la réforme intervenue en 2018 et notamment son impact sur le modèle économique de la CFE ;
- analyser sa situation financière et la projeter à horizon de quelques années ;
- apporter un éclairage sur son cadre d'intervention ;
- proposer des scénarios d'évolution de la CFE, ayant vocation à consolider son modèle économique.

La méthodologie déployée par la mission a consisté en une série d'entretiens avec les parties prenantes : la CFE (conseil d'administration (CA), direction et services), ses tutelles (direction de la sécurité sociale et direction du budget) et les autres directions d'administrations concernées (notamment au ministère de l'Europe et des affaires étrangères), des représentants de son secteur d'activité (assureurs, gestionnaires d'assurance santé, entreprises ayant une politique de déploiement de salariés à l'étranger), les autres caisses nationales de sécurité sociale (CNAV, Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), Mutualité sociale agricole (MSA)), le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS), des élus au Parlement et à l'Assemblée des Français de l'étranger.

Une analyse quantitative à partir des données de dépenses de soins des assurés de la CFE a été conduite. De plus, une analyse juridique des directions des affaires juridiques des ministères économiques et financiers d'une part et des affaires sociales d'autre part a été sollicitée, afin de mettre à jour les analyses qui avaient été effectuées dans le cadre d'une précédente mission de l'IGF et de l'IGAS, relative à la Caisse des Français de l'étranger, à son activité et aux conditions de son intervention, datant de juillet 2015.

La mission a organisé ses travaux autour de plusieurs modules d'investigations, qui ont donné lieu à la rédaction de quatre annexes :

- l'analyse juridique et fonctionnelle de l'objet, du positionnement et du cadre d'intervention de la CFE (annexe I) ;
- le modèle économique de la Caisse des Français de l'étranger (annexe II) ;
- l'analyse budgétaire et financière de la CFE (annexe III) ;
- les modalités d'évolution de la CFE (annexe IV).

Le présent rapport s'articule en quatre parties. Tout d'abord, la mission analyse les causes exogènes de la fragilisation du modèle économique de la CFE, en étudiant les mutations du secteur de la mobilité internationale.

Puis, elle s'intéresse aux causes endogènes, en analysant les avantages et handicaps de la CFE au sein d'un secteur concurrentiel, sa stratégie de tarification et l'exercice de sa gouvernance (en ce qu'elle a un effet sur son modèle économique).

La fragilisation du modèle économique se traduisant par une situation financière dégradée, la mission analyse ensuite les principaux résultats financiers de la CFE et présente les résultats d'une projection « toutes choses égales par ailleurs » pour les prochaines années.

Enfin, la mission étudie quatre scénarios d'évolution de la CFE : un scénario de réforme dont elle recommande la mise en œuvre dans les meilleurs délais, et trois scénarios de réorientation stratégique.

1. L'activité de la Caisse des Français de l'étranger est impactée par les tendances de fond du secteur de la mobilité internationale, qui se traduisent par la baisse des contrats collectifs

1.1. Le cadre d'intervention de la CFE est sans équivalent, issu de son statut hybride de caisse de sécurité sociale et d'assureur dans le champ concurrentiel de la mobilité internationale

1.1.1. La CFE est un organisme atypique dont le modèle économique est structurellement difficile à équilibrer

La CFE propose des offres d'assurance, à cotisations volontaires et à l'attention de ressortissants français et européens[1] résidant à l'étranger (non affiliés à la sécurité sociale française), pour les risques maladie-maternité-invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). De plus, concernant le risque vieillesse, les expatriés ont la possibilité de continuer à cotiser[2] à la CNAV pendant la durée de leur expatriation : la CFE est chargée de collecter ces cotisations pour le compte de la CNAV, à qui elle les reverse ensuite (la CFE ne verse donc pas de pensions de retraite).

Elle est une caisse de sécurité sociale et est régie par les dispositions législatives et réglementaires du code de la sécurité sociale. **Son objet est de reproduire pour les Français établis à l'étranger les conditions de prise en charge de la sécurité sociale française**. En santé, elle fonctionne comme un régime de base : par exemple, pour une consultation en médecine générale, la CFE rembourse sur la base d'un forfait de 18,55 €, quel que soit le pays. Elle prévoit également la couverture des frais de santé engagés en France pour les séjours temporaires de ses adhérents[3].

L'adhésion, et donc les cotisations, à la CFE étant volontaires, l'organisme évolue dans un contexte concurrentiel : d'autres assureurs privés proposent en effet, pour cette même catégorie d'assurés, des offres d'assurance contre les risques maladie, maternité, invalidité, AT/MP.

Elle se distingue toutefois des autres acteurs de ce système, notamment par les fonctions qu'elle exerce :

- la chaîne de valeur de l'assurance internationale est fragmentée en plusieurs métiers : l'assureur (celui qui porte le risque), le courtier (celui qui commercialise des offres d'assurances), le gestionnaire (celui qui est en contact avec les adhérents et liquide les prestations pour le compte de l'assureur). Seuls les grands assureurs internationaux, comme Aetna ou Cigna, sont présents sur l'ensemble de la chaîne de valeur ;

[1] Plus précisément, depuis la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger, il s'agit des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

[2] Ce qui permet aux expatriés de valider des trimestres et des salaires reportés à leur compte.

[3] À l'exception toutefois des adhérents au contrat « RetraitExpatSanté » qui bénéficient d'une couverture maladie en France au titre du prélèvement de la cotisation d'assurance maladie (Cotam) sur leur pension de retraite française.

- la CFE quant à elle assure tous les rôles pour l'assurance de base : elle commercialise ses offres, elle gère les contrats et porte le risque. Elle peut toutefois s'associer[4] à des partenaires pour, par exemple, déléguer la liquidation des soins à un gestionnaire dans le cadre d'un partenariat dit de *fronting* (*cf*. section 2.2.2 et encadré 4).

Le caractère volontaire des cotisations et le contexte concurrentiel d'activité de la CFE, constituent des différences fondamentales entre la CFE et les autres caisses de sécurité sociale. Elle est ainsi un organisme tout à fait atypique, par rapport aux caisses nationales mais également au sein du secteur de l'assurance internationale.

De plus, la CFE a une obligation législative et réglementaire d'équilibrer ses recettes et ses dépenses[5]. **Toutefois, structurellement, l'équilibre du modèle économique de la CFE est difficile à trouver**. En effet, son ambition est de reproduire le modèle de prise en charge de la sécurité sociale française pour les Français de l'étranger, mais sans le caractère contributif des cotisations obligatoires qui financent la sécurité sociale et avec un socle d'assurés relativement étroit (183 000 bénéficiaires en 2024) pour pratiquer la mutualisation du risque. Le principe d'équilibre des recettes et des dépenses la rapproche d'un assureur privé, mais dans le même temps son activité peut être qualifiée de mission de service public (*cf*. section 2.1.1) : en particulier, elle ne pratique pas de sélection médicale ou liée à l'âge pour ses contrats de santé, contrairement à ses concurrents privés en assurance internationale. Elle a néanmoins la possibilité de moduler les cotisations en fonction de l'âge des adhérents (à l'instar des organismes mutualistes en France), ce qui atténue les effets de l'absence de sélection.

Ainsi, deux finalités de la CFE se dégagent et coexistent aujourd'hui :

- outil de soutien aux entreprises françaises pour l'expatriation de leurs salariés : la philosophie relève ici du soutien à la politique du commerce extérieur et du rayonnement économique de la France à l'étranger ;
- pourvoyeur d'une protection sociale, et notamment d'une assurance santé, accessible à tous les Français (ou ressortissants européens), sans sélection (état de santé ou âge) et avec un niveau de prise en charge des soins harmonisé : la philosophie est ici davantage sociale.

Cette coexistence de deux finalités a des conséquences économiques et budgétaires pour la CFE, qui seront examinées dans les parties 2 et 3 du présent rapport.

1.1.2. L'offre de la CFE qui assure une harmonisation de la couverture par rapport au niveau de prise en charge de la sécurité sociale française, est déclinée en plusieurs produits et modulée par zone géographique

L'offre de la CFE est segmentée :

- par risque : maladie-maternité (incluant l'invalidité en option), accidents du travail et maladie professionnelle, vieillesse. Un adhérent peut choisir l'une ou l'autre ou plusieurs de ces assurances ;
- par type de contrat : contrats collectifs (l'entreprise est mandataire pour assurer ses salariés expatriés) et contrats individuels ;

---

[4] Article L. 766-4-3 du code de la sécurité sociale : *« La Caisse des Français de l'étranger peut conclure des partenariats en vue de fournir à ses adhérents des garanties couvrant la totalité des dépenses de santé qu'ils ont à supporter.*

La Caisse des Français de l'étranger peut rémunérer des intermédiaires, dans des conditions prévues par décret, en vue de favoriser la promotion de ses garanties, y compris celles découlant du premier alinéa ».

[5] Articles L. 762-6-4 et L. 762-10 qui prévoient l'équilibre des assurances maladie et AT/MP, respectivement, et article R. 766-57 du code de la sécurité sociale qui énonce : *« Le régime des expatriés doit être équilibré en recettes et en dépenses »*.

- pour le risque maladie-maternité :
  - par produit, en fonction de critères d'éligibilité et de prise en charge, pour les adhérents individuels :
    - « JeunExpatSanté » : accessible aux personnes de moins de 30 ans ;
    - « MondExpatSanté » : accessible aux personnes de plus de 30 ans ;
    - « RetraitExpatSanté » : accessible aux pensionnés d'un régime de sécurité sociale français, pour les seuls soins réalisés à l'étranger (la couverture en France étant assurée par le statut de pensionné du régime général) ;
    - « FrancExpatSanté » : offre permettant la couverture des soins réalisés en France lors de courts ou longs séjours mais ne couvrant pas les soins réalisés à l'étranger ;
  - par zone géographique pour le niveau de prise en charge en fonction des coûts de santé du pays, en référence au barème de la sécurité sociale. Ces taux sont calculés pour être équivalents aux montants qui seraient remboursés pour des soins analogues en France. Ainsi, en zone 1, dont relèvent les pays aux coûts de santé les plus bas (par exemple Maroc, Côte d'Ivoire), le taux de prise en charge des dépenses d'hospitalisation par la CFE est de 67 %. *A contrario*, sont classés en zone 5 les pays aux coûts de santé les plus élevés (par exemple États-Unis, Royaume-Uni) : dans ceux-ci, le taux de prise en charge des dépenses d'hospitalisation s'élève à 19 % des dépenses engagées.

1.2. Le secteur de la mobilité internationale, dans lequel évolue la CFE, a connu des bouleversements ces dernières années, notamment avec la crise du Covid-19, suivie d'un phénomène de forte inflation médicale

1.2.1. Les pratiques d'expatriation des entreprises françaises ont évolué depuis plusieurs années

Le secteur de la mobilité internationale serait caractérisé par des « nouvelles formes d'expatriation », qu'il est toutefois difficile de documenter, en l'absence d'observatoire exhaustif sur le sujet. Néanmoins, des tendances qualitatives ressortent des entretiens conduits par la mission.

La première tendance qui ressort est que les entreprises françaises expatrient moins de collaborateurs que par le passé, cette tendance baissière préexistant à la crise du Covid-19. Le *think-tank* Cindex qui rassemble les responsables des ressources humaines chargés de la mobilité internationale de plus de 60 entreprises, dont la moitié du CAC 40 (ce réseau est représentatif des grandes entreprises), suit les effectifs de ses adhérents en expatriation : les données transmises à la mission montrent qu'un pic d'expatriés a été atteint en 2011. La crise du Covid-19 a ainsi plutôt amplifié une dynamique baissière préexistante.

Plus généralement, les entretiens menés par la mission auprès des acteurs de l'assurance santé internationale ont illustré que l'évolution de ce marché était aujourd'hui davantage marquée par des expatriations individuelles et non plus collectives.

Ensuite, le **cadre contractuel de l'expatriation évoluerait également avec plus de contrats de droit local et moins de *packages* d'expatrié**[6] (*cf.* encadré 1 pour un éclairage juridique)**,** pour des raisons d'optimisation des coûts pour les entreprises mais aussi de maturité des marchés du travail locaux, rendant moins nécessaire l'expatriation de cadres depuis la France.

[6] Ces *packages* consistent en des conditions favorables d'expatriation pour le salarié expatrié et sa famille : assurance-santé, logement, études des enfants, prise en charge de séjours courts de retours en France, *etc*.

D'après les entretiens conduits par la mission, certaines grandes entreprises continuent de proposer des *packages* d'expatriés, pour des raisons d'attractivité et de marque employeur, tandis que d'autres ont opéré des virages stratégiques, en localisant les contrats de leurs collaborateurs dans des pays généralement dotés de systèmes de sécurité sociale comparables à la France en termes de qualité des soins (par exemple l'Australie, le Royaume-Uni).

Enfin, concernant la composition familiale en expatriation (départ en famille ou non), le signal est peu clair :

- **les départs en expatriation en famille seraient moins courants que par le passé :** cette tendance a été mise en avant comme faisant partie des « nouvelles formes d'expatriation » dans les entretiens de la mission avec les assureurs et gestionnaires d'assurances santé internationales. Cela pourrait être dû, pour les entreprises, à une optimisation des coûts (un départ en famille coûte cher) mais également, pour les couples, à des raisons professionnelles liées à la poursuite de la carrière du conjoint ;
- toutefois, d'après les données du Cindex, représentatives des grandes entreprises, la part des expatriations en famille est plutôt en tendance haussière entre 2006 et 2023. Concernant le portefeuille de la CFE, la dynamique est inversée (*cf.* section 1.3), la mission en conclut que cette tendance ne touche pas uniformément toutes les entreprises ayant recours à l'expatriation.

Encadré 1 : Les principes de détachement et d'expatriation au sens de la sécurité sociale

Consacré à l'article L. 111-2-2 du code de la sécurité sociale par la loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, le **principe de territorialité de la sécurité sociale** a pour conséquence que l'affiliation aux régimes obligatoires français de sécurité sociale ne s'applique pas aux personnes résidant en dehors du territoire français, sauf exceptions (*cf. infra* les situations de détachement).

L'analyse combinée du droit du travail et du droit de la sécurité sociale permet de dégager la typologie suivante des situations de travail de Français exerçant une activité salariée à l'étranger : 1/ le **détachement** par une entreprise basée en France ; 2/ **l'expatriation** par une entreprise basée en France ; 3/ le **recrutement à l'étranger par le biais d'un contrat de travail de droit local**.

1/ **Le régime de détachement en matière de sécurité sociale permet, pour une période limitée, de travailler dans un autre État en demeurant affilié au régime de sécurité sociale de son pays d'origine**, à savoir la France dans le cas d'espèce, sous certaines conditions. Un salarié envoyé temporairement en mission à l'étranger par son employeur peut ainsi bénéficier du régime du détachement, sur demande auprès de sa caisse d'affiliation.

Il existe trois types de détachement : communautaire (au sein de l'espace économique européen), conventionnel (dans les pays ayant signé une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France) et légal (dans les pays n'ayant pas signé une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France).

2/ **Un salarié est considéré usuellement comme expatrié lorsqu'il est envoyé à l'étranger par son entreprise basée en France, en dehors du cadre du détachement**, soit parce que l'employeur a opté pour le régime de l'expatriation, soit parce que la durée de la mission à l'étranger excède les limites autorisées dans le cadre du détachement. Il n'existe pas de définition positive de l'expatriation en droit du travail français.

Le salarié expatrié est tenu de s'affilier au régime de sécurité sociale du pays où il exerce. La législation française offre aux salariés français expatriés d'être également couverts par les assurances volontaires de la CFE, soit par l'intermédiaire de son employeur en tant que mandataire et avec son accord, soit au titre d'une adhésion individuelle : dans les deux cas, le salarié doit être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse (article L. 762-1 du code de la sécurité sociale). Le salarié français expatrié a également la faculté d'adhérer à une assurance privée.

3/ **Le recrutement à l'étranger d'un salarié par un contrat de droit local se distingue de l'expatriation** en ce que le salarié n'est plus lié par un contrat de travail à un employeur basé en France. Ce salarié est assujetti au droit du travail et à la législation de sécurité sociale de l'État où il réside. Lorsque le pays de résidence a conclu avec la France une convention bilatérale de sécurité sociale, le salarié bénéficie des dispositions de coordination que cette convention prévoit. Il en est de même, au sein de l'Union européenne, par les règlements de coordination de sécurité sociale.

Comme le salarié expatrié, il a la possibilité de s'affilier aux assurances volontaires de la CFE (même condition de nationalité qu'au point 2/), par l'intermédiaire de son employeur ou à titre individuel, ainsi que d'adhérer à une assurance privée.

Source : Mission à partir des travaux de la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF de 2015 et du Guide juridique de la mobilité des travailleurs en Europe (employeurs, salariés et indépendants) – Edition 2020, établi par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

1.2.2. L'assurance santé internationale connaît une forte inflation, caractérisée par une hausse des coûts des soins de 10 % en 2024 en moyenne dans le monde, conduisant les assureurs à pratiquer de fortes revalorisations tarifaires

Les coûts de santé mondiaux connaissent une dynamique haussière depuis plusieurs années, qui s'explique par un contexte inflationniste mondial à la suite de la crise du Covid-19 mais également par des facteurs spécifiques au secteur de la santé. Ainsi, selon le cabinet Aon[7], l'augmentation du coût des soins s'est élevée à 10,1 % en 2024 dans le monde (soit 6,5 % en termes réels, après prise en compte de la hausse des prix à la consommation) et devrait atteindre 10,0 % en 2025 (soit 7,2 % en termes réels). **Si la tendance est à la hausse partout dans le monde, des disparités importantes existent entre les pays :** entre + 14 % et + 15 % pour des pays comme le Royaume-Uni, le Mexique ou encore le Brésil, entre + 8 % et + 9 % en Chine et en Thaïlande, + 5 % en France et au Canada.

En conséquence de cette dynamique haussière, les assureurs pratiquent chaque année des hausses de cotisation, parfois à deux chiffres. Un assureur en santé internationale a transmis à la mission ses données de revalorisation tarifaire ces dernières années : en 2024, la revalorisation tarifaire pour l'offre à l'attention des seniors a dépassé 12 % ; pour les autres contrats cela s'échelonnait entre + 7 % et + 10 %.

Cette dynamique haussière sur les coûts des soins touche également la CFE, dont les adhérents sont présents partout dans le monde, avec des taux de pénétration qui toutefois diffèrent d'un pays à l'autre (*cf.* annexe II). Cela la conduit à faire évoluer ses cotisations à la hausse, ce qui vient s'ajouter au rattrapage tarifaire rendu nécessaire par la sous-tarification des contrats individuels qui a longtemps prévalu (*cf.* section 2.2.1). Face à la hausse des coûts de santé, les cotisations augmentent uniformément dans le monde, la CFE ne pouvant pas, en l'état actuel de la loi, adapter les cotisations selon les zones géographiques.

1.3. Les évolutions du portefeuille d'adhérents de la CFE témoignent des mutations du secteur de la mobilité internationale

En premier lieu, **la CFE apparaît comme un acteur de taille modeste de la mobilité internationale, notamment auprès des Français de l'étranger**.

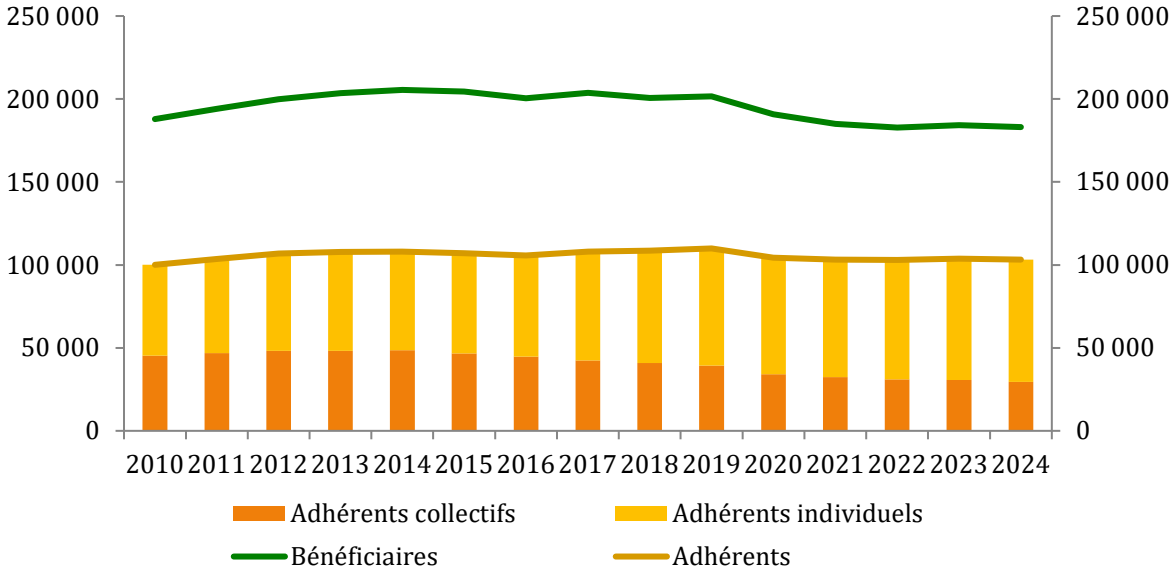
[7] Aon, 2025 *Global Medical Trend Rates Report*.

En effet, en 2023, le registre des Français établis hors de France dénombre 1,7 million de personnes, pour un nombre total de Français résidant à l'étranger estimé par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères à 2,5 millions[8]. La CFE, avec environ 184 000 bénéficiaires en 2023, couvre donc environ 7 % des Français résidant à l'étranger et 11 % de ceux inscrits au registre[9].

Les évolutions du portefeuille d'adhérents de la CFE illustrent les tendances décrites à la section 1.2.1 en matière de mobilité internationale : entre 2010 et 2024, **elles se caractérisent par une baisse continue des adhérents en contrat collectif** (- 35 % sur la période) **et une hausse significative des adhérents en contrat individuel** (+ 34 % sur la période), comme le montre le graphique 1.

Par ailleurs, l'évolution différenciée des adhérents (qui sont les titulaires du contrats) et des bénéficiaires (qui incluent les personnes rattachées au contrat, ces dernières étant des ayants droit) illustre un changement des structures familiales des populations assurées à la CFE : en effet, le nombre total des bénéficiaires s'est légèrement contracté entre 2010 et 2024 (- 2 %) alors que celui des adhérents augmentait (+ 3 %).

Graphique 1 : Évolution des adhérents et bénéficiaires de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger.

Enfin, **le déclin des contrats collectifs** (tous risques confondus[10]) **s'explique par la diminution du nombre moyen de contrats souscrits par client, cette diminution étant en particulier tirée par un repli marqué sur le risque maladie** : sur un échantillon des 40 premiers clients (relevant des secteurs public et privé, dont des établissements publics et des associations), le nombre moyen de contrats par client est ainsi passé de 1 259 contrats en 2020 à 957 contrats en 2025. Cette évolution est en particulier tirée par la baisse du nombre de contrats pour le risque maladie, dont le nombre moyen par client diminue de - 28 % contre - 24 % pour l'ensemble des contrats, tous risques confondus.

[8] Les Français inscrits au registre ne représentent qu'une partie des Français résidant à l'étranger, l'inscription au registre étant facultative.

[9] La répartition géographique des bénéficiaires de la CFE est détaillée dans l'annexe II, section 1.3.2.

[10] Un adhérent de la CFE peut avoir souscrit plusieurs contrats, correspondant à différents risques.

1.4. Le développement de systèmes locaux de sécurité sociale pourrait rendre l'offre de la CFE moins utile à l'avenir, tandis que le cadre européen de coordination constitue un risque stratégique pour celle-ci

En dehors de l'espace économique européen, l'offre de la CFE, reproduisant le modèle de sécurité sociale française à l'étranger, trouve sa pertinence en particulier dans des pays dépourvus de système de sécurité sociale, ou disposant de systèmes moins performants que le système français.

Or, les systèmes de sécurité sociale se développent progressivement dans le monde. En effet, l'indice de couverture universelle des systèmes de santé suivi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), indicateur synthétique rendant compte de la couverture de la population par des services de santé de base, a enregistré une progression constante depuis les années 2000, l'indice passant de 45 en 2000 à 68 en 2021. Cette tendance constitue un enjeu stratégique de long terme pour la CFE, avec un marché potentiel orienté à la baisse.

La poursuite vraisemblable du développement des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France et d'autres pays étrangers[11] (*cf*. annexe I) pourrait également amoindrir le marché potentiel de la CFE dans le sens de :

- davantage de possibilités de détachement (*cf*. encadré 1 *supra*) ;
- ou d'une meilleure couverture et de meilleures conditions de continuité d'assurance avec le système français de sécurité sociale lors des départs de France pour l'étranger et des retours d'expatriation en France.

D'après les entretiens conduits par la mission, plusieurs entreprises rencontrées cumulent les cotisations obligatoires aux systèmes de sécurité sociale locaux ainsi que les cotisations volontaires à la CFE, pour des raisons pratiques (un seul interlocuteur pour l'ensemble des risques) ou du fait de la structuration de l'offre de la CFE[12]. **Cette double cotisation pourrait à l'avenir être perçue comme un gisement potentiel d'économies et conduire les entreprises à davantage optimiser leurs contrats d'assurance santé, avec un effet d'éviction pour la CFE**.

Quant à l'activité de la CFE au sein de l'espace économique européen (EEE) et en Suisse, elle est sujette à un risque juridique, qui pèse sur le portefeuille d'assurés dans cette région. En effet, le règlement européen n° 883/2004, en son article 14, proscrit le cumul entre une assurance obligatoire et une assurance volontaire[13]. Ainsi, un ressortissant français résidant dans un État de l'EEE ou en Suisse et soumis à l'assurance obligatoire dans cet État, ne peut être soumis à un autre régime de sécurité sociale facultatif proposant les mêmes prestations que celles proposées dans l'État membre d'accueil, ce dernier cas correspondant à l'offre de la CFE. Une exception est toutefois prévue par le règlement pour les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivant. **Le risque juridique pour la CFE est ainsi circonscrit à son offre de prestations de maladie et d'AT/MP, mais demeure significatif.**

Le risque contentieux apparaît faible dans la mesure où ni les assurés de la CFE, ni les régimes de sécurité sociale de base des pays de l'UE-EEE ne sont lésés par cet état de fait, ce qui limite leur intérêt objectif, sinon juridique, à agir.

---

[11] À la date d'examen par la mission, 42 conventions bilatérales de sécurité sociale ont été signées. Toutefois, le risque maladie est très peu couvert par les conventions actuelles.

[12] En plus de l'assurance vieillesse, les entreprises valorisent particulièrement l'offre invalidité de la CFE, qui est couplée à l'assurance santé (*cf*. section 2.3.1) : certaines d'entre elles sont alors prêtes à cotiser deux fois en santé, de manière à bénéficier de l'offre de la CFE en invalidité.

[13] Article 14 du règlement, alinéa 2 : *« Quand, en vertu de la législation d'un État membre, l'intéressé est soumis à l'assurance obligatoire dans cet État membre, il ne peut pas être soumis dans un autre État membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée ».*

Néanmoins, si ce risque se concrétisait, l'impact serait très fort pour la CFE avec la perte d'une partie significative de son portefeuille (qui représente 18 % du portefeuille total d'assurés), et qui est relativement plus rentable que l'activité dans les autres régions du monde[14]. **Il s'agit donc d'un risque stratégique pour la CFE, sur lequel la mission réattire l'attention de la gouvernance et des tutelles de la CFE** (*cf.* section 2.4 pour l'analyse de l'exercice de la tutelle).

2. Le modèle économique de la CFE est aujourd'hui fragilisé, sous l'effet d'une sous-tarification structurelle des contrats individuels et de certaines composantes de sa mission de service public sous-financées

2.1. Le modèle économique de la CFE repose sur des avantages et des handicaps qui lui sont spécifiques

Le modèle économique de la CFE repose sur la couverture par les cotisations perçues des assurés, au titre d'une adhésion qui demeure facultative, des prestations règlementées qui sont versées (cf. chiffres clés du tableau 1). Ce modèle est caractérisé par :

- un difficile pilotage de la dépense, du fait de la non-sélection du risque (ni par l'âge, ni par l'état de santé) et dans la mesure où les prestations sont encadrées par la loi et en référence au barème de la sécurité sociale ;
- le levier des cotisations, qui doit couvrir les prestations et les frais de gestion de l'organisme, et qui, bien qu'encadré par la réglementation, est davantage à la main de la CFE ;
- le caractère volontaire de l'adhésion à l'assurance qui implique la conquête de clients et leur fidélisation. Dès lors, le *marketing* et la qualité de service font pleinement partie du modèle économique de la CFE.

Tableau 1 : Chiffres clés du modèle économique de la CFE (M€)

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Mission. Note : Les frais de gestion incluent la gestion administrative, l'action sanitaire et sociale et le tiers-payant hospitalier.

2.1.1. L'absence de sélection médicale constitue le principal handicap de la CFE dans un marché international très concurrentiel, tandis que l'exclusivité de la collecte des cotisations vieillesse est un réel avantage dans ce même marché

Le cadre législatif et réglementaire de la CFE lui a conféré plusieurs avantages dans l'exercice de son activité :

- la collecte des cotisations vieillesse pour le compte de la CNAV, dont elle a l'exclusivité, et qui garantissent la continuité de la validation de trimestres cotisés : les cotisations sont reversées à la CNAV, qui met à jour le compte individuel retraite du salarié expatrié ;

[14] Le ratio prestations / cotisations, présenté dans la section 2.2.1, est de [-] en Europe occidentale en 2023 contre [-] pour l'ensemble des pays du monde (hors France).

- la possibilité d'octroyer une carte Vitale à ses adhérents éligibles pour leurs soins en France : outre l'avantage pratique accordé aux assurés (notamment en matière de télétransmission des soins et dans certains cas de tiers-payant), le recours à la carte Vitale permet d'appliquer les tarifs conventionnés (et non les tarifs pour assurés internationaux qui peuvent être pratiqués par certains hôpitaux) et donc de contenir le coût des soins ;
- l'absence de délai de carence au retour pour la réaffiliation à l'assurance maladie, la CFE prenant en charge une période de trois mois après le retour en France. Depuis la mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMa), cette disposition bénéficie en réalité uniquement aux personnes qui ne reprennent pas une activité professionnelle à leur retour de France, ce qui peut avoir un intérêt en particulier pour les conjoints d'un salarié en retour d'expatriation.

Parmi ces avantages, **la collecte des cotisations vieillesse pour le compte de la CNAV et le maintien des droits à acquérir des trimestres cotisés apparaît comme le plus décisif**. Le fait que l'adhésion à la CFE permette une continuité de l'assurance vieillesse de base constitue un **produit d'appel pour les entreprises** : dans l'hypothèse où cet avantage serait retiré à la CFE, d'après les entretiens conduits par la mission, on peut estimer raisonnablement que les entreprises seraient plus enclines à réexaminer leur adhésion à la CFE, et pourraient la quitter, avec un effet significatif sur le portefeuille d'assurés santé et AT/MP.

De plus, en contrepartie de cette collecte, la CFE est rémunérée par la CNAV à hauteur d'1 % des cotisations perçues, soit 2,6 M€ en 2023. La CFE ne dispose pas de comptabilité analytique permettant d'isoler les coûts de gestion de cette activité : néanmoins, sous l'angle qualitatif, la direction de la CFE estime que la rémunération serait plutôt supérieure aux frais de gestion réellement engagés. En outre, les cotisations collectées apportent de la trésorerie du fait d'un décalage des rythmes de perception et de reversement. Cette trésorerie est placée et rapporte environ 2 M€ par an (*cf*. annexe III). En 2023, la trésorerie de la CFE (72 M€) est ainsi constituée à 93 % des flux CNAV : outre l'avantage concurrentiel procuré à la CFE, ce dispositif contribue également à son fonds de roulement.

A contrario, la CFE doit assumer des charges qui peuvent être considérées comme des handicaps dans le secteur concurrentiel au sein duquel elle évolue :

- absence de sélection médicale et de barrière d'âge sur les contrats individuels : en assurance santé internationale, les concurrents de la CFE mettent en place des barrières d'âge pour des primo-adhésions (par exemple autour de 70 ans) ainsi qu'un questionnaire médical préalable. Certaines pathologies peuvent être exclues ou faire l'objet de surprimes ;
- dispositif de la catégorie aidée, consistant en des cotisations minorées sous condition de ressources : ce dispositif est considéré par la mission comme un handicap dans la mesure où le manque à gagner pour la CFE (du fait des cotisations minorées) n'est que partiellement compensé par l'État (*cf*. section 2.1.3) ;
- présence dans son portefeuille d'adhérents de contrats dit « ex », héritiers de la réforme législative de la CFE intervenue en 2018 (*cf*. section 2.2.2) et dont l'évolution tarifaire a été plafonnée par le législateur.

Dans l'ensemble, la mission de la CFE peut être qualifiée en droit de mission de service public, au sens où elle respecte les critères de reconnaissance pour identifier une activité de service public mise en œuvre par une personne morale de droit privé : c'est-à-dire une dimension d'intérêt général, en l'occurrence dans le domaine de la protection sociale et sanitaire**,** un contrôle de l'administration et l'existence d'un faisceau d'indices témoignant d'une volonté manifeste du législateur[15].

Si la mission de service public de la CFE, et en particulier ses composantes de non-sélection médicale ou de catégorie aidée, n'est pas compensée financièrement par l'État ou l'assurance maladie aujourd'hui (ou faiblement pour le cas de la catégorie aidée, *cf*. section 2.1.3), il n'est pas évident *a priori* de déterminer si une compensation est nécessaire et si oui à quel niveau. En effet, il faudrait pour cela dresser un bilan global des avantages octroyés à la CFE et de ses handicaps (du fait notamment de l'exercice de sa mission de service public), avec les recettes tirées d'une part et les charges induites d'autre part. Or, un tel bilan n'est pas réalisable en l'état :

- certains postes peuvent être chiffrés à l'appui d'hypothèses, comme l'avantage conféré de collecte des cotisations vieillesse et des droits qu'elle ouvre, ou encore le coût de la catégorie aidée et des contrats ex issus de la réforme de 2018 (*cf*. section 2.2.2) ;
- le chiffrage d'autres postes nécessite des analyses de données poussées : le coût induit par la non-sélection médicale avec la présence dans le portefeuille d'assurés présentant des pathologies lourdes (par exemple des affections de longue durée (ALD)), ou par la non-sélection par l'âge ;
- certains avantages de la CFE sont impossibles à chiffrer, comme la possibilité d'utiliser une carte Vitale pour des soins en France, dont la plus-value est essentiellement non-monétaire (en contribuant à une meilleure fluidité du parcours client).

Compte tenu des analyses qui précèdent et des simulations réalisées dans la partie 4.1**, la mission considère qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place un financement public supplémentaire pour compenser la mission de service public dans son ensemble** (hormis pour le dispositif de catégorie aidée, *cf*. section 2.1.3).

2.1.2. La non-sélection du risque et un possible phénomène de report vers la CFE de personnes malades (antisélection) contribuent à la présence d'une proportion importante d'assurés âgés et atteints d'affections de longue durée dans le portefeuille de la CFE

L'absence de sélection médicale ou liée à l'âge à l'adhésion se traduit par une représentation importante dans le portefeuille de la CFE d'assurés dont le niveau attendu de dépenses à prendre en charge est élevé, voire très élevé.

En premier lieu, la pyramides des âges des bénéficiaires d'une couverture maladie de la CFE est déformée vers les tranches d'âge les plus élevées, et présentant donc les dépenses de soins les plus importantes. Ainsi, 19 % des bénéficiaires de la CFE ont plus de 60 ans contre 15 % des inscrits au registre des Français établis hors de France. Inversement, les moins de 25 ans représentent 35 % des Français inscrits au registre contre 26 % des bénéficiaires de la CFE. En outre, la proportion d'assurés âgés s'est accrue dans le temps, les plus de 70 ans passant de 5 % du total des bénéficiaires en 2010 à 10 % en 2024.

[15] *Cf*. annexe I et jurisprudence sur le sujet : décision du Conseil d'État (CE) n° n° 57302, 13 mai 1938, Caisse primaire « Aide et protection », décision « Narcy » en section du CE le 28 juin 1963, décision du CE « Ville de Melun » du 20 juillet 1990 et décision du CE « APREI » du 22 février 2007.

En second lieu, la CFE assure la couverture santé de bénéficiaires présentant des pathologies lourdes relevant de la catégorie des affections de longue durée (ALD). Les personnes atteintes d'ALD peuvent adhérer librement à la CFE et bénéficient de majorations de prise en charge à l'étranger et du régime applicable aux ALD pour leurs soins en France, lequel prévoit une prise en charge intégrale dans la majorité des situations. En 2023, les assurés atteints d'ALD représentaient environ 10 000 personnes, soit 9 % des bénéficiaires de la CFE ayant reçu des soins cette année-là (en France, les ALD représentent 20 % des assurés relevant de l'assurance maladie[16]).

Or, le vieillissement du portefeuille d'assurés, et la prise en charge d'assurés atteints d'affections de longue durée (la première tendance contribuant à la seconde, l'occurrence d'ALD croissant avec l'âge), pèse fortement sur les dépenses de santé de la CFE.

La dépense de soins est en effet très dynamique pour les tranches d'âge les plus élevées. Celle des plus de 70 ans a cru de + 52 % entre 2019 et 2023 pour atteindre 39 M€. Elle représente en 2023 26 % du total de la dépense pour environ 10 % des assurés. La dépense moyenne pour cette même tranche d'âge a progressé de + 29 % sur la même période, pour atteindre 2 200 €, soit plus du triple de la dépense moyenne des 18-55 ans. À titre de comparaison, sur la même période, la dépense moyenne des 40-55 ans progressait de + 12 % quand celle des 18-25 ans diminuait de – 8 %.

La dépense de santé est en outre très concentrée sur les assurés atteints d'affection de longue durée. La dépense de santé des 10 000 bénéficiaires en situation d'ALD en 2023 représente 68 M€, soit 46 % de la dépense totale de soins cette année-là. Cette concentration de la dépense sur les ALD apparaît supérieure à celle constatée dans le régime général (60 % de la dépense pour 20 % des assurés en situation d'ALD[17]), même si la dépense moyenne de santé par bénéficiaire en ALD est légèrement inférieure à celle constatée en France (7 258 € pour les assurés de la CFE contre 9 300 € pour les ALD en France).

La CFE pourrait être confrontée à un phénomène de report des personnes atteintes de pathologies lourdes des autres assurances vers la CFE (« antisélection » en économie de l'assurance[18]) **en raison de l'absence de sélection médicale.** Si les assurances privées et les mutuelles n'excluent pas leurs assurés qui dépasseraient un certain âge ou seraient atteints d'ALD au cours de leur contrat, la pratique de barrière d'âge et d'une sélection médicale à l'adhésion leur permet de piloter le risque de leur portefeuille d'assurés.

Des populations âgées ou atteintes d'ALD « exclues » de l'assurance privée pourraient ainsi se retourner vers la CFE pour leur couverture santé, contribuant à déformer encore davantage le profil d'âge des bénéficiaires de la CFE et à accroître la charge financière résultant des assurés âgés et des patients atteints d'ALD.

---

[16] Source : Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales relatif aux affections de longue durée, juin 2024.

[17] Source : *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005*, assurance maladie, 22 juillet 2024.

[18] L'antisélection, ou sélection adverse, désigne les *« dysfonctionnements des marchés d'assurance qui résultent de l'information cachée dont les assurés peuvent disposer sur leurs propres risques et qui n'est pas accessible aux assureurs »* (source : https://www.universalis-edu.com/index/selection-adverse-economie/).

À cet égard, l'absence de barrière d'âge a une incidence notable sur le profil de risque du portefeuille. La mission a ainsi pu constater que 38 % des bénéficiaires de plus de 65 ans et 24 % des bénéficiaires de plus de 70 ans, parmi ceux ayant reçu des soins en 2023, avaient déjà passé cet âge lors de leur adhésion. Or, la dépense moyenne des bénéficiaires âgés étant élevée, les adhésions tardives ont une incidence importante sur la dépense de santé. Pour 2023, la mission estime ainsi le surcroît de dépenses lié aux adhésions tardives après 65 ans à près de 12 M€, en comparaison d'un contrefactuel dans lequel des « adhérents moyens » leur seraient substitués[19].

Enfin, **l'analyse des dépenses de santé des assurés à la CFE montre que près de la moitié d'entre elles (48 %) correspondent à des soins en France, à l'occasion de séjours temporaires.**

2.1.3. Le dispositif de catégorie aidée, illustrant les objectifs sociaux conférés à la CFE, et son financement doivent être réformés

Le dispositif de catégorie aidée illustre la vocation sociale de la CFE. Encadré par des dispositions législatives et réglementaires, il vise à minorer les cotisations pour l'offre d'assurance santé, pour des personnes ou des foyers dont les ressources ne dépassent pas un seuil égal au demi-plafond de la sécurité sociale[20].

La catégorie aidée bénéficie d'une subvention annuelle du budget de l'État : fixée depuis 2016 à 380 000 € en loi de finances initiale, elle est complétée par redéploiement en cours d'année pour atteindre environ 700 000 € pour les années 2022 à 2024. **En 2024, ce financement de l'État représente 14 % seulement du coût total du dispositif, lequel s'élève à 4,9 M€**[21] : ce dispositif est principalement financé par solidarité interne au sein des assurés de la CFE. Toutefois, les cotisations des autres assurés n'étant pas suffisantes pour assurer l'équilibre financier de la CFE depuis 2018 (début de l'insuffisance d'exploitation, *cf*. section 3), le financement de ce dispositif est aujourd'hui *de facto* assuré par un prélèvement sur les fonds propres de la caisse.

Le coût de ce dispositif pour la CFE est croissant – il a ainsi été multiplié par trois entre 2016 et 2024 – du fait de la stagnation du tarif de la catégorie aidée, alors que les cotisations pour les produits de la CFE augmentent régulièrement, creusant ainsi le « manque à gagner » pour le dispositif de catégorie aidée[22].

Pour autant, les effets de ce dispositif sont d'une ampleur modeste : les effectifs s'élèvent à 2 173 contrats pour 3 617 bénéficiaires, soit 3 % des contrats individuels et des bénéficiaires individuels.

[19] Un chiffrage selon la même méthodologie n'a pas pu être établi pour la non-sélection médicale et la présence dans le portefeuille de la CFE d'assurés présentant des pathologies lourdes : en effet, il faudrait pour cela connaître la date de diagnostic de la pathologie, afin de distinguer les personnes qui adhèrent en ayant déjà la pathologie de celles qui la développent après avoir adhéré. Des données aussi précises n'étant pas disponibles, il n'a pas été possible d'isoler les dépenses de santé induites par des pathologies lourdes déjà présentes à l'adhésion à la CFE, ce qui aurait permis d'établir un chiffrage des coûts induits par la non-sélection médicale.

[20] En 2025, le plafond de la sécurité sociale s'élève à 47 100 €.

[21] Ce coût est calculé comme la différence entre les cotisations acquittées par les bénéficiaires de la catégorie aidée et les tarifs des offres non préférentielles de la CFE.

[22] En effet, le tarif de la catégorie aidée, s'élevant à 228 € par trimestre et par contrat, n'a été revalorisé qu'à deux reprises entre 2019 et 2025, là où les cotisations des offres non-préférentielles ont été revalorisées tous les ans.

De plus, **la catégorie aidée fait l'objet d'une concentration géographique élevée**. Les dix premiers pays par le nombre de contrats de la catégorie aidée concentrent 83 % des contrats et des bénéficiaires du dispositif[23]. Cette concentration dans un nombre limité de pays peut avoir deux déterminants, non exclusifs d'autres causes possibles :

- la présence, dans ces pays, d'un nombre important de Français expatriés aux revenus modestes, qui les rendent éligibles à la catégorie aidée ;
- des coûts des soins modérés dans ces pays, ou proches des prix pratiqués en France, qui rendent le dispositif attractif par le degré de prise en charge qu'il apporte (inversement, dans les pays où les soins sont onéreux, le reste à charge élevé peut diminuer l'intérêt du dispositif de la catégorie aidée).

Pour la mission, **ce dispositif est mal calibré** :

- le seuil de ressources tel que mis en œuvre effectivement dans le dispositif ne dépend pas du coût de la vie dans chaque pays : il est aligné sur une référence française, le demi-plafond de la sécurité sociale[24] : suivant les pays, peuvent être éligibles à ce dispositif des personnes relevant de classes moyennes ou aisées. Le dispositif pourrait être mieux ciblé, d'autant plus que le cadre réglementaire autorise déjà une modulation en fonction de la parité de pouvoir d'achat[25] ;
- les cotisations sont identiques suivant que le contrat concerne une personne seule ou une famille, en opposition à la logique qui prévaut pour les autres offres de la CFE ;
- il comporte des effets d'aubaine, voire d'iniquité : par exemple, en comparant la situation d'un salarié éligible à la catégorie aidée avec celle d'un salarié dépendant du régime général en France pour un même niveau de salaire, le montant acquitté *via* la catégorie aidée est très inférieur aux cotisations obligatoires dont s'acquitte le salarié en France, alors que le niveau de soins est équivalent du fait de l'alignement du barème de la CFE sur la sécurité sociale et de la possibilité de se faire soigner en France en sus, lors de courts séjours.

En outre, ce dispositif, à vocation sociale, ne permet pourtant pas de couvrir les personnes aux plus faibles revenus : en effet, pour celles-ci, le coût de la cotisation à la catégorie aidée peut rester trop onéreux (228 € par trimestre à compter d'avril 2025).

Dès lors, pour la mission, **une réforme de ce dispositif est nécessaire, à des fins d'équité et de meilleur ciblage du dispositif, mais aussi afin d'en réduire le coût**. La mission propose une réforme consistant à tenir compte de la parité de pouvoir d'achat dans le seuil d'éligibilité des ressources et de la composition du foyer dans la détermination du niveau de cotisation : cette réforme est à droit constant, une décision du conseil d'administration étant suffisante pour la mettre en œuvre.

[23] Le Liban représente ainsi 23 % de l'ensemble des contrats et 24 % de l'ensemble des bénéficiaires de la catégorie aidée, tous pays confondus. Les neuf autres pays sont, dans un ordre décroissant, le Sénégal, le Maroc, la Tunisie, la Thaïlande, la Côte d'Ivoire, l'Île Maurice, Madagascar, le Cambodge, le Vietnam.

[24] En 2023, le salaire médian en France dans le secteur privé (salaire net en équivalent temps plein) s'élève à 2 183 € (source : Insee), soit un niveau quasi-équivalent à un demi-plafond de la sécurité sociale.

[25] En effet, la réglementation prévoit que le plafond de ressources pour accéder au dispositif puisse être modulé selon un indice de parité de pouvoir d'achat, sans dépasser le demi-plafond de la sécurité sociale (article D. 762-3 du code de la sécurité sociale).

Une évolution plus radicale pourrait être envisagée dans le cadre d'une réforme de la catégorie aidée, consistant à réexaminer le panier de soins associé à ce dispositif, dans une logique d'aide à la prise en charge de soins de santé dans le pays de résidence. En conséquence, les soins en France pourraient être exclus[26]. Une étude serait toutefois nécessaire (par exemple : typologie des assurés, dépenses de santé dans le pays de résidence et en France) afin de calibrer une telle évolution et déterminer son opportunité.

Par ailleurs, concernant le financement ce dispositif, la mission identifie trois options :

- *statu quo* : maintien du niveau de financement actuel. Toutefois, dans la mesure où c'est l'État qui est responsable de la catégorie aidée *via* la législation, le maintien d'un financement majoritaire par la CFE n'est pas équitable vis-à-vis de cette dernière, ni souhaitable selon la mission ;
- mettre en place un partage du coût à parts égales entre le contribuable national et les adhérents de la CFE, par un mécanisme de solidarité ;
- revenir à la volonté initiale du législateur en transférant le financement de ce dispositif à l'État seul, selon la logique « qui décide paye » : **il est indiscutable en effet que la catégorie aidée constitue une composante de la mission de service public de la CFE,** mise à la charge de la celle-ci par la loi. Il serait logique que l'État s'acquitte de son coût, quitte à réformer le dispositif pour en améliorer le ciblage et en réduire le coût.

La mission considère qu'il conviendrait de transférer le financement à l'État selon la logique « qui décide paye », ou à défaut de mettre en place un partage du coût à parts égales entre l'État et la CFE. Avec la réforme de la catégorie aidée proposée par la mission, le coût annuel induit pour l'État dans l'hypothèse d'une prise en charge intégrale s'élèverait à environ 2,4 M€ (soit 1,7 M€ d'effort en complément de la subvention déjà versée annuellement par l'État à hauteur de 0,7 M€)[27].

En poursuivant la logique plus loin, le dispositif de la catégorie aidée pourrait être transféré au MEAE et transformé en aide, par exemple sous la forme d'un chèque distribué par les consulats[28], à partir d'une enveloppe budgétaire fermée, pour aider à la couverture de l'assurance santé des Français de l'étranger disposant de ressources insuffisantes. Cette aide serait octroyée sous la condition de contracter une assurance santé, à la CFE ou auprès de tout autre assureur. Les adhérents CFE éligibles à cette aide se verraient alors appliquer les tarifs normaux du produit choisi à la CFE. La mission n'a pas davantage expertisé cette piste, qui nécessiterait une instruction par le MEAE.

<u>Proposition n° 1</u> : Réformer la catégorie aidée, à des fins d'équité, de meilleur ciblage du dispositif et de réduction de son coût (conseil d'administration, tutelles et ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE)) :

- tenir compte du coût de la vie dans chaque pays pour l'éligibilité au dispositif, par l'introduction d'un indicateur de parité de pouvoir d'achat dans le seuil de ressources, comme le permet déjà la réglementation ;

- distinguer la cotisation à la catégorie aidée, selon la composition du contrat (« solo » ou « famille »), à l'image des autres produits de la CFE ;

- réexaminer le financement du dispositif.

---

[26] Dans cette hypothèse, un produit de la CFE pourrait être créé spécifiquement pour la catégorie aidée, en complément du dispositif social et avec des conditions d'éligibilité (comme il en existe pour les produits RetraitExpatSanté et FranceExpatSanté).

[27] Ce coût est calculé sur la base du tarif de cotisation trimestriel applicable en 2024, soit 210 €. Il évoluerait en fonction de l'effectif et de l'écart entre les tarifs classiques de cotisation et de celui de la catégorie aidée (une divergence entre les deux se traduisant par une hausse du coût de la catégorie aidée).

[28] À l'instar des autres aidées distribuées par les consulats pour des effectifs et des montant globaux très supérieurs : par exemple les bourses scolaires ou les aides sociales, sous conditions de ressources.

2.2. Du fait de la structure de tarification, le modèle économique de la CFE est dégradé, même si un mouvement de rattrapage tarifaire a été enclenché ces deux dernières années

2.2.1. Seuls les contrats collectifs et AT/MP sont excédentaires, en dégageant une marge qui couvre leur part des frais de gestion, tous les produits individuels en assurance-santé sont quant à eux déficitaires

Les contrats individuels en assurance santé présentent un déséquilibre financier structurel, du fait d'une sous-tarification historique. En effet, les cotisations perçues sont insuffisantes pour compenser le niveau des prestations, *a fortiori* dans un contexte de forte inflation médicale mondiale : par exemple, en 2023, les contrats individuels ont présenté un solde déficitaire cumulé de [-].

Or, il ne suffit pas que les cotisations couvrent les prestations : elles doivent également financer les coûts de gestion de la caisse (masse salariale, charges informatiques, *etc.*). La rentabilité de l'activité assurantielle est appréciée *via* le ratio prestations/cotisations, dit P/C (*cf.* encadré 2) :

- les frais de gestion de la CFE s'élèvent à environ 20 % (par rapport aux cotisations) en 2023 ;
- le ratio P/C doit donc tendre vers 0,80 de manière à ce que les cotisations couvrent les prestations et les frais de gestion ;
- un ratio de 1 indique un modèle économique déséquilibré, c'est-à-dire ne dégageant pas une marge suffisante pour couvrir les frais de gestion.

[Confidentiel – Secret des affaires]

Face à ce constat, la CFE s'est engagée dans une démarche de rattrapage tarifaire qui est encore en cours : cela s'ajoute aux revalorisations qui sont nécessaires face à la hausse des coûts de santé (*cf.* section 1.2.2). Ainsi, les cotisations en assurance santé pour les contrats individuels ont augmenté de 28 % sur les deux exercices 2024 et 2025, marquant une nette accélération par rapport à la période précédente.

À l'inverse, les contrats collectifs sont historiquement excédentaires et permettent de dégager des marges suffisantes pour financer les coûts de gestion : ainsi en 2023, le ratio P/C de ces contrats atteint-il [-] (*cf.* graphique 2).

Graphique 2 : Équilibre financier des contrats collectifs

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger. Légende : P/C=ratio des prestations sur les cotisations, brut.

Enfin, les excédents des assurances accidents du travail et maladies professionnelles de la CFE permettent de compenser la position déficitaire sur le risque maladie : ainsi, entre 2018 et 2023, le risque AT/MP a engendré en moyenne [-] d'excédents annuels. Toutefois, **la rentabilité du produit d'assurance AT/MP connaît une dynamique baissière**, dans un contexte de stabilité des prestations servies, dégradant le ratio P/C[29] de [-] entre 2018 et 2023 (*cf.* annexe III) :

- les cotisations AT/MP passent de [-] des cotisations techniques en 2018 à [-] en 2023 (*cf.* graphique 3) ;

[29] La mission a repris la définition systématique du P/C utilisée par la CFE. Toutefois, pour le risque AT/MP, il serait plus pertinent d'utiliser un ratio tenant compte des provisions pour les engagements de long terme, selon la formule : prestations + provisions techniques (dotations – reprises) /cotisations.

- le produit des cotisations baisse de [-] entre 2018 et 2023, sous le double effet de la baisse des contrats collectifs et de la non-revalorisation du taux de cotisation AT/MP (1,15 %), malgré une revalorisation annuelle de l'assiette des cotisations[30] ;
- les excédents dégagés par le produit diminuent de [-] sur la période (la contribution des contrats AT/MP à la rentabilité globale[31] de la CFE reste déterminante passant de [-] en 2018 à [-] en 2023).

Ce constat doit conduire la CFE à une vigilance accrue sur l'évolution de ce risque, dont le poids diminue régulièrement dans l'activité santé de la CFE mais qui demeure un contributeur incontournable dans ses résultats globaux.

En synthèse, le graphique 3 illustre la rentabilité des différents portefeuilles en assurance santé et AT/MP de la CFE.

Graphique 3 : Rentabilité des assurances santé et AT/MP de la CFE en 2023 (P/C brut)

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger.

[30] Le tarif de cotisation à l'assurance AT/MP est fixé selon un taux (1,15 %) appliqué à un salaire annuel déclaré par l'assuré, qui en constitue l'assiette. Cette dernière est comprise entre un minimum et un maximum qui font l'objet d'une indexation annuelle sur l'inflation. Le taux de 1,15 % n'a pas évolué depuis 2013.

[31] Il s'agit ici du rapport entre d'une part le solde (cotisations - prestations) du risque AT/MP et le solde pour l'ensemble de l'activité assurantielle entre les cotisations et les prestations.

Encadré 2 : Le ratio prestations / cotisations ou « P/C »

Le ratio P/C, ou ratio prestations sur cotisations, est un indicateur utilisé dans le domaine de l'assurance pour évaluer la rentabilité des contrats. Il mesure le rapport entre les prestations versées par l'organisme assureur pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par les risques couverts et les cotisations perçues sur une période donnée. On distingue deux ratios P/C :

- **le ratio P/C brut dit sans taux de chargement** : il ne prend pas en compte les frais de gestion (P/C brut = P/C). Ce ratio brut se concentre uniquement sur les prestations versées et les cotisations perçues. Le taux de chargement représente la part des cotisations consacrées au financement des frais de gestion de l'assurance plutôt qu'au paiement des prestations ;
- **le ratio P/C net (ou ratio combiné)** : les frais de gestion sont pris en compte et s'ajoutent aux prestations versées (P/C net = (P + frais de gestion) / C). Ce ratio présente une vision plus complète en intégrant les coûts de gestion. Il reflète la rentabilité nette de l'opération d'assurance en rendant compte à la fois de la rentabilité liée à l'activité d'assurance et au fonctionnement courant de l'assurance.

L'interprétation du ratio P/C diffère si ce ratio est brut ou net :

- avec le ratio P/C brut, le contrat ne peut être considéré comme équilibré que s'il est inférieur à 100 % moins les frais de gestion. Si la part des frais de gestion dans les cotisations d'un contrat santé s'élève par exemple à 20 %, ce contrat n'est à l'équilibre que si son ratio P/C brut est égal à 80 %. À 100 %, il serait fortement déficitaire ;
- avec le ratio P/C net, le résultat est équilibré s'il est proche mais toujours inférieur à 100 % ;
- dans tous les cas, un ratio P/C supérieur à 100 % indique un manque de rentabilité du contrat.

Le ratio P/C peut également être analysé à différentes échelles : sur l'ensemble de l'activité assurantielle de l'organisme, par risque ou par contrats. Un assureur peut dès lors chercher à équilibrer chaque produit ou un ensemble de produits en fixant pour objectif différents niveaux de P/C.

Les assurances et les mutuelles sont soumises à une obligation légale de communiquer leurs ratios P/C. Organisme de sécurité sociale autonome de droit privé régie par le code de la sécurité sociale, **la Caisse des Français de l'étranger n'est pas soumise à ces obligations législatives de publication des ratios P/C.**

Source : Mission.

2.2.2. Si la réforme de 2018 de la CFE a bien permis d'améliorer la lisibilité de l'offre, le mauvais calibrage des contrats « ex » et la recherche d'objectifs inatteignables ont produit des effets très négatifs

L'offre commerciale actuelle de la CFE à l'attention des adhérents individuels pour le risque maladie/maternité est issue d'une réforme majeure de la CFE, intervenue en 2018, par le biais de la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger. Cette réforme avait deux volets principaux : la modernisation de l'offre de la CFE (contrats individuels seulement) et l'évolution de sa gouvernance (*cf.* encadré 3 pour une présentation des principales mesures de la réforme et annexe I). L'objectif attaché à cette réforme par la CFE était très ambitieux : doubler le portefeuille d'assurés de la CFE, à horizon 2020 ou 2021, soit l'atteinte de 500 000 bénéficiaires.

Tout d'abord, la réforme de 2018 a produit des effets positifs de simplification de l'offre et de lisibilité.

Encadré 3 : Les principales mesures de la réforme de la CFE de 2018

La loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger (CFE) intégrait cinq grandes catégories de mesures :

- la mise en conformité des assurances volontaires de la CFE avec le droit européen en ouvrant leur accès à l'ensemble des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne (UE), de l'espace économique européen (EEE) ou de Suisse ;

- la modernisation de l'offre de la CFE : en simplifiant les règles applicables au calcul des cotisations (suppression du critère de revenus), en introduisant le principe d'une prise en charge différenciée, et plus lisible, par pays et type de soins (logique de zonage géographique des prestations) et en autorisant la CFE à conclure des partenariats en vue de fournir des offres au premier euro ;
- des dispositions visant à lever les freins perçus au développement du portefeuille : suppression de la cotisation forfaitaire pour les soins à réaliser en France, suppression du délai limite pour l'adhésion à la CFE et du mécanisme associé de cotisations rétroactives ;
- l'attribution à la CFE de prérogatives renforcées en matière de contrôles et de sanctions, alignées sur celles des autres organismes de sécurité sociale ;
- la simplification des règles de composition du conseil d'administration s'agissant des administrateurs élus (suppression des catégories d'assuré) et l'introduction du principe de listes paritaires pour leur élection.

Une disposition importante de la loi concernait en outre l'atténuation des effets financiers de la réforme pour les adhérents dont les tarifs de cotisation auraient eu vocation à augmenter du fait de la modernisation de l'offre de la CFE (« contrats ex »). À cet effet, la loi a introduit un plafonnement de la hausse des tarifs de cotisation de ces adhérents à + 50 % du tarif acquitté avant la réforme, et la réglementation un plafonnement à 5 % des augmentations annuelles.

A contrario, les « gagnants » à la réforme ont pu bénéficier immédiatement des baisses de tarifs.

Source : Mission.

La réforme a également permis le développement de partenariats de *fronting* avec les gestionnaires en assurance santé, qui produit des avancées notables en matière d'expérience client (*cf*. encadré 4 pour un bilan de la mise en œuvre du *fronting*).

Encadré 4 : Bilan de la mise en œuvre de la stratégie de partenariats de la CFE

La loi du 24 décembre 2018 a autorisé la CFE à conclure des partenariats afin de fournir des garanties couvrant la totalité des dépenses de santé à la charge de l'assuré (offres au premier euro). Ces partenariats dits de « *fronting* », qui se sont développés, poursuivent un objectif d'amélioration de la qualité de service et d'adaptation aux évolutions de la demande des clients**.**

Le *fronting* n'est toutefois pas le seul partenariat mis en œuvre par la CFE. Des partenariats ont été mis en place pour la gestion de la plateforme téléphonique, la liquidation des soins de ville reçus en France, *via* la Mutualité sociale agricole (MSA) et la mise en place dans certains pays d'une offre de tiers payant hospitalier.

Les partenaires occupent désormais une place importante dans la gestion et prennent en charge 69 % de l'ensemble des dépenses de soins ayant fait l'objet d'un remboursement en 2024. La MSA en représente à elle-seule 41 %, tandis que les partenaires *fronteurs* en représentent 29 %.

La politique de partenariat a contribué à l'amélioration de la qualité de service de la CFE. Les indicateurs de qualité de service négociés avec les partenaires ont ainsi permis la baisse des délais de liquidation des soins et à une amélioration du taux de décroché de la plateforme téléphonique. La liquidation en une fois du remboursement de la CFE et du partenaire *fronteur* ont également amélioré le service rendu au client.

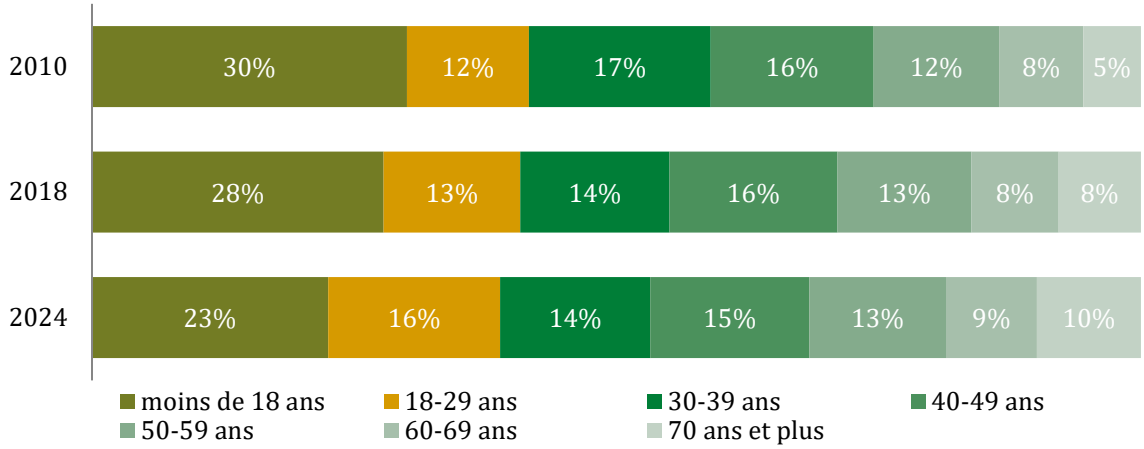
Ces partenariats ont toutefois un coût, qui n'est à ce stade pas compensé par des baisse d'effectifs internes à la CFE. En 2023, le *fronting* représentait un coût d'environ 1 M€, soit près de 3 % des charges courantes de la caisse.

Source : Mission.

Ensuite, **la réforme s'est concentrée sur les offres individuelles, sans proposer de mesures spécifiques visant à endiguer la baisse tendancielle des contrats collectifs**, qui était pourtant déjà notable dans l'évolution du portefeuille d'adhérents de la CFE.

La réforme n'a pas atteint son objectif de doublement du portefeuille d'assurés, que l'on peut qualifier *a posteriori* d'irréaliste. Le graphique 4 montre l'évolution entre 2010 et 2024 de la pyramide des âges de la CFE : on note en particulier que la part des plus de 60 ans est passée de 13 % à 19 % sur la période. En outre, il est bénéfique pour la CFE que le doublement du portefeuille n'ait pas eu lieu, du fait de la sous-tarification structurelle et donc de l'absence de rentabilité qui caractérisent les contrats individuels (*cf.* section précédente).

Graphique 4 : Évolution dans le temps de la pyramide des âges des assurés maladie-maternité de la CFE (en pourcentage des bénéficiaires)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

De plus, **une mesure particulière de la réforme a obéré de manière significative et durable la profitabilité du portefeuille d'assurance santé de la CFE : l'encadrement, au niveau législatif, des revalorisations tarifaires des contrats perdants à la réforme, dits contrats « ex »** (*cf.* encadré 3). Pour ces contrats, la loi a fixé un plafond de revalorisation tarifaire à 50 % par rapport au niveau d'avant réforme et la réglementation a ajouté une revalorisation annuelle maximale de 5 %, pour un nombre de contrats concernés de 15 603 en 2023 (par comparaison : 29 279 contrats ex en 2019).

La mise en œuvre de ces dispositions, dans un contexte où, par la suite, ont été enregistrées de fortes hausses des coûts des soins à la suite de la crise du Covid-19, conduit aujourd'hui à une situation particulièrement dégradée : **la revalorisation tarifaire de ces contrats ex ne sera plus possible à compter de 2026 lorsque le plafond de 50 % sera atteint, ce qui figera les cotisations à leur valeur de 2026, sans possibilité de les relever à l'avenir** (ne serait-ce que pour tenir compte de l'inflation). En 2023, le déficit induit par ces contrats atteint 12 M€, ce qui est insoutenable au regard de la situation financière de la CFE (*cf.* section 3).

Le dispositif a empêché toute convergence tarifaire avec les nouveaux contrats issus de la réforme, ce qui pose un problème d'équité entre les titulaires des contrats ex et les autres assurés de la CFE. **Fixer un plafond durable au niveau législatif apparaît *a posteriori* comme particulièrement inadapté**.

Pour la mission, la seule solution pour sortir de cette situation est de mettre fin à ces contrats (pour les inscrire dans le cadre des nouveaux contrats), avec une période de transition pour lisser la hausse des cotisations, afin de réduire puis de faire disparaître cette charge du modèle économique de la CFE. Il existe certes un risque d'éviction des adhérents, du fait des fortes hausses de cotisation[32] parfois nécessaires à la convergence, mais il doit être assumé au regard de l'objectif de rétablissement des comptes de la CFE et d'équité entre les assurés.

[32] Pour les cas les plus défavorables, la cotisation cible dans un nouveau contrat est quatre fois plus élevée que le montant de la cotisation du contrat ex.

Cette mesure est de niveau législatif : toutefois, le recours à la procédure de délégalisation prévue à l'article 37 de la Constitution pourrait être expertisée[33].

<u>Proposition n° 2</u> : Introduire, par voie législative, un principe d'extinction des contrats ex, avec une convergence tarifaire progressive entre 2026 et 2028 vers la cible de cotisation des nouveaux contrats (tutelles).

Enfin, d'autres mesures de la réforme, qui étaient promues à l'aune de l'objectif du doublement, s'avèrent contre-productives pour la CFE, en favorisant l'antisélection (*cf*. section 2.1.2) : c'est le cas de la suppression des cotisations rétroactives, qui étaient perçues dans le cadre de préparation de la réforme comme une barrière à l'entrée.

2.3. La CFE dispose d'un positionnement unique et pertinent au sein d'un marché concurrentiel, qu'elle doit conforter par l'amélioration de sa qualité de service

2.3.1. L'offre de la CFE en matière d'assurance santé internationale est unique

La CFE évolue dans un marché concurrentiel, pour autant elle n'est pas un concurrent comme les autres. En effet, elle agit en tant que régime de base : considérée seule, son offre ne peut pas se comparer aux offres au premier euro d'assureurs privés, qui fusionnent régimes de base et complémentaire.

Cela lui confère un positionnement unique au sein du champ concurrentiel, en tant que régime de base, avec des offres couplées CFE – complémentaire dans le cadre de partenariats avec des acteurs privés (*cf*. encadré 4 *supra*). Ces derniers y trouvent également de l'intérêt : par exemple, dans la prise en charge des affections de longue durée, la CFE applique le principe de la sécurité sociale de faible reste à charge pour l'ensemble des soins en lien avec l'affection, ce qui est très avantageux pour l'assureur prenant en charge l'offre complémentaire à la CFE. De plus, elle offre certains services dont elle a l'exclusivité (*cf*. section 2.1.1), *a contrario* elle est davantage contrainte dans son activité, du fait de l'encadrement réglementaire de celle-ci.

Les entreprises rencontrées par la mission sont attachées au modèle de la CFE, en particulier pour deux fonctions qui paraissent aujourd'hui incontournables :

- le système d'assurance vieillesse avec la collecte des cotisations par la CFE pour le compte de la CNAV : les entreprises cherchant à fluidifier le parcours de leurs salariés en mobilité internationale et à limiter le risque juridique qui pourrait naître de la perte de trimestres d'affiliation pour ceux-ci, ce dispositif qui permet de continuer à cotiser pour la retraite est fortement valorisé[34] ;
- le cadre des prestations d'invalidité. Parmi ses atouts, figurent les périodes assimilées : si un salarié qui bascule en rente d'invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie cotisait précédemment pour la vieillesse auprès de la CFE, dans certaines conditions la caisse prend le relais pour le paiement des cotisations vieillesse pendant la durée de la rente, jusqu'au départ en retraite du salarié[35].

[33] L'article 34 de la Constitution prévoit que la loi *« détermine les principes fondamentaux du droit syndical et de la sécurité sociale »* : il pourrait être considéré que la fixation de niveaux de cotisation à la CFE relève de la réglementation et motiver une demande de délégalisation auprès du Conseil constitutionnel, qui, si elle était validée, permettrait d'avoir recours à un décret plutôt qu'à une loi pour supprimer les contrats ex. La mission n'a pas conduit une expertise juridique approfondie de ce sujet.

[34] À noter, ce dispositif est aussi valorisé par les adhérents à titre individuel qui représentent 31 % du portefeuille en 2023.

[35] Ce mécanisme s'applique également aux indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, de l'accident du travail ou la maladie professionnelle et aux pensions d'invalidité.

Concernant l'invalidité, son couplage avec le risque santé permet probablement à la CFE de conserver certaines entreprises clientes en santé : en effet, plusieurs interlocuteurs ont mentionné à la mission être intéressés par une offre invalidité seule. La mission ne recommande pas d'accéder à cette requête, car elle pourrait conduire la CFE à perdre des « bons risques » dans son portefeuille d'assurance santé.

En revanche, une autre demande des entreprises concernant l'offre de la CFE pourrait faire l'objet d'un examen : il s'agit d'aligner le congé de paternité sur la sécurité sociale française. En effet, la prestation de la CFE en matière de congé de paternité, dans le cadre de l'option « indemnités journalières »[36], est de 10 jours ouvrés, contre 25 jours calendaires (plus 3 jours ouvrables de congé de naissance) désormais en France. La CFE pourrait étudier la soutenabilité financière d'une telle mesure, qui pourrait être valorisée sous un angle d'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Enfin, **en termes de compétitivité-prix, les offres de la CFE couplées avec des partenaires en *fronting*, apparaissent en ligne avec les prix de marché** : d'après une étude réalisée par la CFE et des simulations de la mission, les offres couplées CFE et partenaires sont souvent moins chères que les offres au premier euro proposées par les assureurs. De plus, dans l'appréciation actuellement portée par les entreprises sur la CFE, le prix n'apparaît pas comme le facteur le plus discriminant : toutefois, les entreprises pourraient être plus sensibles à ce critère à l'avenir.

2.3.2. Des marges de progrès subsistent sur la qualité de service

Si le prix n'apparaît pas comme le premier facteur de choix d'une offre d'assurance santé et prévoyance pour les entreprises rencontrées par la mission, la qualité de service en revanche est le critère prépondérant : les délais et la qualité de réponse aux demandes des assurés, les délais de remboursement, la souplesse dans la prise en charge de situations complexes, sont fortement valorisés.

En dépit d'avancées notables – par exemple la création d'une unité « grands comptes » en septembre 2024 – **et de la progression des indicateurs de qualité de service[37], la CFE souffre encore aujourd'hui d'un handicap commercial du fait d'une qualité de service qui n'est pas encore à la hauteur des attentes des entreprises**. Plusieurs d'entre elles ont indiqué à la mission avoir quitté la CFE pour des raisons de qualité de service, d'autres ont mentionné l'impossibilité de joindre des interlocuteurs de la CFE au téléphone.

La qualité de service fait partie intégrante du modèle économique d'un organisme comme la CFE, fonctionnant avec des cotisations volontaires : le **rétablissement de son modèle économique passe donc aussi par une mise aux standards du marché en termes de qualité de service**. Par exemple, parmi les projets informatiques de la CFE figure la refonte des extranets adhérent pour les particuliers et les entreprises : ces projets ont pris du retard et devraient être mis en œuvre dans le courant de l'année 2025.

[36] Qui peut être choisie en supplément d'un contrat d'assurance santé.

[37] À cet égard, les délais de gestion des adhésions ont connu une baisse régulière, passant de 26 jours en décembre 2021 à 7 jours en décembre 2024. La gestion des soins à l'étranger a également connu des progrès, passant de 57 jours et 14 jours en décembre 2023 pour les dossiers de soins à l'étranger transmis par voie postale et les dossiers de soins à l'étranger transmis *via* internet, respectivement, à 7 jours et 5 jours en décembre 2024. Le taux de décroché s'est également redressé, pour la cellule prospection (passage de 72 % en 2021 à 82 % en 2024) comme pour la cellule de relations clientèle (passage de 67 % à 70 %).

Au cours de ses travaux, la mission a également perçu qu'un avantage de la CFE, consistant à la mise à disposition de cartes Vitale pour ses assurés pour les soins en France, était faiblement valorisé par les entreprises, alors qu'il permet *a priori* un parcours fluide aux assurés, avec dans certains cas l'application du tiers payant. Une amélioration de la communication sur ce point serait susceptible de mieux valoriser ce service, par exemple par la diffusion d'un mode d'emploi pour la carte Vitale[38].

<u>Proposition n° 3</u> : Améliorer la qualité de service de la CFE :

- développer une culture de service aux adhérents, et en particulier mettre en place des interlocuteurs et des contacts téléphoniques dédiés aux entreprises ;

- renforcer la communication auprès des adhérents ;

- mettre aux standards du marché les espaces « adhérent » du site internet de la CFE.

2.4. La tutelle de la CFE doit être renforcée et sa gouvernance réformée, afin de soutenir une stratégie ambitieuse de reconquête de la clientèle d'entreprises

Pour la mission, la gouvernance actuelle de la CFE, *via* l'exercice des tutelles et les travaux du conseil d'administration, présente des dysfonctionnements.

Tout d'abord, **l'attention du conseil d'administration de la CFE et de son environnement politique est focalisée sur les contrats individuels, au détriment de ceux des entreprises**. En témoignent la sous-tarification historique des contrats individuels (*cf.* section 2.2.1) et le fait que la catégorie aidée a longtemps bénéficié d'une stagnation des tarifs, à l'opposé des revalorisations régulières des autres produits et malgré l'obligation législative d'équilibre recettes et dépenses. *A contrario*, les hausses tarifaires pour les entreprises ont été appliquées dans une proportion qui va au-delà du strict équilibre économique des contrats.

Cette tendance lourde plaide pour une réorientation de la stratégie vers une fidélisation et une reconquête des entreprises.

Pour pouvoir opérer cette réorientation stratégique, la composition du CA de la CFE doit évoluer de manière à traduire une représentation plus équilibrée entre les assurés individuels et les entreprises : aujourd'hui, 18 sièges sur 21 émanent de la représentation des Français de l'étranger (représentant par construction des intérêts d'électeurs, donc individuels) et 3 sont dévolus au Medef et à la Mutualité française.

Pour renforcer la place des employeurs dans la gouvernance, plusieurs pistes sont possibles, comme détaillé dans l'encadré 5.

Encadré 5 : Les différentes pistes pour renforcer la place des employeurs dans la gouvernance de la CFE

Plusieurs pistes sont identifiées par la mission pour renforcer la place des employeurs dans la gouvernance :

- **organiser le CA avec un collège d'assurés de quinze sièges** (correspondant aux quinze sièges pour les assurés actuellement), composés d'adhérents individuels et d'adhérents collectifs élus, le nombre de sièges de chaque catégorie étant déterminé **au prorata de leur poids au sein du portefeuille de la CFE** : à la date d'examen par la mission, cette répartition conduirait à réserver quatre à cinq sièges pour les représentants d'employeurs, privés ou publics, et dix pour les individuels ;

[38] Un mode d'emploi est nécessaire car certaines personnes expatriées le sont depuis longtemps et ont perdu l'habitude d'utiliser une carte Vitale. En outre, la CFE ouvre les droits pour trois mois, de manière à éviter de verser des prestations sans cotisation correspondante sur une durée trop longue : cela implique pour les assurés de régulièrement mettre à jour leur carte Vitale dans une borne dédiée.

- **octroyer un ou plusieurs sièges à d'autres organisations représentatives d'employeurs**, par exemple la CPME et l'U2P, le Medef étant à ce jour la seule organisation représentée au CA de la CFE, avec deux sièges ;
- **renforcer la représentation du secteur économique à l'international**, en octroyant un siège au réseau des chambres de commerce et d'industrie françaises à l'étranger, à la place d'une des deux places dévolues au Medef, comme proposé par les sénateurs Leconte, Yung, et Conway-Mouret, dans leur proposition à l'origine de la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger.

Source : Mission.

De plus, **la mission a identifié des axes d'amélioration dans l'exercice de la tutelle**, exercée par la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction du budget (DB). Ces dernières années, la tutelle de la CFE pour le compte de l'État a été essentiellement exercée, dans les faits, par la DSS. Le contenu de la tutelle a été principalement juridique (dans une logique analogue à un contrôle de légalité), au détriment d'une approche plus stratégique qui aurait permis d'anticiper la dégradation de la situation financière de la CFE. La DB a été historiquement peu investie, prenant acte de l'absence d'incidence de l'activité de la CFE sur les comptes de la sécurité sociale (avec un désinvestissement complet durant plusieurs années) mais participe à nouveau au CA depuis fin 2023.

Au vu de la situation financière dégradée de la CFE et des perspectives pour les prochaines années (*cf*. section 3), **il est important de maintenir aux côtés de la DSS une tutelle issue des ministères économiques et financiers ou un contrôle par ceux-ci** : cela peut être la DB si elle peut poursuivre son réinvestissement sur le sujet, ou, si tel n'était pas le cas, une compétence de contrôle pourrait être confiée au contrôle général économique et financier.

Enfin, il serait pertinent de prévoir d'inclure le MEAE parmi les tutelles de l'organisme, en lien avec la proposition de la mission sur la catégorie aidée mais aussi du fait des liens étroits de ce ministère avec la population et les entreprises françaises (publiques ou privées) installées à l'étranger.

<u>Proposition n° 4</u> : Dans le cadre d'une réforme par voie législative de la CFE, introduire les changements suivants dans la gouvernance de la caisse (tutelles) :

- renforcer la place des employeurs dans la gouvernance, en accordant plus de sièges aux entreprises au sein du CA ;

- inclure le MEAE parmi les tutelles de l'organisme.

À l'occasion d'une réforme de la CFE, la mission estime qu'il serait pertinent de modifier le collège électoral pour les représentants des assurés de la CFE, en visant une élection en direct par les assurés (et pas par l'intermédiaire de l'Assemblée des Français de l'étranger comme c'est le cas aujourd'hui). De plus, la mission préconise que soient organisées des formations obligatoires aux métiers et produits de l'assurance pour les membres du CA après leur élection. La législation prévoit que trois personnalités qualifiées puissent être admises à assister aux séances du CA de la CFE, après désignation par l'État. Actuellement seules deux sont nommées[39]. Pour accroître l'expertise au sein du CA, par exemple en assurance maladie, une solution simple à mettre en œuvre consisterait pour les tutelles à nommer une troisième personnalité qualifiée.

[39] Il s'agit d'une représentante de la CNAV et d'un représentant du service des Français de l'étranger au MEAE.

3. En conséquence de la fragilisation de son modèle économique, la situation financière de la CFE est actuellement dégradée et cette tendance devrait se poursuivre d'ici à 2030

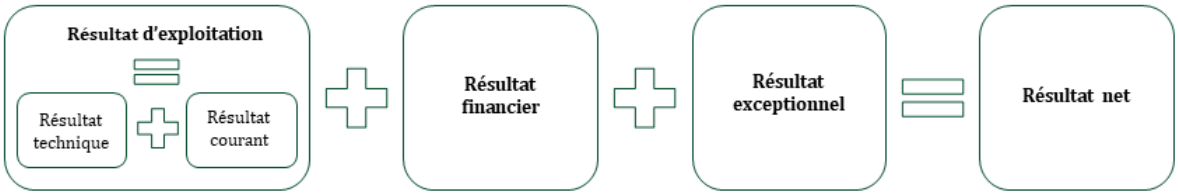
3.1. La CFE ne peut pas compter sur ses placements financiers pour équilibrer ses déficits d'exploitation, qui résultent d'une moindre rentabilité de son activité d'assurance et d'un faible pilotage des coûts de gestion

3.1.1. La CFE présente un résultat d'exploitation continûment déficitaire depuis 2018 et a connu quatre épisodes de résultat net négatif entre 2018 et 2024

Le résultat net de la CFE se décompose en résultat d'exploitation, résultat financier et résultat exceptionnel. En outre, le résultat d'exploitation est la somme du résultat technique (ou résultat dit assurantiel) et du résultat courant (*cf.* figure 1). Le résultat courant est composé :

- des charges courantes, comprenant l'ensemble des frais de fonctionnement de la CFE (masse salariale, systèmes d'information, externalisations etc.) : la section suivante analyse le niveau de frais de gestion de la CFE ;
- des produits courants, qui comprennent peu de ressources propres (la CFE dispose à cet égard de revenus de location) et sont essentiellement constitués de transferts de cotisations pour le financement des diverses gestions internes par les branches maladie et AT/MP.

Figure 1 : Les différentes composantes du résultat net de la CFE



Source : Mission.

La CFE présente un déficit net un an sur deux depuis 2018 (*cf.* graphique 5). **En particulier, à partir de 2018, la CFE a connu un déficit d'exploitation chronique, et substantiel** : à hauteur de – 16 M€ en moyenne sur la période 2018-2023. **Sa situation financière est ainsi très dégradée**.

Durant les travaux de la mission, les comptes 2024 n'étaient pas encore finalisés (ni validés par le commissaire aux comptes) : **le résultat net prévisionnel de cet exercice s'élève à – 18 M€, soit un quatrième épisode de déficit net depuis 2018**.

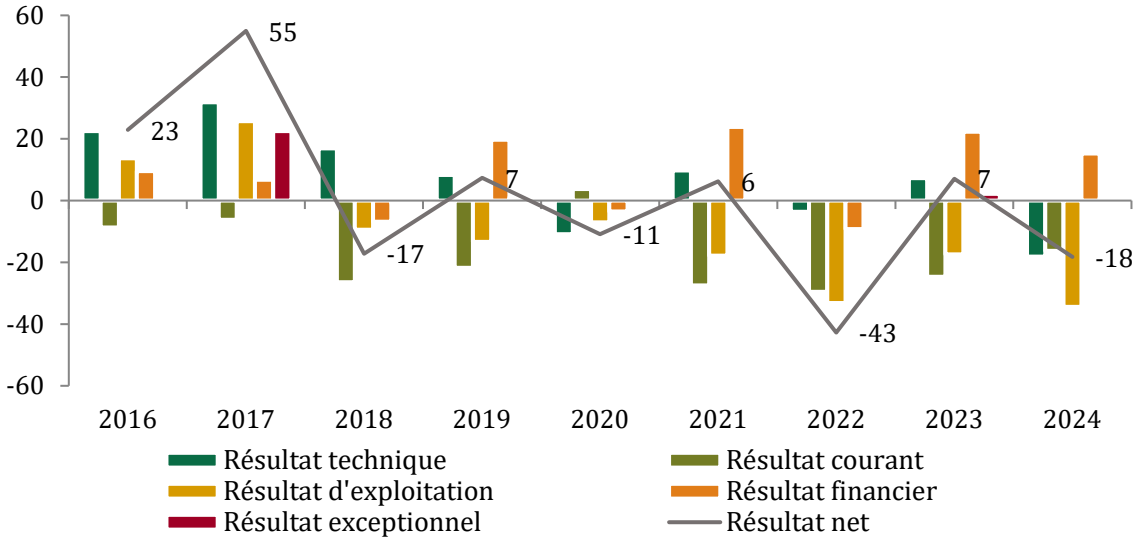
Le déficit chronique du résultat d'exploitation résulte de deux effets :

- une rentabilité insuffisante et en déclin du domaine assurantiel[40], avec une dégradation du ratio de P/C brut sur l'ensemble du domaine assurantiel entre 2018 et 2023 (en passant de 0,87 à 0,94). Cette moindre rentabilité est principalement liée à la sous-tarification des contrats individuels pour le risque maladie (*cf.* section 2.2.1) ;

[40] C'est-à-dire l'encaissement des cotisations d'assurance et le versement des prestations, pour tous les risques.

- un cumul de la hausse des dépenses liées aux services extérieurs portée par la stratégie d'externalisation de la CFE (*cf.* section 2.2.2 et encadré 4) avec une hausse des dépenses de personnel, qui engendre une dérive des charges courantes. Pour la mission, il est anormal que le **recours accru à l'externalisation**[41] **se soit accompagné d'une hausse des dépenses de personnel** (*cf.* section suivante).

Graphique 5 : Décomposition du résultat de la CFE de 2016 à 2024 (M€)



Source : Comptes annuels de la CFE.

3.1.2. Le niveau des frais de gestion de la CFE, s'élevant à 20 % environ des cotisations, est dans les standards du marché, ces frais pourraient toutefois être mieux pilotés et des gisements d'économie existent

Tout d'abord, le niveau des frais de gestion de la CFE, est calculé comme le rapport entre d'une part les coûts de gestion administrative et le programme d'action sanitaire et sociale (dont la catégorie aidée) et d'autre part les cotisations perçues pour les risques maladie-maternité et AT/MP[42], En effet, il convient de prendre en compte l'ensemble des coûts devant être financés par les cotisations, et notamment le programme d'action sanitaire et sociale, faisant l'objet d'un budget dédié qui comprend plusieurs mesures :

- la catégorie aidée (*cf.* section 2.1.3) ;
- des aides individuelles, consistant en des aides financières ponctuelles ou des prestations complémentaires (pour un rapatriement sanitaire par exemple) ;
- des actions de prévention, comme des campagnes de vaccination ;
- la prise en charge des cotisations vieillesse sur les périodes dites assimilées (rentes ou pensions d'invalidité ou d'AT/MP).

[41] L'ensemble des actes liquidés par les partenaires, en incluant la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les soins en France, représente ainsi, en 2024, 69 % du total des actes liquidés, contre 7 % en 2019.

[42] Il vise ainsi à faire le rapport entre les postes devant être financés par les cotisations (hors prestations), avec le chiffre d'affaires de la CFE, constitué des cotisations en santé et AT/MP. Hors action sanitaire et sociale, les coûts de gestion de la CFE s'élèvent à 18,0 %.

Les frais de gestion de la CFE s'élèvent à environ 20 % des cotisations en 2024 et ne s'écartent pas significativement des standards de marché[43] :

- les entretiens conduits par la mission ont confirmé cette tendance sous un angle qualitatif ;
- le rapport de 2024 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé indique que la part des charges de gestion dans les cotisations en santé était de 19,3 % en 2023.

Toutefois, les frais de gestion des organismes privés sont principalement tirés à la hausse par les dépenses de numérisation des procédures et de service client, domaines dans lesquels la CFE accuse un retard[44]**.**

Inversement, malgré une décrue du portefeuille de clients (*cf.* section 1.3), le développement du *fronting* (qui conduit à déléguer la liquidation des soins) et la numérisation des pratiques en gestion d'assurance santé, les effectifs de la CFE ont fortement augmenté, de + 38 % entre 2010 et 2023[45]. **Pour la mission, cette évolution est anormale et, à l'avenir, elle recommande de programmer une diminution des effectifs** et de renforcer des fonctions clés (fonctions commerciales et *marketing*, maîtrise des risques, fonction financière) par redéploiement.

En outre, le budget de la CFE, encadré par la convention de partenariat (COP) entre l'organisme et ses tutelles pour la période 2022-2025, est sous-exécuté tous les ans (principalement du fait de retards dans des projets informatiques), ce qui conduit à des reports de crédits massifs (*cf.* annexe III) : ainsi, en 2023 le taux d'exécution du budget dit limitatif[46] atteint 77 % et les reports de crédits entre 2023 et 2024 représentent plus du quart du budget prévu par la COP pour 2024.

Ces éléments montrent que l'encadrement du budget de gestion administrative de la CFE par la COP n'a pas contraint la CFE à s'engager dans une réduction de ses dépenses administratives, qui sont insuffisamment pilotées. Le prochain exercice de COP doit être l'occasion de mieux piloter et maîtriser les frais de gestion, qui, pour leur part contribuent au rétablissement des comptes de la CFE tel que proposé par la mission dans sa proposition de réforme (*cf.* section 4.1).

<u>Proposition n° 5</u> : À des fins de maîtrise des frais de gestion, dans le cadre de la prochaine convention de partenariat (COP) entre la CFE et ses tutelles :

- envisager une diminution des effectifs de la CFE, ou, à tout le moins, cesser de les augmenter en renforçant les fonctions clés par redéploiement ;

- mettre en place un processus de pilotage des frais de gestion plus performant que celui en vigueur dans la COP (caractérisé par une sous-exécution et des reports de crédits massifs).

---

[43] Une précaution méthodologique s'impose : la CFE étant un organisme unique, elle peut difficilement être comparée à des acteurs comme les caisses nationales de sécurité sociale ou les mutuelles françaises. Néanmoins, pour la comparaison des frais de gestion, il est plus pertinent de comparer la CFE à des mutuelles car elles partagent la nécessité d'engager des frais de marketing et de recherche de prospects, contrairement aux caisses nationales de sécurité sociale.

[44] En témoigne la sous-exécution chronique du budget dédié aux systèmes d'information (*cf.* annexe III).

[45] Les effectifs permanents des organismes de sécurité sociale – à savoir les salariés relevant de la convention collective nationale du travail, titulaires de contrats de travail à durée indéterminée - ont augmenté de 0,8 % de la fin 2018 à la fin 2023, mais ont diminué de 10,6 % sur les quinze dernières années (depuis la fin 2008). *Cf.* la publication suivante : Union nationale des caisses de sécurité sociale (UCANSS), *Le personnel dans les organismes de Sécurité sociale - Recueil d'informations statistiques concernant les effectifs - Edition 2024*, juin 2024.

[46] Le budget limitatif comprend les dépenses de personnel, de gestion courante, informatiques et de *marketing*.

Par ailleurs, au cours de ses travaux, la mission a constaté la grande complexité et l'absence de lisibilité résultant de la distinction entre les domaines budgétaire et assurantiel, qui est encadrée au niveau réglementaire avec des règles de financement des coûts de gestion de la CFE et du budget d'action sanitaire et sociale au prorata par les branches selon le risque[47]. Du fait des affectations de cotisations en application de ces règles, le calcul du taux de frais de gestion est particulièrement complexe. Pour la mission, l'objectif pour la CFE est de piloter efficacement et de manière lisible son résultat d'exploitation. La mission recommande à la DSS, conjointement avec la CFE, d'opérer une simplification de ces règles, de manière à pouvoir piloter efficacement le résultat d'exploitation, à l'occasion de la réforme que la mission préconise à la section 4.1 du présent rapport.

<u>Proposition n° 6</u> : Simplifier les règles de financement du budget de gestion courante et d'action sanitaire et sociale dans la réglementation, de manière à pouvoir piloter efficacement le résultat d'exploitation, avec d'une part l'ensemble des recettes issues des cotisations et autres dotations, et d'autre part l'ensemble des dépenses (prestations, gestion et action sanitaire et sociale) (direction de la sécurité sociale et CFE).

3.1.3. Le résultat financier est volatil et ne constitue pas une ressource pérenne pour compenser les déficits d'exploitation de la CFE

La CFE dispose d'un portefeuille de placements financiers qui constituent à l'actif de son bilan la principale[48] contrepartie de ses fonds propres et provisions techniques (qui couvrent ses engagements de long terme pour le risque AT/MP notamment). Ce portefeuille est constitué de fonds dédiés (53 % du portefeuille), de produits structurés (21 %), de contrats de capitalisation (18 %) et d'obligations (9 %).

Les placements financiers de la CFE sont encadrés par un arrêté[49], qui prévoit notamment un plancher d'investissement dans les obligations souveraines émises ou garanties par un État de l'Union européenne à hauteur de 30 %.

Le portefeuille de placements financiers de la CFE apparait comme performant et équilibré (*cf*. annexe III), mais il est également volatil : comme le montre le graphique 5 *supra*, le résultat financier a oscillé entre excédents et déficits entre 2017 et 2023. Quand le résultat financier est déficitaire, le résultat net de la CFE l'est également (*cf*. années 2018, 2020, 2022). En revanche, **comme le montre l'exemple de l'année 2024, un résultat financier largement positif (+ 15 M€) ne suffit pas à compenser un fort déficit d'exploitation (- 34 M€) et donc à engendrer un résultat net positif**.

La mission a identifié quelques pistes d'évolution concernant l'encadrement des placements de la CFE, détaillées ci-après.

La volatilité du résultat financier s'explique par les provisions pour moins-value latente ainsi que par la détention de produits structurés. Ces derniers ne font pas partie des valeurs mobilisables par la CFE au sens de l'arrêté mentionné *supra* : néanmoins, la DSS a autorisé la CFE à conserver ces produits au sein de son portefeuille jusqu'à leur terme, pour éviter de devoir les céder dans des conditions de moins-value. La mission souscrit à cette position de compromis mais rappelle la complexité et le risque inhérents à ce type de produits.

[47] Ces règles sont en outre différentes selon les postes : le tiers payant hospitalier n'est financé que par la branche santé, la catégorie aidée est financée par les branches AT/MP et santé alors que le reste de l'action sanitaire et sociale est financé par les trois branches (dont vieillesse).

[48] La CFE dispose également à son bilan d'actifs immobiliers significatifs (environ 50 M€).

[49] Arrêté du 5 juin 2019 relatif aux valeurs mobilisables par la Caisse des Français de l'étranger.

En outre, la règle, fixée par l'arrêté, de recourir à 30 % au moins d'obligations souveraines au sein du portefeuille devrait être appréciée en transparence dans les fonds dédiés : ce point gagnerait à être précisé dans l'arrêté. De plus, le plafond de 50 % pour le recours à des organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPCVM) pourrait être relevé voire supprimé pour ne retenir que des seuils applicables à des produits financiers et non à des véhicules d'investissement (qui peuvent eux-mêmes contenir différents types de produits financiers).

Un projet de décret est en cours de préparation par la DSS, afin d'encadrer l'univers de placements financiers pour les caisses de retraite. Il conviendra d'examiner la pertinence d'utiliser également ce nouveau cadre pour la CFE, sous réserve qu'il soit adapté à la structure du bilan de la caisse.

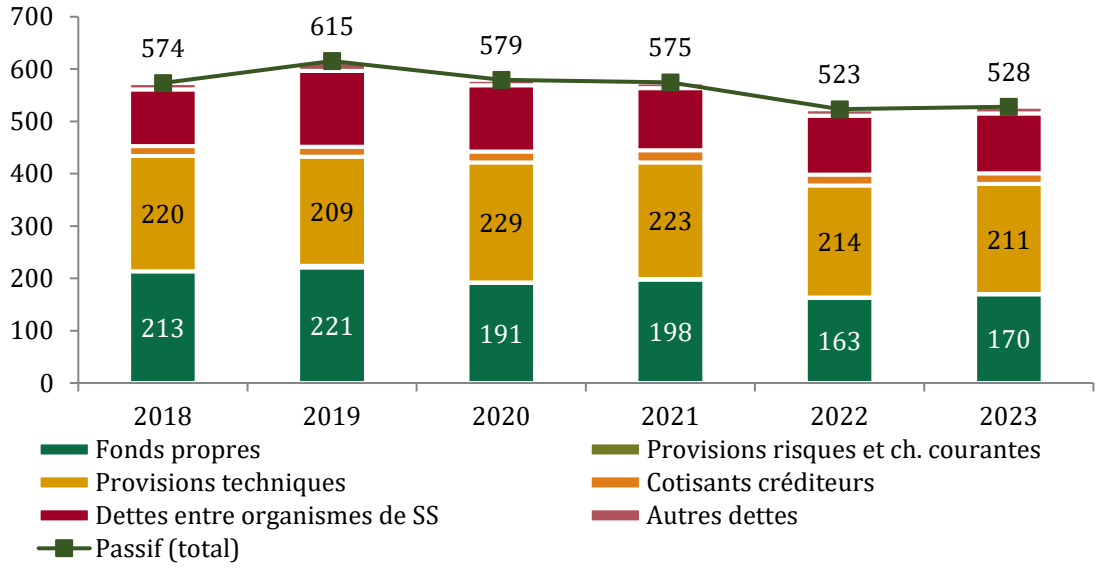
Enfin, sous l'angle de la gouvernance, à la suite des entretiens que la mission a conduits avec différentes formations du conseil d'administration, la mission préconise de renforcer l'information et le rôle de la commission des finances, en lui rendant compte des performances et de l'évolution du portefeuille, plutôt qu'au seul bureau comme c'est le cas aujourd'hui.

3.2. La consommation des fonds propres a commencé, caractérisée par une baisse de 20 % entre 2018 et 2023

Du fait des déficits enregistrés ces dernières années, la CFE a commencé à consommer ses fonds propres, qui ont baissé de 20 % entre 2018 et 2023 (*cf.* graphique 6).

Cette évolution est de nature à remettre en cause la solvabilité de la CFE.

Graphique 6 : Montant et composition du passif de la CFE



Source : Comptes annuels de la CFE.

3.3. La projection « toutes choses égales par ailleurs » de la situation financière de la CFE montre un déficit d'exploitation chronique jusqu'en 2030

La mission s'est appuyée sur une projection « toutes choses égales par ailleurs », dite « fil de l'eau », afin d'estimer la situation financière de la CFE à horizon 2030 et de déterminer si les signaux d'alerte présentés à la section précédente sont de nature à se confirmer sur les prochaines années.

Cette projection « fil de l'eau » a fait l'objet d'une étude du cabinet d'actuariat SPAC[50] pour le compte de la CFE, réalisée en avril 2025, et basée sur les hypothèses les plus réalistes possibles pour projeter l'activité de la CFE, qui ont été déterminées conjointement par la direction de la CFE et la mission (*cf.* encadré 6 et annexe IV pour une présentation approfondie de cette projection et de ses résultats).

Encadré 6 : Détail des hypothèses de la projection « fil de l'eau » à horizon 2030

Les hypothèses sous-jacentes au scénario « fil de l'eau » à horizon 2030, visant à projeter la situation financière de la CFE toutes choses égales par ailleurs, sont les suivantes :

- évolution du portefeuille d'adhérents en prolongeant les tendances de la période 2021-2024 (taux de croissance annuel moyen) ;
- évolution des prestations : hypothèses d'effet volume basé sur l'évolution du portefeuille et d'effet prix basé sur le taux de croissance annuel moyen des dépenses par bénéficiaire entre 2021 et 2023. Un point d'attention est relevé par la mission : en 2024, la hausse des prestations légales est de 11 %, les hypothèses retenues supposent donc une décélération des prestations dans les années suivantes ;
- évolution des cotisations individuelles en santé : hypothèse conventionnelle d'alignement des revalorisations annuelles de cotisations sur celles des prestations ;
- évolution des cotisations collectives en santé : hypothèse d'augmentation des tarifs de cotisations collectives sur la base du maximum entre la hausse du plafond annuel de la sécurité sociale et la hausse des prestations ;
- contrats ex : *statu quo* par l'atteinte en 2026 du plafond de revalorisation fixé par la loi à 50 % d'augmentation par rapport à la cotisation avant la réforme, prise en compte de la bascule d'environ 1 000 contrats ex vers un contrat nouveau à la suite de l'opération de suppression du tiers payant hospitalier pour les contrats ex (décidée par le CA en décembre 2024).

Source : Mission.

Dans la projection « fil de l'eau », le modèle économique de la CFE reste dégradé à horizon 2030, avec un résultat d'exploitation déficitaire sur toute la période (*cf.* graphique 7). Si le déficit d'exploitation se réduit sur la période, la projection capitalisant sur les dernières hausses tarifaires décidées par le CA (décisions de décembre 2023 et décembre 2024, mises en œuvre en avril 2024 et 2025 respectivement), ces dernières demeurent insuffisantes pour équilibrer le résultat d'exploitation.

L'amélioration du résultat d'exploitation est notamment liée aux excédents engendrés par les contrats collectifs, conduisant à un P/C de ce segment à hauteur de 0,70 en 2030, soit très en deçà du ratio de 0,80, permettant d'équilibrer l'activité par la couverture des frais de gestion[51]. Dans le même temps, le ratio des contrats individuels resterait supérieur à 1,01, traduisant de fait **un subventionnement des contrats individuels par les contrats collectifs** : pour la mission, la concrétisation d'une telle tendance n'est pas souhaitable, car elle pourrait conduire à un effet d'éviction par le prix et conduire des clients collectifs à réévaluer leur adhésion à la CFE.

Dans cette projection, **le rendement des placements financiers resterait déterminant pour générer un résultat net positif et reconstituer les fonds propres :** avec une hypothèse prudente de résultat financier nul, du fait de sa volatilité d'une année à l'autre, la CFE ne dégagerait pas de résultat net et poursuivrait la consommation de ses fonds propres à horizon 2030.

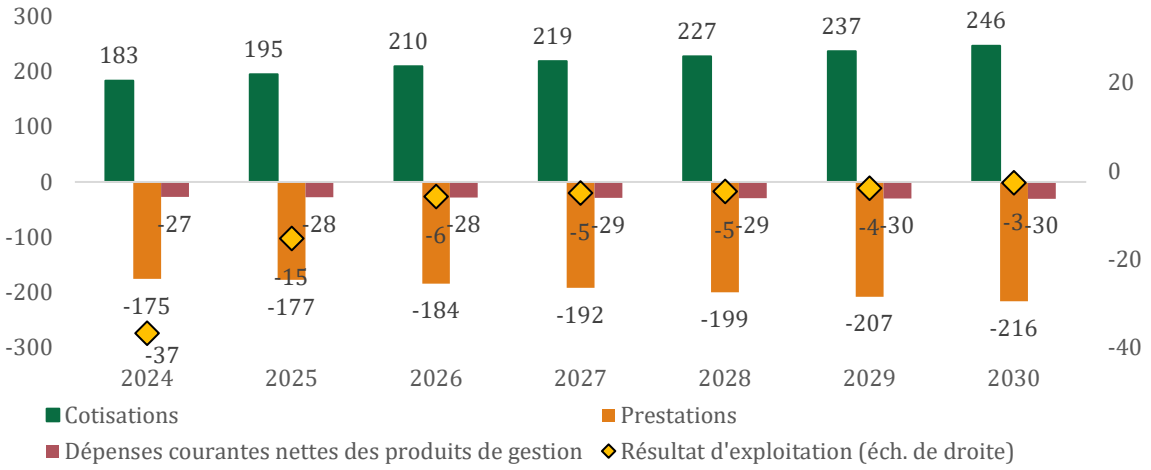
[50] Il s'agit du prestataire habituel de la CFE en matière d'actuariat.

[51] Cela est dû aux décisions du CA de décembre 2024 et 2025, qui ont conduit à de significatives revalorisations tarifaires pour les entreprises (*cf.* section 2.4).

Or, le résultat financier ne peut être un instrument de pilotage du résultat, du fait de sa volatilité et de ses rendements futurs incertains (*cf.* section 3.1.3). **Le rétablissement du modèle économique de la CFE passe par sa capacité à dégager un résultat d'exploitation positif : dès lors, la pérennité financière de la CFE ne serait donc pas assurée dans le cadre du scénario « au fil de l'eau ».**

En outre, cette projection repose sur une hausse annuelle de cotisations à compter de 2018 alignée sur la hausse attendue des dépenses, ce qui implique de poursuivre l'effort de revalorisation déjà engagé par le CA. Les résultats de cette projection sont ainsi à prendre avec précaution, car ils dépendent fortement des hypothèses retenues et de décisions futures relevant de la gouvernance de la CFE.

Graphique 7 : Simulation du résultat d'exploitation de la CFE dans le scénario « au fil de l'eau » (en M€)



Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Note : le résultat d'exploitation est le résultat de la différence entre, d'une part, les cotisations perçues et, d'autre part, les prestations versées, les dépenses courantes nettes des produits de gestion et la variation des provisions. La variation des provisions n'apparaît pas dans le graphique.

En conclusion de cette section, **l'option d'un *statu quo* n'est pas envisageable pour la CFE : en effet, les décisions déjà prises ne conduisent pas à restaurer la soutenabilité financière de la CFE et alimentent un subventionnement peu souhaitable des contrats individuels par les contrats collectifs.** Dès lors, des scénarios de réforme ou de réorientation stratégique doivent être envisagés : ils sont détaillés dans la section suivante.

4. Pour rétablir la soutenabilité financière de la CFE, une réforme ambitieuse est nécessaire, mais il n'est pas garanti qu'elle suffise : des scénarios de réorientation stratégique doivent donc également être étudiés

La mission a réalisé une analyse multicritère des différents scénarios étudiés : les principaux résultats sont présentés dans les sections suivantes. L'annexe IV fournit quant à elle une présentation exhaustive[52].

[52] *Cf.* en particulier le tableau 7 dans cette annexe pour une analyse comparative des scénarios.

4.1. La mission recommande la mise en œuvre d'une réforme paramétrique de la CFE, reposant sur l'activation d'un ensemble de leviers d'optimisation des recettes et des charges

4.1.1. La réforme doit mettre fin à la sous-tarification structurelle des contrats individuels en santé et comporter des mesures de lutte contre l'antisélection

L'objectif de la réforme paramétrique proposée par la mission est de rétablir la soutenabilité financière de la CFE, en restaurant prioritairement sa capacité à dégager un excédent d'exploitation.

Cela passe par des mesures fortes d'optimisation en recettes et en dépenses, tout en confortant deux principes fondamentaux de la CFE : assurer la continuité avec la sécurité sociale française, maintenir l'absence de sélection médicale pour l'ensemble des contrats, individuels comme collectifs.

4.1.1.1. La réforme paramétrique repose sur plusieurs mesures visant à augmenter les recettes de la CFE

Pour la mission, le rétablissement de la soutenabilité financière de la CFE passe par la revalorisation des cotisations pour aboutir à un ratio P/C de 0,8 pour chaque produit, de manière à couvrir ses frais de gestion.

Du fait de la sous-tarification des contrats individuels en santé, tout nouveau client individuel fait statistiquement perdre de l'argent à la CFE. Malgré cela, le conseil d'administration et la CFE déploient une stratégie *marketing* depuis 2022 visant à développer le portefeuille de contrats individuels, en continuité avec les objectifs de la réforme de 2018, visant à doubler le portefeuille d'adhérents (*cf*. section 2.2.2).

Pour la mission, une révision de la stratégie est nécessaire : tant que les contrats individuels n'ont pas convergé vers un ratio de P/C de 0,8, l'essentiel des efforts *marketing* devrait être dirigé vers les entreprises, dans une stratégie de reconquête et de fidélisation. Au-delà, il conviendra d'adopter une approche équilibrée entre les deux portefeuilles en termes d'efforts *marketing* et de politique tarifaire.

<u>Proposition n° 7</u> : Équilibrer l'activité assurantielle de la CFE après prise en compte des frais de gestion, en revalorisant les cotisations de l'ensemble des produits individuels en assurance santé pour atteindre un ratio de prestations sur cotisations (P/C) de 0,8 à l'échelle de chaque type de contrat en trois ans, entre 2026 et 2028 (conseil d'administration et tutelles).

Cette proposition ne nécessite pas de mesure législative. Toutefois, comme mentionné à la section 2.4, la gouvernance actuelle de la CFE ne prend pas systématiquement les décisions les plus à même de rétablir la soutenabilité financière de la CFE (en méconnaissant les dispositions législatives qui imposent un équilibre par branche), en privilégiant certaines catégories d'assurés par rapport à d'autres.

Dans la mesure où des dispositions législatives sont nécessaires pour résoudre la problématique des contrats ex, cela constituerait une opportunité pour prévoir des solutions alternatives en cas de décision du CA peu propice au rétablissement des comptes.

En effet, à ce jour, les tutelles ont la possibilité de s'opposer à une décision du CA mais pas de prendre une décision alternative[53] : la tutelle peut ainsi s'opposer à toute décision du CA relative aux tarifs, sans motif prédéfini, mais sans pour autant pouvoir proposer elle-même de modification tarifaire. La mission propose qu'en cas de deuxième refus de la tutelle, fondé sur le motif que la décision ne permettrait pas de rétablir une trajectoire financière soutenable, alors le ministre chargé des affaires sociales pourrait déterminer d'office le montant des cotisations.

<u>Proposition n° 8</u> : Afin de s'assurer que les revalorisations tarifaires sont conformes à l'objectif de soutenabilité financière de la CFE, prévoir un mécanisme de fixation d'office des cotisations par arrêté du ministre chargé des affaires sociales si les décisions prises par le conseil d'administration contreviennent à cet objectif (direction de la sécurité sociale).

De plus, il pourrait être prévu dans la réglementation (au niveau de l'arrêté fixant les tarifs) des revalorisations automatiques des cotisations, pour éviter une stagnation des tarifs, pour tous les produits en santé (dont la catégorie aidée).

En outre, la proposition de la mission formulée *supra* consistant en la fin des contrats ex en trois phases de hausses tarifaires, d'ici 2028 (*cf*. section 2.2.2) constitue également un élément indispensable du présent scénario, avec une hausse de recettes attendue du transfert des contrats ex vers les nouveaux.

Enfin, une dernière mesure utile pour optimiser les recettes consisterait à mettre fin à un effet d'aubaine pour certaines entreprises, consistant à s'inscrire en contrat collectif pour un nombre limité de salariés (par exemple : un seul salarié). Ces contrats, qualifiés de « faux collectifs », profitent alors des cotisations du barème employeur, qui sont plus faibles que les cotisations du barème individuel.

La mission préconise d'introduire une grille de tarification progressive en fonction du nombre de salariés : les cotisations relatives au premier salarié seraient fixées au niveau du tarif individuel puis elles convergeraient vers le tarif des contrats collectifs par interpolation jusqu'à dix salariés. D'après l'estimation de la CFE à la demande de la mission, cette mesure conduirait à une augmentation des recettes pouvant atteindre 435 k€[54] par an.

Enfin, dans un contexte de diminution des contrats collectifs traditionnels liés à l'expatriation des salariés d'entreprise, un relais de croissance potentiel pour la CFE est évoqué par certaines parties prenantes, consistant à proposer l'offre de la CFE aux salariés des organisations internationales présentes en France. En effet, l'offre de la CFE pourrait être adéquate pour des organisations internationales qui ne souhaitent pas adhérer au régime obligatoire et régler les cotisations afférentes tout en bénéficiant de certaines facilités comme la carte Vitale. Après investigations par la mission, cette piste s'avère non-prometteuse (*cf*. annexe II) :

- les attentes des organisations internationales et la concurrence des assurances privées limitent ce potentiel ;
- surtout, une intervention de la CFE sur ce marché la ferait entrer en concurrence avec le régime obligatoire français et remettrait en cause sa raison d'être.

[53] Référence juridique, 2ème alinéa de l'article L 766-10 : « *Les délibérations du conseil d'administration ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition des autorités mentionnées au premier alinéa dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, dont le point de départ est la communication des délibérations à ces autorités* ».

[54] Cette estimation est basée sur la différence entre des cotisations individuelles et collectives pour les entreprises entre un et dix salariés, c'est donc une borne haute, car sans prise en compte d'une interpolation entre deux et dix salariés.

4.1.1.2. Plusieurs mesures d'optimisation des dépenses viendraient utilement compléter les leviers en recettes

Pour un organisme comme la CFE, le pilotage de la dépense de santé est difficile, dans la mesure où les prestations sont encadrées aux niveaux législatif et réglementaire, en référence au barème de la sécurité sociale. Pour autant, la CFE est pénalisée par un système encourageant l'antisélection, ce qui constitue son principal handicap au sein du secteur concurrentiel dans lequel elle évolue et un point d'achoppement pour l'équilibre de son modèle économique.

Sans remettre en cause l'absence de sélection médicale, il convient de rechercher des voies pour réguler la dépense de soins en évitant les comportements opportunistes pour les contrats individuels.

Comme rappelé à la section 2.2.2, certaines décisions prises dans le cadre de la réforme de 2018, comme la fin des cotisations rétroactives[55] (afin de supprimer des barrières à l'entrée de la CFE), se sont révélées contreproductives.

La mission a identifié plusieurs mesures visant à remplir l'objectif de désincitation aux adhésions opportunistes : comme rappelé en introduction de la section 4.1, il convient de maintenir le principe fondamental de continuité du système CFE avec la sécurité sociale française. Les mesures identifiées ne doivent donc concerner que des personnes dont la situation n'est pas en continuité avec le régime général français (*i.e.* dont la demande d'adhésion n'est pas concomitante ou immédiatement consécutive à leur départ à l'étranger).

<u>Proposition n° 9</u> : À des fins de solidarité intergénérationnelle et d'équité, prendre des mesures afin de décourager les adhésions opportunistes, tout en préservant les adhérents qui sont en continuité par rapport à la France (tutelles et CFE) :

- majorer fortement les cotisations pour les adhérents en discontinuité par rapport au régime général français, à partir d'un seuil de 45 ans, dans l'esprit du dispositif des cotisations rétroactives qui a été supprimé par la réforme de 2018 ;

- mettre en place un plafond annuel de prise en charge de dépenses de santé la première année, voire les deux premières années d'adhésion, sauf pour les adhérents en continuité avec le régime général.

La mise en œuvre de ces mesures nécessite la fixation de paramètres dans le cadre d'une étude spécifique à mener par la CFE en lien étroit avec ses tutelles :

- majoration de cotisations : se pose la question du délai à partir duquel le dispositif de paiement de majorations serait amorcé, soit au bout de deux ans ce qui correspond à l'ancien dispositif des cotisations rétroactives (option souple), soit à l'issue du délai de carence qui est de six mois au-delà de 45 ans (option plus stricte) ;
- plafond de dépenses après une adhésion : il paraîtrait raisonnable de fixer ce plafond à un niveau relativement élevé[56], afin notamment d'assurer une prise en charge en cas d'accident ou de développement d'une maladie après l'adhésion.

[55] Ce dispositif consistait à fixer un délai limite d'adhésion à la CFE postérieurement à un début d'expatriation : toute adhésion à l'issue de ce délai impliquait de s'acquitter de cotisations correspondant à la période écoulée depuis la fin du délai limite d'adhésion, d'où le terme de cotisations « rétroactives » (cf. annexe I pour une analyse détaillée).

[56] Par exemple, pour guider la réflexion : en 2023, 113 000 personnes ont eu des dépenses de soins, 972 ont une dépense supérieure à 5 fois la dépense moyenne par bénéficiaire, qui est de 1 204 €. Il convient de noter que ce groupe des 972 personnes contient *a priori* des personnes en continuité avec le régime général et seulement une partie de ce groupe est un flux de nouveaux entrants : si la règle était fixée à 5 fois la dépense moyenne par bénéficiaire, le nombre de personnes impactées par ce plafond serait donc strictement inférieur à 972.

Ensuite, dans le champ de l'action sanitaire et sociale, la proposition de la mission formulée *supra* consistant en la réforme de la catégorie aidée (*cf*. section 2.1.3) constitue également un élément du présent scénario, permettant des économies en dépenses sur le budget d'action sanitaire et sociale.

De plus, la mission a relevé des dysfonctionnements concernant l'attribution d'aides individuelles au titre du programme d'action sanitaire et sociale, qu'il s'agisse des aides accordées par délégation du conseil d'administration à la direction (qui elle-même délègue à une équipe de la CFE) ou des aides octroyées par la commission de l'action sanitaire et sociale et de la prévention du conseil d'administration. Les critères d'attribution ne sont pas formalisés et l'attribution des aides semble essentiellement, sinon uniquement, déterminée par l'objectif de réduire le reste à charge de l'assuré. Les considérations liées à la nature de la dépense ou aux ressources de l'assuré ne sont ainsi pas prises en compte. La mission préconise de rationaliser l'attribution des aides individualisées, en en réduisant le coût pour la CFE, et de réévaluer la pertinence de l'enveloppe budgétaire dévolue à la prévention dans un contexte de sous-exécution chronique de cette dernière.

Proposition n° 10 : Rationaliser l'action sanitaire et sociale (ASS) en matière d'aides individuelles en instaurant un règlement d'attribution des aides et en réduisant le montant associé au sein de l'ASS (CFE et tutelles).

Enfin, un dernier élément d'optimisation des dépenses consiste en une maîtrise des frais de gestion de la CFE, comme proposé par la mission à la section 3.1.2.

4.1.2. La réforme proposée par la mission, grâce à la normalisation des contrats ex et à la convergence des ratios de P/C vers 0,80, consolide le modèle économique de la CFE

Pour illustrer la réforme proposée, la mission s'est appuyée sur une étude du cabinet SPAC, selon la même méthodologie que la projection « au fil de l'eau » (*cf*. section 3.3) et consistant à mettre en œuvre l'essentiel des mesures en recettes et en dépenses proposées à la section précédente. Il s'agit d'une illustration du scénario du réforme : plusieurs d'entre elles ont été quantifiées et intégrées, d'autres n'ont pu l'être (majorations de cotisations par exemple). Le détail des hypothèses figure dans l'encadré 7, ainsi que dans l'annexe IV.

Encadré 7 : Détail des hypothèses retenues pour la simulation de la réforme proposée la mission

Les principales hypothèses retenues pour la simulation sont les suivantes :

- une évolution du portefeuille et des dépenses de santé alignée avec la projection « au fil de l'eau » (*cf*. encadré 6) ;
- une convergence en trois ans des ratios de P/C de tous les produits individuels en assurance santé vers 0,80, entre 2026 et 2028 ;
- une convergence à la hausse du P/C des contrats collectifs vers 0,80, par une sous-indexation des cotisations par rapport aux dépenses, pour ne pas introduire de subventionnement des contrats individuels par les contrats collectifs ;
- une trajectoire de suppression des contrats ex en trois hausses successives de tarifs, permettant un alignement progressif sur les tarifs des contrats nouveaux ;
- une rationalisation de 30 % des aides individuelles de l'action sanitaire et sociale, ainsi qu'un meilleur ciblage de la catégorie aidée, conduisant à une réduction de 36 % de l'effectif et de la dépense associée ;
- un renforcement de la gestion avec une stabilisation des frais de gestion courante en termes réels (plafonnement à l'inflation).

Source : Mission.

La simulation montre que la réforme proposée par la mission permet de dégager un résultat d'exploitation positif dès 2026, avec une consolidation sur le reste de la période (+ 34 M€ en 2030), comme le montre le graphique 8. L'excédent d'exploitation dégagé permet de ne plus dépendre du résultat financier pour assurer la rentabilité de la CFE.

Avec une hypothèse prudente de résultat financier nul (au regard de sa volatilité), les fonds propres se reconstituent durant la période pour atteindre 262 M€ en 2030, ce qui fournit des marges de manœuvre pour l'occurrence d'événements défavorables.

La réforme proposée consolide donc le modèle économique de la CFE, tout en en préservant les fondamentaux, à savoir l'absence de sélection médicale ou liée à l'âge.

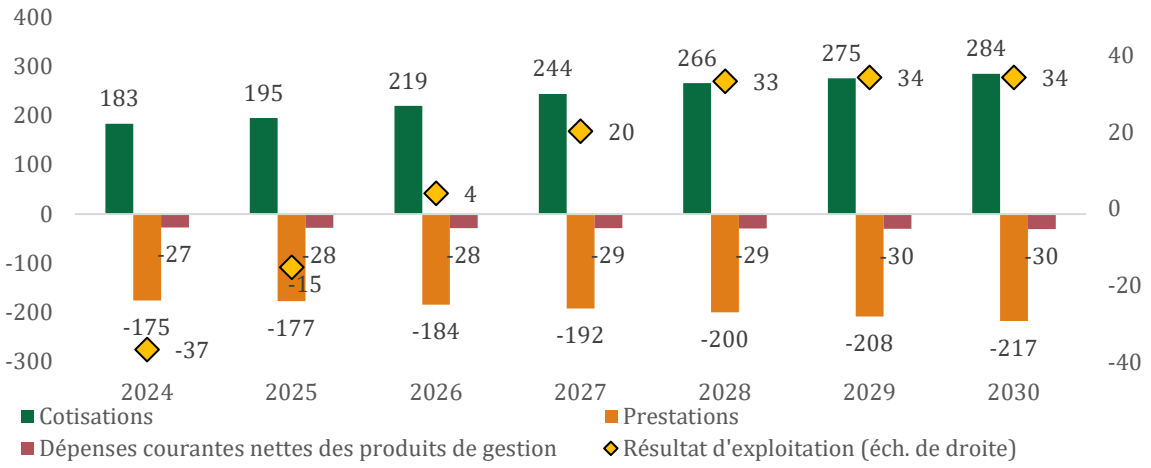
La projection « au fil de l'eau » présentée à la section 3.3 montre que les efforts de revalorisation tarifaire engagés par le CA vont dans la bonne direction mais demeurent insuffisants pour garantir la viabilité de la caisse : il est en effet nécessaire d'aller plus loin et de remettre en cause certaines conséquences négatives de la réforme de 2018. À court et moyen terme, corriger l'anomalie des contrats ex et assurer la convergence des P/C pour couvrir les frais de gestion consolident le modèle économique de la caisse.

Au-delà de ces nécessaires réformes, d'autres aménagements peuvent être mis en place, participant de la recherche d'une plus grande équité du système : par exemple, les mesures proposées *supra* de majorations de cotisations ou de plafond de dépenses pour les situations en discontinuité avec la sécurité sociale française.

La principale limite de la simulation est de ne pas prendre en compte des comportements individuels (attrition du portefeuille, notamment fuite des bons risques), mais elle n'intègre pas non plus les effets positifs induits par certaines mesures (majorations de cotisation). La simulation est en outre sensible aux hypothèses retenues, ses résultats doivent donc être considérés avec précaution.

Enfin, **la réforme proposée par la mission apparaît comme un scénario plus attractif qu'un scénario avec maintien des contrats ex** : en effet, en les maintenant, les cotisations du reste du portefeuille augmenteraient plus vigoureusement, avec un risque d'éviction des « bons risques » potentiellement plus important.

Graphique 8 : Simulation du résultat d'exploitation de la CFE dans le scénario de réforme paramétrique (en M€)



Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Note : le résultat d'exploitation est le résultat de la différence entre, d'une part, les cotisations perçues et, d'autre part, les prestations versées, les dépenses courantes nettes des produits de gestion et la variation des provisions. La variation des provisions n'apparaît pas dans le graphique.

4.1.3. Cependant, des risques stratégiques, s'ils se concrétisaient, pourraient mettre en péril l'aboutissement du scénario de réforme

Au cours de ses travaux, la mission a identifié plusieurs risques stratégiques pesant sur la CFE, sur des thématiques et des échéances différentes :

- risque juridique sur l'activité de la CFE au sein de l'espace économique européen (*cf*. section 1.4) ;
- risques pesant sur les systèmes d'information de la caisse : au cours de ses travaux, la mission a constaté la difficile production de séries longues de données, avec des ruptures de séries. De plus, plusieurs projets informatiques ont pris du retard et concourent à la sous-exécution du budget (*cf*. section 3.1.2) ;
- risques liés à la numérisation du secteur : le secteur de l'assurance santé connaît des mutations technologiques avec les technologies d'intelligence artificielle qui se développent et la numérisation des pratiques visant à la compression des coûts. La CFE paraît peu outillée pour intégrer ces mutations technologiques ;
- risque pesant sur le portefeuille d'adhérents, par exemple des contractions non prévisibles de la mobilité internationale ou encore une attrition du marché potentiel de la CFE à moyen et long terme avec le développement de systèmes de sécurité sociale.

Plus généralement, la mission a pu constater le caractère artisanal de cette caisse, en lien notamment avec sa petite taille et son modèle d'activité (plusieurs risques gérés, liquidation de soins effectués dans le monde entier), la rendant plus fragile face aux chocs.

Du fait de ces risques stratégiques, l'aboutissement du scénario de réforme en matière de rétablissement de la soutenabilité financière de la CFE n'est pas complètement garanti. Il convient ainsi de poursuivre l'expertise, que la mission a initiée, des scénarios de réorientation stratégique identifiés dans la section 4.2.

En outre, pour deux d'entre eux (réintégration au régime général et transformation en assurance ou mutuelle (ou transfert du portefeuille à ce type d'acteur), le rétablissement des comptes de la CFE est un préalable : il est donc tout à fait opportun de débuter par le scénario de réforme et d'envisager parallèlement les études nécessaires à la mise en œuvre d'autres scénarios à moyen-long terme.

<u>Proposition n° 11</u> : Mettre en œuvre la réforme de la CFE proposée par la mission, par des mesures législatives et réglementaires permettant idéalement une entrée en vigueur dès 2026 (tutelles et CFE), et, en parallèle de cette réforme, expertiser des scénarios de réorientation stratégique (tutelles, MEAE, direction générale du Trésor, Caisse nationale d'assurance maladie, Caisse nationale d'assurance vieillesse et Urssaf Caisse nationale).

4.2. Trois scénarios de réorientation stratégique ont été étudiés par la mission : il conviendra de continuer à les expertiser en parallèle de la mise en œuvre de la réforme proposée

4.2.1. Le scénario de fermeture de la CFE prendrait acte que les fondements de la politique de protection sociale des Français à l'étranger ne sont plus réunis

La raison d'être du scénario de fermeture de la CFE consisterait à prendre acte que les fondements de la politique de protection sociale des Français à l'étranger ne sont plus réunis, du fait du développement du marché de l'assurance privée internationale. De plus, elle pourrait être remise en cause par des facteurs externes, comme le développement de régimes obligatoires de sécurité sociale.

Ce scénario aurait pour effet négatif le risque d'exclure certaines personnes de l'assurance santé : par exemple des personnes disposant de ressources insuffisantes, ou présentant des caractéristiques de pathologies lourdes ou d'âge avancé.

Les principales conséquences d'un tel scénario sont les suivantes :

- mettre en place une gestion transitoire afin d'assurer la couverture des engagements financiers de long terme, comme le versement de rentes d'invalidité : une partie de l'actif devrait donc être préservée ;
- confier à un autre organisme (Urssaf), ou à la CNAV elle-même, le recouvrement des cotisations vieillesse ;
- le dispositif de catégorie aidée serait supprimé dans sa forme actuelle. Pour pallier les effets négatifs de cette suppression, l'État pourrait décider de le transformer en une allocation sociale d'aide à la couverture santé, distribuée par les consulats.

Si ce scénario devait se concrétiser, en raison d'une nouvelle et forte dégradation de la situation financière de la CFE, **il serait pertinent de fixer un seuil d'alerte sur les fonds propres à des fins d'anticipation** : un tel seuil pourrait être le début de consommation de la réserve spéciale de 87 M€, faisant partie des fonds propres et dont l'objet est de couvrir une sinistralité exceptionnelle (cf. annexe III).

4.2.2. La réintégration de la gestion de la CFE dans celle du régime général, en maintenant le principe d'équilibre de ses recettes et dépenses, devrait permettre à terme de dégager des synergies et des économies en fonctionnement

L'intégration des missions de la CFE au sein du régime général se traduirait par la suppression de la caisse comme organisme autonome et à la création d'un régime spécifique de protection sociale des Français à l'étranger au sein du régime général. Il ne s'agirait pas d'un fait nouveau, dans la mesure où les missions de la CFE étaient originellement et jusqu'à la création de la CFE en 1984 assurées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Seine-et-Marne pour le compte du régime général.

L'intégration au régime général devrait permettre de réaliser des économies de fonctionnement alors que les frais de gestion pèsent sur l'équilibre financier de la CFE, une fois les coûts de transition absorbés (par exemple en matière de systèmes d'information, qui nécessiteraient un fort investissement de la CNAM). Des gains d'efficience seraient attendus, *via* la mutualisation de certaines fonctions : gestion des ressources humaines, maîtrise des risques, suivi comptable des liquidations, immobilier. Ces économies et gains ne peuvent pas être chiffrés à ce stade. La politique publique serait conservée et l'opération serait neutre pour les assurés.

Un des risques de ce scénario est une perte de synergies, du fait de l'éclatement des fonctions qui sont aujourd'hui assurées par un seul organisme.

Dans un tel scénario, la mission préconise **de maintenir le principe d'équilibre financier du régime spécifique des Français à l'étranger au sein du régime général, plutôt qu'à une mutualisation du risque**. En effet, les niveaux de contribution sont différents entre le régime général et la CFE (*cf*. annexe II) et ces systèmes présentent une différence fondamentale, avec des cotisations obligatoires d'une part et volontaires d'autre part.

Par ailleurs, l'intégration de la gestion de la CFE à celle du régime général ne suffirait pas à régler en soi les déséquilibres du modèle économique de la CFE : des mesures de redressement restent nécessaires, parallèlement au processus d'intégration. La mise en œuvre conjointe ou préalable de la réforme s'avèrerait donc nécessaire.

Les enjeux principaux de ce scénario applicable à la CFE concerneraient très majoritairement l'assurance maladie. Ainsi, à travers le centre national des soins à l'étranger (CNSE) de la CPAM de Vannes et le centre national des retraités de France à l'étranger (CNAREFE) placé auprès de la CPAM de Melun, le réseau de la CNAM dispose déjà d'un socle de compétences établies pour traiter quantitativement et qualitativement les prises en charge de soins réalisés à l'étranger par les assurés sociaux pour le premier et les prises en charge de soins réalisés en France lors de séjour temporaires, par des retraités expatriés pour le second. Le régime CFE aurait vocation à être géré par une seule CPAM.

Les modalités de mise en œuvre de ce scénario pourraient, toutes proportions gardées, utilement s'inspirer du processus et méthodes de conduite de projet adoptés pour l'intégration du régime social des indépendants (RSI) au régime général entre 2018 et 2021. Un cadre à la fois volontariste et concerté[57] avait alors été défini à travers un schéma de transformation :

- l'organisation cible des métiers par la définition des compétences requises : au sein du régime général et les principales étapes de la trajectoire d'intégration ;
- les ressources humaines : les compétences des agents ont été utilisées et valorisées dans leur nouvel environnement ;
- les systèmes d'information : les applicatifs métiers et de gestion ont fait l'objet d'évolutions ou de décommissionnement programmés ;
- la gouvernance : pour laquelle ont été organisées les modalités de prises en compte de l'implication des parties prenantes dans le nouveau dispositif.

4.2.3. La transformation de la CFE en mutuelle ou assurance, ou le transfert de son portefeuille à un acteur de ce type, permettrait de maintenir le service aux Français de l'étranger mais sans l'exercice de missions de service public

La transformation de la CFE en mutuelle ou en assurance privée permettrait de maintenir le service aujourd'hui proposé aux Français de l'étranger, tout en faisant fortement évoluer son cadre d'intervention. Elle constituerait une alternative à la fermeture de la caisse si les pouvoirs publics devaient décider l'abandon de la politique publique de la protection sociale des Français à l'étranger.

Une telle transformation s'accompagnerait d'un désengagement de l'État de la gouvernance de la CFE (à l'exception du cas de transformation en société d'assurance et présence de l'État au capital) : dans ce contexte, les décisions stratégiques relèveraient du conseil d'administration de la nouvelle entité et, à travers eux, de ses actionnaires. Dès lors, ceux-ci seraient libres de remettre en question les composantes de la mission de service public aujourd'hui assurée par la CFE en tant qu'organisme privé chargé d'une mission de service public : les dispositifs de non-sélection médicale ou liée à l'âge et catégorie aidée seraient vraisemblablement réduits ou supprimés, car incompatibles avec les exigences de rentabilité et l'environnement purement concurrentiel d'un opérateur économique privé.

En outre, la nouvelle entité devrait respecter le cadre de la directive Solvabilité II : aujourd'hui la CFE respecte les exigences quantitatives de la directive Solvabilité II (*cf.* annexe IV), mais pas les exigences qualitatives (par exemple concernant les fonctions clés qui doivent être assurées en interne[58]). Avec la réforme proposée par la mission, les exigences quantitatives du cadre Solvabilité II seraient toujours respectées, avec une amélioration des ratios (*cf.* annexe IV) mais les exigences qualitatives resteraient problématiques.

---

[57] *Cf.* conclusions du rapport de l'IGAS de 2021 : « *Intégration du RSI au Régime Général : Evaluation d'étape de la réforme* ».

[58] Fonction actuarielle, fonction gestion des risques, fonction audit interne et fonction conformité.

Ce scénario nécessiterait l'obtention d'un agrément de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : le superviseur examinerait le modèle économique de la structure et sa capacité à dégager un résultat d'exploitation positif. Ainsi ce scénario ne serait-il viable qu'après avoir rétabli une trajectoire financière soutenable : la mise en œuvre préalable d'une réforme, comme proposé à la section 4.1, serait nécessaire. **La réforme rend donc l'option d'une transformation en mutuelle/assurance envisageable, sous réserve de produire en parallèle un effort important afin de respecter les exigences qualitatives du cadre de Solvabilité II**.

Par ailleurs, une variante consisterait à transférer le portefeuille d'assurés de la CFE à une mutuelle ou une assurance, ce qui présenterait l'intérêt pour le service proposé aux usagers de bénéficier de synergies (notamment en matière de gestion et de coûts).

À Paris, le 13 mai 2025

Les membres de la mission,

L'inspecteur des finances,



Olivier Taillardat

L'inspecteur général des affaires sociales,



Thierry Dieuleveux

L'inspectrice des finances,



Émilie Maysonnave

L'inspecteur général des affaires sociales,



Antoine Magnier

L'inspecteur des finances,



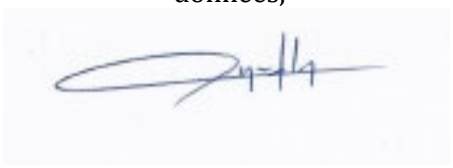
Fabien Bouvet

L'inspectrice des finances,



Pauline Grégoire-Marchand

Avec le concours du responsable adjoint du pôle science des données,



Aymeric Floyrac

ANNEXES ET PIÈCE JOINTE

LISTE DES ANNEXES ET DE LA PIÈCE JOINTE

ANNEXE I : **ANALYSE JURIDIQUE ET FONCTIONNELLE DE L'OBJET, DU POSITIONNEMENT ET DU CADRE D'INTERVENTION DE LA CFE**

ANNEXE II : **LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER**

ANNEXE III : **ANALYSE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER**

ANNEXE IV : **MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER**

ANNEXE V : **LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**

PIÈCE JOINTE : **LETTRE DE MISSION**

ANNEXE I

Analyse juridique et fonctionnelle de l'objet, du positionnement et du cadre d'intervention de la CFE

(Version communicable)

Les occultations réalisées pour respecter le secret des affaires de la Caisse des Français de l'étranger sont signalées par les annotations **[Confidentiel – Secret des affaires]** ou **[-]**.

SOMMAIRE

1. LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER TROUVE SON ORIGINE DANS L'AMBITION PORTÉE DANS LES ANNÉES 1970 ET 1980 DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL DES ENTREPRISES FRANÇAISES ET DE PROJETER LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAIS HORS DU TERRITOIRE NATIONAL 1

1.1. Les Français exerçant ou ayant exercé une activité salariée ou non salariée à l'étranger ont la faculté d'accéder au régime d'assurance vieillesse depuis la loi n°65-555 du 10 juillet 1965 1

1.2. La loi n° 76-1287 du 31 décembre 1976 a ouvert la possibilité aux salariés expatriés de s'assurer volontairement contre les risques maladie et accidents du travail-maladies professionnelles, en réponse à la demande des entreprises qui souhaitaient se développer à l'étranger 2

1.3. La loi n° 64-604 du 13 juillet 1984 a étendu l'accès à l'assurance maladie volontaire à l'ensemble des Français de l'étranger et a institué la CFE, dans le prolongement de la caisse des expatriés, en lui confiant la gestion de l'ensemble des assurances sociales accessibles aux Français de l'étranger 3

1.4. La loi de modernisation sociale de 2002 a introduit le principe d'une prise en charge par l'État et la CFE d'une partie des cotisations des assurés à bas revenu ...3

1.5. Dernièrement, le système d'assurances sociales volontaires des Français de l'étranger que gère la CFE et les conditions de son intervention ont été profondément réformés par la loi n°2018-1214 du 24 décembre 2018 4

2. LA CFE EST UN ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE ATYPIQUE DONT LE MODÈLE ÉCONOMIQUE EST STRUCTURELLEMENT FRAGILE DU FAIT DE LA CONJONCTION D'UNE OFFRE D'ASSURANCES SOCIALES PROPOSÉE À TOUS LES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER, DU CARACTÈRE VOLONTAIRE DE L'ADHÉSION À CETTE OFFRE ET DE L'EXISTENCE D'UNE OFFRE CONCURRENTIELLE PRIVÉE....4

2.1. Un système d'assurances sociales volontaires accessible à l'ensemble des Français expatriés qui positionne la CFE dans un marché par nature concurrentiel pour l'assurance contre les risques maladie-maternité, invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles 5

2.2. La CFE gère les adhésions et assure la collecte des cotisations des Français de l'étranger qui adhèrent au système d'assurance vieillesse volontaire qui leur est proposé, pour le compte du régime général et dans le cadre d'une délégation de gestion exclusive 7

2.2.1. Une délégation de gestion de l'assurance volontaire vieillesse des expatriés confiée de manière exclusive à la CFE et qui consiste à gérer les adhésions et recouvrer les cotisations, pour le compte de la CNAV 7

2.2.2. Une pratique de prise en charge par la CFE des cotisations d'assurance vieillesse volontaire des assurés qui ne sont plus éligibles à celle-ci quand ils perçoivent des indemnités journalières maladie, maternité, AT/MP ou lorsqu'ils perçoivent une pension d'invalidité ou une rente AT/MP d'un taux élevé 8

2.2.3. Une rémunération de la CFE par la CNAV pour son activité de gestion des adhésions et de recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse

volontaire qui prend principalement la forme d'une fraction des cotisations prélevées *9*

2.3. Les entreprises peuvent effectuer les formalités d'adhésion aux assurances de la CFE, pour le compte de leurs salariés, et prendre en charge tout ou partie de leurs cotisations 9

2.4. Encadré au niveau législatif et réglementaire, le système d'assurances sociales géré par la CFE offre des règles de prise en charge qui assurent un fort degré de proximité et de continuité avec le régime général pour les assurances santé-maternité, invalidité et AT/MP 10

2.4.1. Des conditions de couverture des soins de santé proches de celles du régime général d'assurance maladie française pour les soins dispensés à l'étranger et identiques à celles-ci pour les soins reçus lors des séjours temporaires en France *10*

2.4.2. Des prestations supplémentaires d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail et de congés maternité, de pension d'invalidité et de capital décès, en option, pour les adhérents aux assurances maladie et maternité de la CFE. *12*

2.4.3. Une assurance volontaire contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles fortement encadrée au niveau législatif et réglementaire *13*

2.4.4. Le bénéfice de la carte Vitale est accordé à partir de la fin 2019 à la plupart des adhérents de la CFE à l'assurance maladie et maternité de la CFE pour la prise en charge de leurs soins de santé dispensés lors de leurs séjours en France *14*

2.4.5. Un très fort degré de continuité avec le régime général de la sécurité sociale française lors du départ de France pour l'installation à l'étranger ainsi que lors du retour définitif d'expatriation en France *16*

2.5. Dans le cadre d'un dispositif fortement encadré au niveau législatif et réglementaire, la CFE finance, sur son propre budget d'action sociale, une partie des cotisations des assurés de la « catégorie aidée » 17

2.6. La CFE est dotée d'une autonomie financière et fonctionnelle vis-à-vis des régimes obligatoires de base, avec un conseil d'administration et une tutelle de l'État exercée par les ministres en charge de la sécurité sociale et du budget 18

2.6.1. Des assurances sociales volontaires gérées de manière autonome par rapport aux régimes obligatoires de sécurité sociale *18*

2.6.2. Des obligations d'équilibre fixées au niveau législatif et réglementaire pour les comptes de la CFE qui n'ont pas été strictement prises en compte, ni respectées, ces dernières années *19*

2.6.3. Des obligations prudentielles spécifiques au niveau législatif et un encadrement réglementaire des placements financiers de la CFE *20*

2.6.4. La gestion d'un budget d'action sanitaire et sociale qui a deux grandes finalités *20*

2.7. Au total, la CFE est un organisme de sécurité sociale hybride, atypique et de taille modeste, chargé de gérer un système d'assurances sociales dont le modèle économique est structurellement fragile 21

3. LA RÉFORME DE LA CFE DE 2018, QUI A MODERNISÉ SON OFFRE COMMERCIALE, N'A PAS PERMIS D'INVERSER LA DÉGRADATION DE LA STRUCTURE D'ÂGE DE SA CLIENTÈLE ET, EN LIMITANT LES HAUSSES DE TARIFS POUR UNE PARTIE DE SES ANCIENS ASSURÉS, A OBÉRÉ FORTEMENT SES RÉSULTATS CES DERNIÈRES ANNÉES 22

3.1. La réforme portée par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 visait principalement à moderniser l'offre commerciale de la CFE en vue de renforcer son attractivité, notamment pour les jeunes 22

3.1.1. Le diagnostic qui a sous-tendu la réforme de la CFE de 2018 était celui d'une offre commerciale peu lisible et d'un modèle économique ne répondant pas pleinement aux attentes des expatriés 23

3.1.2. La réforme a été portée par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018, complétée par deux décrets d'application et des arrêtés fixant le niveau des cotisations et des prestations sur proposition du conseil d'administration de la CFE 24

3.1.3. La loi du 24 décembre 2018 a refondu l'architecture juridique des dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux assurances sociales volontaires des Français de l'étranger 25

3.1.4. La loi du 24 décembre 2018 a élargi les conditions d'accès aux assurances gérées par la CFE aux ressortissants des pays de l'UE, des autres pays partie de l'EEE et la Suisse 26

3.1.5. La loi du 24 décembre 2018 a réformé en profondeur le cadre et les modalités d'intervention de la CFE en vue de renforcer l'attractivité de son offre commerciale d'assurance maladie et maternité, notamment pour les jeunes 27

3.1.6. La loi du 24 décembre 2018 a donné à la CFE de nouvelles prérogatives en matière de gestion et lui a ouvert formellement la possibilité de conclure des partenariats commerciaux 34

3.1.7. La loi du 24 décembre 2018 a apporté des modifications limitées à la gouvernance de la CFE 35

3.2. La réforme de la CFE de 2018 qui a eu des effets contrastés, ne lui a pas permis de développer fortement sa clientèle pour les assurances santé ni d'inverser la dégradation tendancielle de sa structure d'âge, et le plafonnement des hausses de cotisations pour une partie de ses anciens assurés a obéré ses résultats de manière insoutenable 38

4. DES FACTEURS EXOGÈNES ET INTERNES EXPOSENT LA CFE À DES RISQUES JURIDIQUES, ALORS QUE SON ACTIVITÉ DOIT SE CONFORMER AUX SYSTÈMES D'ASSURANCES SOCIALES LOCAUX ET AU DROIT EUROPÉEN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA CONCURRENCE 41

4.1. Les assurances de la CFE qui ne peuvent se substituer à une adhésion aux régimes obligatoires locaux de sécurité sociale, complètent aujourd'hui utilement le système de conventions internationales pour certains Français résidant à l'étranger ainsi que leurs employeurs 41

4.1.1. L'intérêt d'une adhésion à la CFE dans les pays hors de l'espace économique européen et avec lesquels la France n'a pas signé de convention bilatérale de coordination de sécurité sociale est incontestable 43

4.1.2. Les assurances sociales proposées par la CFE peuvent compléter utilement la protection offerte par les systèmes locaux de sécurité sociale dans les pays ayant conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France 43

4.2. Le développement des systèmes locaux d'assurance sociale dans les pays émergents et en développement, et la progression des accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par la France laissent envisager une réduction à terme du marché potentiel d'assurances de la CFE 47
4.3. L'activité de la CFE en matière d'assurance santé et AT/MP dans les pays de l'EEE et la Suisse semble non conforme aux dispositions du règlement européen n° 883/2004, une situation connue de longue date qui expose l'État et la CFE à un risque de contentieux qui paraît toutefois limité 48
4.4. L'activité commerciale d'assurances de la CFE la soumet logiquement au droit européen de la concurrence et des aides publiques, ce qui fait peser un risque de fragilité juridique sur certaines de ses modalités actuelles de fonctionnement 50
4.4.1. La CFE doit être considérée comme une entreprise soumise à ce titre à la législation européenne en matière de concurrence et d'aides d'État, ce qui contraint les possibilités pour l'État de favoriser son activité 50
4.4.2. La conformité au droit européen de la concurrence et des aides d'État de la rémunération versée à la CFE par la CNAV, pour sa mission de collecte des cotisations pour l'assurance, mériterait d'être étudiée 54
4.4.3. La conformité au droit européen de la concurrence du bénéfice de la carte Vitale pour le règlement des soins en France accordé aux assurés de la CFE mériterait également d'être étudiée 55
4.4.4. Bien qu'elle ne couvre qu'une faible part du coût de la catégorie aidée supportée par la CFE, la conformité de la subvention annuelle du MEAE à la législation européenne en matière d'aides d'État peut être questionnée .. 55
4.4.5. Selon certaines analyses, la réglementation européenne relative aux activités d'assurances, notamment la directive « Solvabilité II », pourrait devoir s'appliquer aux activités de la CFE 56
4.5. La CFE intervient au sein d'un écosystème de la sécurité sociale dédié à la prise en charge des frais de santé des Français se déplaçant ou résidant à l'étranger, qui apparait complexe pour les usagers 57

5. LA GOUVERNANCE DE LA CFE QUI DONNE UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE AUX REPRÉSENTANTS DES ASSURÉS MÉRITE D'ÊTRE ADAPTÉE DANS LE SENS D'UNE PLUS GRANDE REPRÉSENTATION DES ENTREPRISES ET EN VUE DE FAVORISER UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES ENJEUX STRATÉGIQUES ET FINANCIERS 59

5.1. La composition du conseil d'administration devrait être adaptée en vue de renforcer la représentation des employeurs et son degré d'expertise, notamment dans le domaine des assurances 59
5.2. Certaines modalités de fonctionnement du conseil d'administration de la CFE méritent d'être améliorés pour renforcer sa capacité de prise de décisions 63
5.3. La tutelle de la CFE qui a été essentiellement exercée par la DSS au cours des années récentes, doit être renforcée en vue d'une meilleure prise en compte des enjeux stratégiques et financiers 68
5.4. La CFE employait un effectif de 235 salariés fin décembre 2023, rattachés pour l'essentiel à la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de sécurité sociale 70
5.5. L'État et la CFE ont conclu une troisième convention de partenariat pour la période 2022 à 2025 71

Crée en 1984, la Caisse des Français de l'étranger (CFE) est un organisme privé chargé d'une mission de service public consistant à gérer le système d'assurances volontaires pour les risques maladie et maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), prévu par le code de la sécurité sociale (CSS)[1], qui était proposé historiquement aux Français de l'étranger. Depuis une réforme adoptée en 2018, le champ de ses bénéficiaires s'étend à l'ensemble des ressortissants des pays de l'Union européenne (UE), des autres États parties de l'Espace économique européen (EEE) et de la Confédération Suisse, qui résident à l'étranger et qui ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale. La CFE est en outre chargée de gérer les adhésions et le recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse volontaire proposée aux salariés et anciens salariés du régime général résidant à l'étranger et remplissant les mêmes conditions, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Cette annexe offre une présentation et une analyse, d'ordre essentiellement juridique et fonctionnelle, du système d'assurances sociales gérées par la CFE et des conditions d'intervention de celle-ci.

Elle propose successivement :

- une présentation synthétique de l'historique de la CFE (partie 1) ;
- une présentation des grandes caractéristiques du système d'assurances géré par la CFE, du positionnement et des conditions de fonctionnement de celle-ci ainsi que de leur impact sur son modèle économique (partie 2) ;
- une présentation détaillée de la réforme de 2018 portée par la loi n°2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger et une première analyse de ses effets (partie 3) ;
- un ensemble d'éléments de constats qui suggèrent que l'activité d'assurance de la CFE est exposée à des risques dans une perspective de moyen à long terme, du fait de certains facteurs et d'un cadre juridique d'intervention qui n'apparait pas parfaitement sécurisé dans le contexte européen (partie 4) ;
- une présentation et une analyse de la gouvernance de la CFE (partie 5).

1. La Caisse des Français de l'étranger trouve son origine dans l'ambition portée dans les années 1970 et 1980 de favoriser le développement international des entreprises françaises et de projeter le système de sécurité sociale français hors du territoire national

1.1. Les Français exerçant ou ayant exercé une activité salariée ou non salariée à l'étranger ont la faculté d'accéder au régime d'assurance vieillesse depuis la loi n°65-555 du 10 juillet 1965

La création des assurances sociales volontaires accessibles aux Français établis hors de France a connu une première étape, fondatrice, avec la loi n°65-555 du 10 juillet 1965 dite « Armangaud »[2].

Cette loi a donné la possibilité aux Français de l'étranger exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle à l'étranger de s'assurer volontairement au régime de l'assurance vieillesse en procédant à l'achat ou au rachat de cotisations sociales.

[1] *Cf.* les articles L762-1 et L766-4 du CSS.

[2] Loi n°65-555 du 10 juillet 1965 accordant aux Français exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle salariée ou non salariée la faculté d'accession au régime de l'assurance volontaire vieillesse « expatriée ».

Cette faculté, ouverte aux salariés comme aux travailleurs non-salariés, était d'autant plus importante qu'il n'existait pas alors de règlement de coordination de la sécurité sociale au sein de la communauté économique européenne et très peu de conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France (*cf.* partie 4.1 *infra*).

1.2. La loi n° 76-1287 du 31 décembre 1976 a ouvert la possibilité aux salariés expatriés de s'assurer volontairement contre les risques maladie et accidents du travail-maladies professionnelles, en réponse à la demande des entreprises qui souhaitaient se développer à l'étranger

Une deuxième étape décisive a été franchie grâce à la loi n° 76-1287 du 31 décembre 1976[3] **qui a accordé aux travailleurs salariés expatriés français résidant hors de la Communauté économique européenne la faculté de s'assurer volontairement contre les risques « maladie-maternité-invalidité » (MMI) et « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT/MP)** et a précisé les droits des travailleurs salariés français détachés à l'étranger au sens de la sécurité sociale française (*cf*. les partie 2.1 et 4.1 *infra* pour la notion de détachement au sens de la sécurité sociale)[4].

La gestion de ce régime avait été confiée à la caisse d'assurances maladie de Seine-et-Marne qui avait constituée à cette fin auprès d'elle une « caisse des expatriés ». Afin de regrouper, dans un souci de simplification, l'ensemble des opérations dans un lieu unique, la gestion des adhésions et le recouvrement des cotisations de l'assurance vieillesse volontaire lui ont aussi été confiés, pour le compte de la CNAV (dénommée CNAVTS à l'époque).

Par la suite, **l'accès à l'assurance maladie-maternité a été étendu aux travailleurs non-salariés et aux pensionnés des régimes français de retraite établis à l'étranger**, hors du territoire de la Communauté économique européenne, par la loi n° 80-471 du 27 juin 1980[5]. Cette loi était issue de deux propositions de loi déposées au Sénat et portées en particulier par le sénateur Jean-Pierre Cantegrit[6].

---

[3] Loi n°76-1287 du 31 décembre 1976 relative à la situation au regard de la sécurité sociale des travailleurs salariés à l'étranger.

[4] Résumés, les principes de cette législation étaient les suivants :

- Les travailleurs pouvaient, au choix, adhérer aux deux branches ou à l'une d'entre elles seulement ;

- La demande d'adhésion à l'assurance volontaire MMI devait être formulée au plus tard à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle la personne se trouvait dans la situation leur permettant de bénéficier de cette assurance. Toutefois, les demandes pouvaient être satisfaites au-delà de ce délai à la condition que le demandeur acquitte la cotisation ou les cotisations afférentes depuis la date d'ouverture du droit à adhérer dans la limite de cinq années.

[5] Loi n°80-471 du 27 juin 1980 étendant la protection sociale des Français à l'étranger.

[6] La proposition de loi n°133 de MM. Jean-Pierre Cantegrit, Pierre Croze. Charles de Cuttoli, Jacques Habert, Paul D'Ornano et Frédéric Wïrth relative à la situation au regard de la Sécurité sociale des travailleurs non salariés à l'étranger et la proposition de loi n°182 de M. Jean-Pierre Cantegrit accordant aux pensionnés des régimes français de retraite la faculté d'accession au régime de l'assurance volontaire maladie-maternité. Voir en particulier le rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales par Monsieur Jean-Pierre Cantegrit, sur la proposition de loi modifiée par l'Assemblée nationale, déposé à la présidence du Sénat le 9 avril 1980, pour un descriptif des apports de cette loi.

1.3. La loi n° 64-604 du 13 juillet 1984 a étendu l'accès à l'assurance maladie volontaire à l'ensemble des Français de l'étranger et a institué la CFE, dans le prolongement de la caisse des expatriés, en lui confiant la gestion de l'ensemble des assurances sociales accessibles aux Français de l'étranger

La loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 a marqué par la suite une nouvelle étape majeure dans la construction de la protection sociale des Français établis à l'étranger[7], avec le double objectif de favoriser l'internationalisation des entreprises française et d'améliorer la couverture sociale des Français à l'étranger.

Inspirée pour partie, à nouveau, par des propositions de loi déposées par le sénateur Cantegrit, cette loi a prévu un vaste ensemble de mesures, qui a contribué en particulier à[8] :

- étendre l'accès aux assurances sociales volontaires aux travailleurs salariés et non-salariés expatriés résidant dans la Communauté économique européenne ;
- ouvrir la possibilité aux entreprises d'accomplir les formalités nécessaires à l'adhésion de leurs salariés aux assurances sociales volontaires ;
- étendre l'accès à l'assurance volontaire vieillesse aux mères de famille et aux femmes seules chargées de famille résidant à l'étranger ;
- étendre l'accès à l'assurance volontaire maladie et maternité à diverses catégories de personnes inactives, dont les préretraités, les étudiants, les chômeurs, les pensionnés d'invalidité et les conjoints survivants séparés ou divorcés.

Cette loi a en outre créé la Caisse des Français de l'étranger (CFE), à partir de 1985, en lui confiant la mission de gérer cet ensemble d'assurances, dans le prolongement de la caisse des expatriés. Elle l'a dotée de son propre conseil d'administration et a posé ses règles principales de fonctionnement. Elle lui a aussi confié également la gestion des adhésions et le recouvrement des cotisations à l'assurance vieillesse volontaire qu'elle reverse à la CNAV.

1.4. La loi de modernisation sociale de 2002 a introduit le principe d'une prise en charge par l'État et la CFE d'une partie des cotisations des assurés à bas revenu

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a introduit un ensemble de mesures concernant le système d'assurances sociales volontaires géré par la CFE[9].

En parallèle de la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), elle a notamment institué le principe d'une aide à l'adhésion aux assurances maladie-maternité-invalidité (MMI) de la CFE pour les personnes à bas revenu, résidant dans les pays hors de l'EEE et la Suisse et ne disposant pas des ressources suffisantes pour régler la totalité de la cotisation. Cette aide a pris la forme d'une prise en charge par le budget de l'action sociale de la CFE d'une fraction (déterminée par arrêté) de la cotisation pour les personnes dont les ressources de toute nature étaient inférieures à un montant, fixé par arrêté à la moitié du plafond annuel de sécurité sociale (PASS). Cette mesure s'est traduite par la création de la catégorie dite alors « catégorie 3 aidée », devenue depuis la « catégorie aidée ».

---

[7] Loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 portant diverses mesures relatives à l'amélioration de la protection sociale des Français de l'étranger.

[8] Voir en particulier le rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, par Monsieur Jean-Pierre Cantegrit, déposé à la présidence du Sénat le 20 juin 1984 pour un descriptif des apports de cette loi.

[9] *Cf.* l'article 19 de cette loi.

La loi avait prévu que la CFE reçoive un concours de l'État pour le financement de la catégorie aidée. Elle avait aussi prévu qu'à compter du 1er janvier 2002 et jusqu'à l'épuisement de cette somme, la part du budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE consacrée au financement de la catégorie aidée soit financée par un versement exceptionnel et unique de 7,6 M€ prélevé sur les réserves de la caisse (à la clôture de l'exercice 2000). Par la suite, la caisse étant arrivée au terme du précompte sur réserves le 1er juillet 2006, le ministère des affaires étrangères a commencé à apporter un concours à partir de 2006 (1,36 M€ en 2006 et 2,26 M€ en 2007).

1.5. Dernièrement, le système d'assurances sociales volontaires des Français de l'étranger que gère la CFE et les conditions de son intervention ont été profondément réformés par la loi n°2018-1214 du 24 décembre 2018

Dernièrement, la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018[10], a marqué une nouvelle évolution importante du système d'assurances sociales géré par la CFE.

Cette loi a été à nouveau portée par une proposition de loi déposée au Sénat, qui avait pour objectifs principaux de favoriser une profonde rénovation de l'offre commerciale de la CFE et de rénover sa gouvernance.

La partie 3 *infra* présente et analyse en détail les principaux apports de cette loi et offre une première analyse succincte de ses effets.

2. La CFE est un organisme de sécurité sociale atypique dont le modèle économique est structurellement fragile du fait de la conjonction d'une offre d'assurances sociales proposée à tous les Français de l'étranger, du caractère volontaire de l'adhésion à cette offre et de l'existence d'une offre concurrentielle privée

L'objet, le champ d'intervention et les modalités de fonctionnement de la CFE sont définis et encadrés par le code de la sécurité sociale (CSS) :

- au niveau législatif, essentiellement, par les articles L. 762-1 à L. 762-10[11] et les articles L. 766-4 à L. 766-13[12] dudit code[13] ;
- complétés, au niveau réglementaire :
  - en premier lieu, par les articles R. 762-1 à R. 762-36 et les articles R. 766-6 à R. 766-65 dudit code ;
  - et en second lieu, par les articles D. 762-1 à D. 763-6 et les articles D. 766-8 à D. 766-27-1 du même code.

[10] Loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger.

[11] Chapitre 2 (« Assurés volontaires à l'étranger ») du titre VI (« Assurés résidant à l'étranger ») du Livre VII (« Régimes divers – Dispositions diverses ») dudit code.

[12] Section 3 (« Caisse des Français de l'étranger ») du chapitre 6 (« Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V ») du titre VI (« Assurés résidant à l'étranger ») du Livre VII (« Régimes divers – Dispositions diverses ») dudit code.

[13] Ainsi que les articles L742-1 et L742-6 du CSS qui précisent les conditions d'accès aux assurances volontaire et vieillesse pour les salariés et les travailleurs indépendants concernés (ayant cessé de remplir les conditions de l'assurance obligatoire) de même que l'article L722-18 du code rural et de la pêche maritime pour les personnes non salariées des professions agricoles.

2.1. Un système d'assurances sociales volontaires accessible à l'ensemble des Français expatriés qui positionne la CFE dans un marché par nature concurrentiel pour l'assurance contre les risques maladie-maternité, invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles

La CFE est chargée de gérer le système d'assurance volontaire prévu par le code de la sécurité sociale (CSS) pour les ressortissants des pays de l'Union européenne (UE), des autres États parties de l'Espace économique européen (EEE)[14] et la Suisse, qui « *réside(nt) à l'étranger et qui ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale* », pour les risques maladie et maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), et vieillesse, prévu par le code de la sécurité sociale[15].

Historiquement réservé aux ressortissants français remplissant ces conditions, le champ des bénéficiaires de ce système d'assurances a été élargi à l'ensemble des ressortissants des pays de l'UE, de l'EEE et la Suisse, par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger. Il s'agissait de mettre la législation interne en compatibilité avec les règles européennes qui proscrivent toute discrimination entre ressortissants des États membres de l'UE et en cohérence avec les observations de la précédente mission de l'IGF et de l'IGAS de 2015[16] (*cf.* partie 3.1.4).

S'agissant des Français établis à l'étranger, les assurances volontaires de la CFE sont réservées, de manière logique, à ceux qui ont un statut d'expatrié au sens de la sécurité sociale, à savoir à ceux qui ne bénéficient pas d'un statut de détachement leur permettant de rester, pour une durée déterminée, affiliés au régime sécurité sociale français et non au régime de sécurité sociale du pays étranger dans lequel ils résident et/ou travaillent. L'encadré 1 présente de manière succincte les différents statuts ou régimes de couverture de sécurité sociale possibles pour les ressortissants Français établis à l'étranger, notamment ceux occupant un emploi salarié.

L'adhésion, et donc les cotisations à la CFE, étant volontaires, la CFE évolue dans un contexte concurrentiel : d'autres assureurs privés proposent en effet pour cette même catégorie d'assurés, des offres d'assurances pour les risques maladie et maternité, invalidité et AT/MP.

Alors que les assurances volontaires gérées par la CFE sont accessibles à l'ensemble des Français établis hors de France et les ressortissants des pays de l'EEE et de la Suisse, sous réserve qu'ils remplissent les conditions précédemment énoncées[17], l'**une des caractéristiques fortes de ce système, en matière d'assurance maladie-maternité, qu'il partage avec la sécurité sociale française, est qu'il ne procède pas à la sélection des risques, ni en fonction de l'âge ni en fonction des conditions de santé des personnes, contrairement aux assurances privées contre le risque maladie.**

[14] A savoir l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.

[15] Article L762-1 du CSS.

[16] « La Caisse des Français de l'étranger – Son activité et les conditions de son intervention », Rapport IGAS-IGF N° 2015-025R2, juillet 2015,

[17] Article L762-1 et R762-1 du CSS.

Encadré 1 : Les situations d'expatriation et de détachement au sens de la sécurité sociale pour les Français établis hors de France

Le principe de territorialité en matière de sécurité sociale se traduit par le fait que l'affiliation aux régimes obligatoires français de sécurité sociale ne s'applique pas aux Français établis à l'étranger et que ceux-ci doivent être affiliés au régime obligatoire de sécurité sociale du pays dans lequel ils résident et/ou travaillent sauf exceptions, correspondant à des situations de détachement.

Situations de détachement :

Dans le cadre de la sécurité sociale, on entend par détachement le fait de maintenir au régime de protection sociale du pays habituel d'emploi un travailleur, salarié ou non salarié, qui va, durant un temps déterminé, exercer son activité professionnelle sur le territoire d'un autre pays. Le lien de subordination avec l'employeur est maintenu.

Les situations de détachement sont prévues, selon les modalités différentes, par deux types de conventions internationales : les règlements européens en matière de sécurité sociale pour les pays de l'UE, les autres pays de l'EEE et la Suisse, d'une part ; les conventions de coordination de sécurité sociale conclues par la France avec d'autres Etats et territoires, d'autre part.

Le détachement dans un pays de l'UE, un autre pays de l'EEE et la Suisse, qualifié usuellement de « détachement communautaire » doit se conformer aux règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, à savoir le règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale les suivants et son règlement d'application, à savoir le règlement (CE) n°987/2009[18]. Ce détachement, toujours temporaire, est initialement de 24 mois maximum.

Les conventions de sécurité sociale conclues entre la France et une quarantaine d'autres pays et territoires, autorisent également des situations de détachement, selon les modalités qui leurs sont propres et qui varient d'une convention à l'autre. Pour ces « détachements conventionnels », la durée initiale maximale oscille entre 1 et 5 ans. Ces durées peuvent être prolongées dans certains États et sous certaines conditions.

Lorsque la France n'est pas liée par un accord de sécurité sociale avec un autre État, ou lorsque les conditions ne sont pas remplies pour se prévaloir d'un détachement dans le cadre d'un accord, une personne peut avoir la qualité de détachée au sens de la seule législation française, pour une durée maximale de 6 ans. Ce type de situation est fréquemment qualifié de « détachement légal » par opposition aux cas de détachements communautaires et conventionnels. Il convient toutefois de noter que ce type de détachement n'exonère pas de l'obligation d'affiliation et de versement de cotisations sociales dans le pays où l'activité est exercée.

Situations d'expatriation :

Hors situations exceptionnelles, essentiellement de détachement, les personnes qui partent vivre ou exercer leur activité à l'étranger sont considérées comme expatriées dès lors qu'elles ne relèvent plus du régime de protection sociale de leur État d'origine et n'y versent plus de cotisations. Elles relèvent alors obligatoirement du régime de l'État d'activité, auprès duquel elle cotise. Ces situations d'expatriation n'ont pas de durée limitée.

S'agissant des Français exerçant une activité salariée à l'étranger et en situation d'expatriation au sens de la sécurité sociale, certains demeurent salariés de de leur entreprise d'origine de droit français qui les envoie exercer une activité à l'étranger, tandis que d'autres sont recrutés dans le cadre d'un « contrat de travail local » conclu avec une entreprise étrangère ou une filiale étrangère d'un groupe de droit français,

Source : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)[19].

[18] Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

[19] *Cf.* en particulier les pages suivantes du site Internet du CLEISS : FAQ - Détachement ; FAQ - Expatriation.

2.2. La CFE gère les adhésions et assure la collecte des cotisations des Français de l'étranger qui adhèrent au système d'assurance vieillesse volontaire qui leur est proposé, pour le compte du régime général et dans le cadre d'une délégation de gestion exclusive

2.2.1. Une délégation de gestion de l'assurance volontaire vieillesse des expatriés confiée de manière exclusive à la CFE et qui consiste à gérer les adhésions et recouvrer les cotisations, pour le compte de la CNAV

La CFE est chargée de gérer l'assurance vieillesse volontaire définie et encadrée par les articles L. 742-1 à L. 742-7 du code de la sécurité sociale, au niveau législatif, et les articles R. 742-1 et R. 742-39 et D. 742-1 à D. 743-1 du même code, au niveau réglementaire, dans des conditions particulières, pour les personnes expatriées qui y sont éligibles.

L'assurance volontaire vieillesse gérée par la CFE, pour la part concernant la collecte des cotisations qui la financent, est ainsi ouverte aux personnes suivantes (sous réserve qu'elles remplissent les conditions de l'article L. 762-1)[20] :

- les personnes qui exercent une activité salariée à l'étranger et ayant relevé d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une période d'au moins 5 ans, à quelque titre que ce soit ;
- les personnes chargées de famille résidant à l'étranger et ayant relevé d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une période d'au moins 5 ans, à quelque titre que ce soit ;
- les personnes résidant à l'étranger qui ont cotisé au régime général de l'assurance vieillesse obligatoire en France pendant une période d'au moins 6 mois avant leur départ de France et qui ont cessé de relever de ce régime depuis moins de 6 mois.

Les salariés ou anciens salariés éligibles ou les entreprises mandataires qui agissent pour le compte de leurs salariés versent les cotisations afférentes à la CFE. Ces cotisations sont ensuite reversées à la CNAV qui met à jour le compte individuel retraite des personnes concernées. Les trimestres et les salaires des personnes sont pris en compte dans le calcul de leur pension de retraite.

L'adhésion prend effet au jour de la demande. Dans certains cas, il est possible de la fixer au 1er jour d'un mois civil.

En pratique, le/la conjoint(e) d'un salarié à l'étranger peut également adhérer dans le cas où il/elle se présente en tant que « chargé de famille ». Ce statut atteste que le/la conjoint(e) est sans activité et qu'il/elle a au moins un enfant de moins de 20 ans à charge. Le montant de la cotisation est fixe, contrairement à une adhésion en tant que salarié.

Les personnes qui exercent une activité salariée à l'étranger éligibles à l'assurance vieillesse volontaire peuvent aussi procéder à des rachats de cotisation pour les périodes de salariat déjà effectuées à l'étranger.

L'assurance vieillesse volontaire de la CFE est aussi accessible, dans des conditions analogues, aux travailleurs indépendants et aux personnes non salariées des professions agricoles[21].

[20] *Cf.* les articles L. 742-1 et L. 742-2 et les articles R. 742-1 à R. 742-3 du CSS.

[21] Article L. 742-6 du CSS et article L. 722-18 du code rural et de la pêche maritime.

2.2.2. Une pratique de prise en charge par la CFE des cotisations d'assurance vieillesse volontaire des assurés qui ne sont plus éligibles à celle-ci quand ils perçoivent des indemnités journalières maladie, maternité, AT/MP ou lorsqu'ils perçoivent une pension d'invalidité ou une rente AT/MP d'un taux élevé

Comme l'a relevé la précédente mission de l'IGF et de l'IGAS de 2015[22], une pratique historique de la CFE, jusqu'en 2014, était de valider, au titre de la retraite, les périodes indemnisées par ses assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et AT/MP, pour ses assurés également affiliés au risque vieillesse, ce qui représentait un avantage substantiel pour ceux-ci, calqué sur le régime général. Pour assurer la continuité des droits et la coordination entre les assurances volontaires gérées par la CFE et l'assurance vieillesse du régime général, le dispositif fonctionnait, depuis la création de la CFE en 1985, sur la base d'une reconnaissance par analogie avec les règles du régime général[23], sans toutefois que des dispositions légales ne justifient cette pratique. Cette pratique avait été validée à plusieurs reprises par la CNAV.

Comme la précédente mission de 2015, la présente mission a pu mesurer, à travers ses entretiens avec des responsables de grandes entreprises ayant une activité à l'international et différentes organisations les représentant, que la quasi-totalité d'entre elles sont très attachées à l'assurance vieillesse dont les cotisations sont collectées par la CFE et, dans une large mesure, à la possibilité qu'elle donne, de manière historique, de valider, au titre de la retraite, les périodes indemnisées par ses assurances volontaires maladie-maternité et AT/MP.

Dans ce contexte, à la suite d'une saisine de la CNAV du 12 mars 2012, une première lettre ministérielle de la DSS du 16 décembre 2013, constatant l'absence de texte justifiant cette pratique, a demandé à la CFE de ne plus procéder à la validation des périodes de maladie, maternité, AT/MP, invalidité, indemnisées par celle-ci, en périodes assimilées à des périodes d'assurance au régime général. Une seconde lettre ministérielle du 12 décembre 2014 a précisé que les périodes indemnisées à ce titre par celles-ci pour les années antérieures à 2014 devaient cependant être maintenues aux comptes des assurés, en tant que périodes assimilées à des périodes d'assurance au régime général[24].

Par la suite, eu égard à la déstabilisation de l'activité de la CFE que ces changements auraient induite, une solution palliative a été trouvée : il a été proposé à la CFE de prendre en charge par son budget de l'action sanitaire et sociale le coût des cotisations manquantes pour valider les trimestres d'assurance retraite correspondant aux périodes indemnisées maladie, maternité, invalidité et AT/MP. Un arrêté ministériel du 26 juin 2015[25] a ainsi autorisé la CFE à prendre en charge, sur son budget d'action sanitaire et sociale, la cotisation d'assurance volontaire vieillesse à la place de l'assuré volontaire, lorsque celui-ci ne remplit plus les conditions pour continuer à cotiser à celle-ci, dans deux cas particuliers :

- lorsqu'il perçoit des indemnités journalières de la CFE au titre de la maladie, de la maternité, de l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- lorsqu'il perçoit une pension d'invalidité ou de rente d'AT/MP d'un taux au moins égal à 66 %.

---

[22] « La Caisse des Français de l'étranger – Son activité et les conditions de son intervention », Rapport IGAS-IGF N° 2015-025R2, juillet 2015.

[23] Articles L. 351-3 et R. 351-12 du CSS.

[24] *Cf.* également la circulaire de la CNAV n° 2015-20 du 10 avril 2015 relative aux périodes indemnisées par la CFE au titre de la maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle et invalidité, validées en périodes assimilées à des périodes d'assurance au régime général.

[25] Arrêté du 26 juin 2015 modifiant l'arrêté du 22 décembre 1998 relatif au programme d'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français de l'étranger.

Il est à noter que cette prise en charge est réservée aux salariés radiés de l'assurance volontaire vieillesse de la CFE car ils ne remplissent plus les conditions d'adhésion du fait de leur retour en France ou de la rupture de leur contrat de travail à l'étranger.

Le salarié, indemnisé par la CFE à la suite d'une interruption de travail pour maladie, maternité, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle ou qui perçoit de la CFE une pension d'invalidité ou une rente AT/MP d'un taux d'incapacité d'au moins 66 %, mais dont le contrat de travail n'est pas rompu ou qui n'est pas revenu en France doit continuer à cotiser lui-même à l'assurance volontaire vieillesse, s'il le souhaite[26].

2.2.3. Une rémunération de la CFE par la CNAV pour son activité de gestion des adhésions et de recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse volontaire qui prend principalement la forme d'une fraction des cotisations prélevées

Les frais de gestion de la CFE afférents au recouvrement des cotisations d'assurance volontaire vieillesse font l'objet d'une contribution de la CNAV qui prend historiquement la forme d'un prélèvement précompté égal à 1 % des cotisations prélevées.

La direction de la CFE, interrogée par la mission, n'a pas été en mesure de retrouver le support juridique sous-tendant les modalités de fixation de cette contribution de la CNAV. Des échanges de courriers entre la CNAV et la CFE de 1997 et 1998 suggèrent toutefois que les modalités de cette contribution ont été fixées dès la création de la CFE en 1985 et que le conseil d'administration de la CNAV avait alors souhaité revoir ces modalités, sans obtenir gain de cause.

Par ailleurs, les modalités de la contribution de la CNAV au budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE ont été fixées dernièrement par un arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale du 14 janvier 2020[27]. La partie 2.6.4 *infra* précise ces modalités.

2.3. Les entreprises peuvent effectuer les formalités d'adhésion aux assurances de la CFE, pour le compte de leurs salariés, et prendre en charge tout ou partie de leurs cotisations

L'article L. 762-2 du CSS dispose : *« Les entreprises peuvent, pour le compte des travailleurs salariés et des collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger, effectuer, dans des conditions fixées par décret, les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires (de la CFE). Elles peuvent prendre en charge, en tout ou partie, les cotisations dues par leurs salariés ».*

Depuis l'adoption de la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018, selon la volonté du législateur, cette faculté n'est plus réservée aux entreprises de droit français - ni aux salariés de nationalité française.

---

[26] *Cf.* la circulaire de la CNAV n° 2016-11 du 10 février 2016 relative à la prise en charge de la cotisation d'assurance volontaire vieillesse par la CFE en cas d'interruption de travail pour maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité des assurés volontaires CFE.

[27] Arrêté du 14 janvier 2020 fixant les recettes du budget de l'action sanitaire et sociale de la caisse des Français de l'étranger.

La mission a relevé que les dispositions réglementaires portées par l'article D. 762-1 du code de la sécurité sociale[28] mériteraient d'être actualisées en cohérence avec les dispositions législatives et de la volonté du législateur exprimée lors de l'adoption de la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018.

Il est par ailleurs à noter que *« les services déconcentrés de l'Etat installés à l'étranger ainsi que les établissements d'enseignement, de recherche, culturels et sanitaires à l'étranger subventionnés par le budget de l'Etat doivent, à la demande et pour le compte des travailleurs salariés qu'ils emploient localement et qui n'ont pas la nationalité de l'Etat de résidence, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires »* de la CFE[29].

2.4. Encadré au niveau législatif et réglementaire, le système d'assurances sociales géré par la CFE offre des règles de prise en charge qui assurent un fort degré de proximité et de continuité avec le régime général pour les assurances santé-maternité, invalidité et AT/MP

2.4.1. Des conditions de couverture des soins de santé proches de celles du régime général d'assurance maladie française pour les soins dispensés à l'étranger et identiques à celles-ci pour les soins reçus lors des séjours temporaires en France

L'assurance maladie et maternité proposée par la CFE est encadrée, au niveau législatif, par les articles L. 762-5 à L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale (CSS), et au niveau réglementaire, par les articles R. 762-3 à R. 762-14 et les articles D. 762-1 à D. 762-8.

Depuis l'adoption de la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 (voir la partie 3 *infra*), les assurés de la CFE pour les risques maladie et maternité et leurs ayants droit bénéficient *« des prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L160-8, à l'article L160-9 et aux 2° et 3° de l'article L160-9-1 »*[30]. Les soins qui leur sont dispensés à l'étranger leur ouvrent *« droit à des prestations servies, sur la base des dépenses réellement exposées, dans la limite d'un taux de prise en charge ou d'un forfait, déterminé par pays et par type de soins, par référence aux tarifs appliqués en France pour des soins analogues. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger fixe ces modalités de remboursement »* [31].

---

[28] Selon l'article D. 762-1 du CSS : *« Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 762-2, peuvent être considérés comme collaborateurs assimilés à des travailleurs salariés tels que définis à l'article L. 762-1, les collaborateurs qui sont des salariés réguliers et permanents de l'entreprise de droit français et de ses filiales au sens de l'article L. 233-1 du code du commerce et qui ne sont pas appelés à exercer leur activité professionnelle dans le pays dont ils sont ressortissants »*.

[29] *Cf.* l'article L. 762-2 du CSS.

[30] Article L762-6 du CSS.

[31] *Cf.* le 1er alinéa de l'article L762-6-1 du CSS. A noter que le 2ème alinéa contient aussi les dispositions suivantes : *« Toutefois, lorsque les dépenses exposées sont manifestement excessives au regard du coût moyen de soins analogues dans le pays de résidence, tel qu'établi à partir des demandes de remboursement présentées à la Caisse des Français de l'étranger, celle-ci peut, après avoir sollicité les explications de l'assuré, ajuster les prestations servies sur la base de ce coût moyen, sans que ces prestations puissent excéder celles qui auraient été dues par la caisse en application du premier alinéa »*. L'article L762-6-2 du CSS prévoit en outre la possibilité pour le CFE de faire procéder à un examen médical de l'assuré par un praticien en France ou à l'étranger choisi par celle-ci, *« lorsque l'importance des dépenses présentées au remboursement le justifie »*, en vue de *« définir un traitement adapté à l'état du bénéficiaire qui serve de base au remboursement »*.

En pratique, un arrêté du 25 juin 2019[32] - pris par le ministre en charge de la sécurité sociale sur proposition du conseil d'administration de la CFE et modifié à plusieurs reprises ces dernières années - fixe des plafonds de remboursements forfaitaires pour les dépenses relatives à la plupart des catégories de soins de ville et certaines catégories de soins hospitaliers, mais aussi, pour d'autres catégories de soins notamment hospitaliers, des plafonds exprimés en pourcentage des dépenses réellement facturées, variant selon les catégories de soins et selon cinq zones géographiques – regroupant des ensembles de pays ayant des niveaux moyens de prix en matière de santé proches, plus ou moins élevés selon les zones.

Il convient de noter que ce système n'assure pas une prise en charge des dépenses relatives aux soins de santé dispensés à l'étranger strictement identique, pour tous les types de soins, en termes de montants de remboursement, à celle offerte par la sécurité sociale française, même si le système est géré par le conseil d'administration de la CFE, depuis la réforme de 2018, de telle sorte à rester à des niveaux identiques, pour certains soins, ou très proches de la sécurité sociale française pour d'autres types de soins, notamment hospitaliers. Si certains montants de remboursement peuvent s'avérer inférieurs à ceux de la sécurité sociale française, il peut aussi arriver, pour certains types de soins hospitaliers, dans certains pays, que ces montants de remboursements (exprimés en euros) soient supérieurs à ceux prévus par le régime général d'assurance maladie français.

L'assurance maladie et maternité de la CFE offre en outre une prise en charge des frais de soins de santé reçus par les assurés et les membres de leur famille lors de leurs séjours en France *« à la condition que les intéressés n'aient pas droit, à un titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français »,* dans les conditions de celles du régime général français d'assurance maladie pour les séjours temporaires n'excédant pas trois mois[33].

Les prestations d'assurance maladie et maternité sont financées par une cotisation forfaitaire, déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris sur proposition du conseil d'administration de la CFE. Le montant de cette cotisation est fixé en fonction de l'appartenance à une catégorie d'âge et de la composition familiale de l'assuré volontaire. Il peut également être modulé en fonction du niveau des ressources de l'assuré, par référence au plafond de cotisations de la sécurité sociale, et, pour les entreprises, en fonction du nombre de salariés adhérents à la (CFE). Il peut également être modulé en fonction de l'ancienneté de l'adhésion à la (CFE)[34].

En pratique, les cotisations forfaitaires à l'assurance maladie-maternité (MM) des adhérents à titre individuel de la CFE – de même que la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité (MMI) des employeurs mandataires agissant pour le compte de leurs salariés - sont déterminées par un arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale du 3 janvier 2019 – pris sur proposition du conseil d'administration de la CFE et modifié à plusieurs reprises ces dernières années à la suite des différentes décisions de revalorisation tarifaire du conseil d'administration de la CFE[35].

---

[32] Arrêté du 25 juin 2019 fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les soins dispensés à l'étranger. Cet arrêté a été dernièrement mis à jour par l'arrêté du 22 octobre 2024 modifiant l'arrêté du 25 juin 2019 fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les soins dispensés à l'étranger.

[33] Article L762-6-4 et article R762-9 du CSS. Selon ce dernier, toutefois : *« La caisse peut décider d'accorder, de manière exceptionnelle, une prise en charge pour les séjours excédant trois mois »*.

[34] Article L761-6-4 du CSS.

[35] Arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger. Cet arrêté a été dernièrement modifié par l'arrêté

Les tarifs des assurés MM à titre individuel varient selon leur catégorie d'âge et la composition de leur foyer (selon qu'ils vivent seuls ou qu'ils ont des ayants-droits) [36] et ils sont plus faibles lorsque l'assuré fait le choix de ne couvrir que ses frais de santé reçus lors de ses séjours temporaires en France[37]. Les tarifs sont forfaitaires (variant selon la composition du foyers) pour les assurés bénéficiant d'une pension de retraite versée par un régime le régime général français[38].

Les tarifs des cotisations MMI prises en charge par les entreprises mandataires, varient pour leur part selon :

- trois niveaux de rémunération forfaitaires (rémunération inférieure au deux tiers du PASS, rémunération supérieure ou égale aux deux tiers du PASS et inférieure au PASS, rémunération supérieure ou égale au PASS) ;
- la catégorie d'âge des salariés (moins de 30 ans, 30 à 35 ans, plus de 35 ans) ;
- selon le nombre de salariés des entreprises mandataires (moins de 100 salariés, 100 à 399 salariés, 400 salariés et plus).

2.4.2. Des prestations supplémentaires d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail et de congés maternité, de pension d'invalidité et de capital décès, en option, pour les adhérents aux assurances maladie et maternité de la CFE.

Les assurances relatives à l'incapacité de travail, l'invalidité et les pensions de vieillesses substituées gérées par la CFE sont régies par les articles L. 762-7 et L. 762-7-1, R. 762-15 à R. 762-19 et D. 762-9 à D. 762-17 du code de la sécurité sociale.

Au nveau législatif, la CFE est autorisée à offrir aux travailleurs salariés qui adhérent à ses assurances sociales et aux employeurs qui agissent pour leur compte, des prestations supplémentaires, notamment des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail et la prestation d'invalidité prévue au titre IV du livre III du code de la sécurité sociale, la nature de ses prestations supplémentaires étant fixée par décret, de même que les taux et assiettes de cotisations correspondantes[39]. Les conditions de liquidation de la pension de vieillesse substituée qui remplace automatiquement la pension d'invalidité lorsque son bénéficiaire atteint l'âge légal de la retraite de même que celle de la pension de vieillesse de veuve ou de veuf (versée à un conjoint survivant) également substituée à la pension d'invalidité de veuve ou de veuf sont déterminées par décret[40].

Selon les dispositions réglementaires, les travailleurs salariés affiliés aux régimes d'assurances maladie et maternité de la CFE peuvent prétendre à :

- des indemnités journalières de maladie si l'assuré se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ;
- des indemnités journalières d'assurance maternité ;
- l'attribution d'un capital décès au profit des ayants droit ;

---

suivant : Arrêté du 6 mars 2025 modifiant l'arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie- maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

[36] *Cf.* les contrats actuels « MondExpatSanté Solo » et « MondExpatSanté Famille » pour les plus de 30 ans ; et les contrats « JeunExpatSanté Solo » et « JeunExpatSanté Famille » pour les moins de 30 ans.

[37] *Cf.* les contrats actuels « FrancExpatSanté Solo » et « FrancExpatSanté Famille ».

[38] *Cf.* les contrats actuels « RetraitExpatSanté Solo » et « RetraitExpatSanté Famille ».

[39] Article L762-7 du CSS.

[40] Article L762-7-1 du CSS.

- une pension d'invalidité pour les salariés adhérents à titre individuel[41].

En pratique, la CFE propose aujourd'hui aux adhérents à titre individuel de ses assurances maladie-maternité ainsi qu'aux entreprises mandataires une option « indemnités journalières - capital décès – invalidité ». Cette option leur permet de percevoir : des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, de congés maternité, de congés paternité ; une pension d'invalidité en cas d'invalidité permanente ou partielle ; le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès.

Il est à noter que cette option n'est offerte qu'aux personnes qui adhèrent aux assurances maladie et maternité de la CFE et aux entreprises mandataires qui agissent pour leur propre compte. Cette option n'est notamment pas détachable de l'assurance maladie-maternité pour les entreprises mandataires, comme certaines peuvent le souhaiter.

Les modalités des prestations offertes sont précisées par les articles D. 762-9 à D. 762-17 du code du travail, tandis que les taux de cotisation à ces assurances volontaires supplémentaires sont fixés par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale.

En pratique, aujourd'hui, les cotisations ouvrant droit à ces prestations supplémentaires sont fixées à des niveaux forfaitaires selon trois tranches de ressources annuelles des adhérents.

2.4.3. Une assurance volontaire contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles fortement encadrée au niveau législatif et réglementaire

Les assurances relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles (AT/MP) gérées par la CFE sont régies par les articles L. 762-8 à L. 762-10, R. 762-23 à R. 762-36 et D. 763 à D. 763-6 du code de la sécurité sociale.

L'assurance volontaire AT/MP de la CFE donne droit à l'ensemble des prestations prévues par le livre IV (« Accidents du travail et maladies professionnelles ») du code de la sécurité sociale[42]. La CFE est autorisée à accorder, selon des modalités fixées par décret, des ristournes sur le taux de la cotisation pour l'assurance AT/MP « *tenant compte des accidents du travail reconnus dont ont été victimes les salariés d'entreprises mandataires d'un nombre minimum d'adhérents, dans la mesure où l'équilibre financier du risque est respecté* ».

Selon l'article L762-10 du code de la sécurité sociale :

- *« La couverture des charges résultant de l'application de la présente section est assurée par une cotisation calculée sur la base d'un niveau de salaire choisi par l'intéressé entre un minimum et un maximum dans des conditions fixées par décret (…) »*[43] ;
- *« La (CFE) peut accorder, selon des modalités fixées par décret, des ristournes sur le taux de la cotisation mentionnée au premier alinéa, tenant compte des accidents du travail reconnus dont ont été victimes les salariés d'entreprises mandataires d'un nombre minimum d'adhérents, dans la mesure où l'équilibre financier du risque est respecté ».*

Le salarié ou l'entreprise mandataire qui agit pour son propre compte doit faire connaitre à la CFE le salaire annuel de l'adhérent qui sert de base au calcul des cotisations et des prestations[44].

---

[41] Article D. 762-9 du CSS.

[42] Article L. 762-8 du CSS. En outre, selon l'article L. 762-9 du CSS : *« Les pensions d'invalidité et les prestations en espèces de l'assurance (AT-MP) sont calculées sur la base du salaire retenu pour l'assiette des cotisations et dans les limites fixées à l'article L. 434-16, pour le calcul de la rente, et à l'article L 433-2, pour le calcul de l'indemnité journalière »*.

[43] Voir également l'article R. 762-24 du CSS.

[44] Article R. 762-24 du CSS.

L'article D. 763 du code de la sécurité sociale dispose que :

- le taux de la cotisation d'assurance volontaire AT/MP est fixé à 1,15 %.
- avec des abattements accordés aux entreprises mandataires fixés à :
  - 0,15 point pour celles souscrivant moins de 100 contrats, à la fois, aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles ;
  - 0,25 point pour celles souscrivant entre 100 et 399 contrats, à la fois aux mêmes assurances ;
  - 0,35 point pour celles souscrivant plus de 399 contrats, à la fois, aux mêmes assurances.

Les articles D. 763-1 à D. 763-3 fixent les modalités des ristournes accordées aux entreprises mandataires d'au moins 10 adhérents en fonction de la sinistralité enregistrées au cours des trois dernières années.

2.4.4. Le bénéfice de la carte Vitale est accordé à partir de la fin 2019 à la plupart des adhérents de la CFE à l'assurance maladie et maternité de la CFE pour la prise en charge de leurs soins de santé dispensés lors de leurs séjours en France

Depuis l'adoption de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, les adhérents de la CFE aux assurance maladie-maternité (MM) et maladie-maternité-invalidité (MMI) et les membres de leurs familles ont la possibilité de se voir octroyer une carte Vitale et de bénéficier ainsi du tiers payant pour une partie des soins qui leur sont dispensés en France (les soins de ville essentiellement, jusqu'à présent).

L'article 64 de cette loi a en effet rendu applicable à la CFE l'ensemble des dispositions de la section « Systèmes d'information de l'assurance maladie et tiers payant » (articles L. 161-28 à L. 161-36-5) du chapitre 1er du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale[45], dont l'article L. 131-31 concernant le « moyen d'identification interrégime » à savoir la carte Vitale et l'article L. 161-15-4 qui a dispensé, par exception, les adhérents aux assurances maladie-maternité et maladie-maternité-invalidité de la CFE de restituer à leur CPAM leur carte Vitale lors de leur départ pour l'étranger[46].

En pratique, selon les informations communiquées par la CFE et la DSS à la mission :

- la CFE informe ses adhérents, anciens assurés d'un régime français de sécurité sociale, qu'ils peuvent conserver le bénéfice de leur carte Vitale ;
- sur la base de l'article L161-36-5, une carte Vitale est délivrée aux adhérents de la CFE pour les assurances MM et MMI[47] , afin de faciliter la prise en charge de leurs soins de santé lors de séjours temporaires en France. Pour y être éligibles, les assurés concernés et les membres de leurs familles doivent être à jour de cotisations, avoir plus de 16 ans et disposer d'un numéro d'inscription au répertoire (NIR), c'est à dire un numéro de sécurité sociale définitif.

[45] Cet article a créé un nouvel article L161-36-5 du CSS rédigé de la manière suivante : *« Les dispositions de la présente section, en tant qu'elles sont nécessaires à la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L161-15-4, sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat »*.

[46] Selon la DSS, l'article L161-15-4 a été pris dans le cadre de la lutte contre la fraude, pour permettre aux anciens assurés d'un régime français de conserver leur carte Vitale et d'être identifié avec un code particulier afin d'éviter qu'ils demandent le remboursement de leurs soins de santé lors de leurs séjours temporaires en France auprès du régime général et non de la CFE.

[47] Pour l'ensemble des contrats à l'exception du contrat RetraitExat.

- la plupart des adhérents à la CFE ont déjà été affiliés à la sécurité sociale française avant de s'établir à l'étranger et sont donc en possession de ce NIR. S'ils adhérent à la CFE longtemps après leur départ de France et n'ont plus de carte Vitale, ils peuvent en demander une nouvelle auprès de la CFE. La carte est alors livrée à l'adresse française fournie par l'adhérent. Dans le cas d'une adhésion à la CFE avant ou peu de temps après le départ de France, l'adhérent est muté au régime de la CFE dans le répertoire inter-régimes de l'assurance maladie, et peut conserver sa carte Vitale qui doit être mise à jour en France dans une des bornes prévues à cet effet disponibles dans les CPAM, les pharmacies et certains établissements de santé ;
- les Français qui n'ont jamais été affiliés en France doivent faire une demande de NIR au préalable. Cela peut être le cas de Français nés à l'étranger, ou de membres de famille de Français résidant à l'étranger qui ont été naturalisés. Un dispositif a été mis en place depuis juin 2022 pour permettre une attribution simplifiée du NIR aux Français de l'étranger qui doivent uniquement faire une déclaration auprès des services consulaires pour l'obtenir ;
- enfin, la CFE dispose d'une habilitation à faire des demandes d'immatriculation et d'obtention de NIR auprès du service administratif national d'identification des assurés (SANDIA), sur la base de sa délégation de gestion de la CNAV pour l'assurance vieillesse volontaire. Elle lui permet notamment de demander l'immatriculation de ressortissants étrangers de pays de l'EEE et la Suisse, adhérents à la CFE – l'adhésion à la CFE leur étant ouverte depuis la loi du 24 décembre 2018 - mais n'ayant jamais été affilié à la sécurité sociale française. De façon dérogatoire, la CFE peut aussi demander une immatriculation au SANDIA pour ses adhérents à l'assurance maladie et maternité n'ayant jamais été affiliés à la sécurité sociale française, et ayant des soins importants en France.

Selon les informations communiquées par la CFE au conseil d'administration de la CFE et à la mission :

- 396 000 professionnels de santé ou structures de soins délivrant essentiellement des soins de ville étaient équipés pour lire les cartes Vitale des assurés de la CFE fin octobre 2024, représentant un taux de déploiement de 96 % (92 % des médecins et des pharmacies, 99 % des dentistes et des auxiliaires médicaux, 47 % seulement des laboratoires) ;
- les cartes Vitale ont commencé à être délivrées aux nouveaux adhérents éligibles à compter de décembre 2019 ;
- près de 144 000 cartes auraient été délivrées aux adhérents de la CFE éligibles à la fin octobre 2024, parmi lesquelles près de 49 000 seulement seraient en service[48].

Outre la possibilité de tiers payant qu'elle offre, le bénéfice de la carte Vitale permet aux assurés de la CFE de bénéficier des tarifs des établissements de santé réservés aux assurés du régime général de la sécurité sociale française, alors que les ressortissants français ou étrangers établis hors de de France et non affiliés à la sécurité sociale française peuvent, en général, se voir appliquer des tarifs de soins supérieurs à ceux-ci.

[48] Près de 24 000 seraient à invalider (dont une partie de cartes volées ou perdues) et près de 41 000 seraient en attente d'une photo à transmettre par leurs bénéficiaires.

2.4.5. Un très fort degré de continuité avec le régime général de la sécurité sociale française lors du départ de France pour l'installation à l'étranger ainsi que lors du retour définitif d'expatriation en France

Les assurances contre les risques maladie et maternité, invalidités et AT/MP proposées par la CFE offrent un très fort degré de continuité avec le régime général de la sécurité sociale française lors des départs de France pour l'installation à l'étranger ainsi que lors des retours définitifs d'expatriation en France.

S'agissant des assurances maladie et maternité, l'article L762-5 du code du travail prévoit l'existence de délais pour l'adhésion à l'assurance volontaire maladie maternité et pour l'ouverture du droit aux prestations[49].

S'agissant des conditions d'adhésion à l'ensemble des assurances sociales de la CFE, l'article R762-1 du code de la sécurité sociale prévoit en outre que :

- *« L'adhésion prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande, ou à la date demandée par l'assuré sous réserve qu'elle ne soit pas antérieure au transfert de sa résidence à l'étranger »*.
- *« Le versement des prestations relatives aux risques mentionnés aux 1° à 3° de l'article L762-1 est subordonné à la justification du paiement des cotisations exigibles à la date des soins, de l'accident de travail, ou de la constatation de l'invalidité ou de la maladie professionnelle »*.

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations des assurances maladie et maternité de la CFE sont en outre précisées à l'article R762-8 du code de la sécurité sociale, selon lequel :

- à la suite de l'adhésion à ces assurances :
  - une ouverture des droits pour les personnes à compter de la date d'effet de l'adhésion lorsque la demande d'adhésion est présentée dans un délai de trois mois à compter du jour où elles sont en situation de bénéficier de l'assurance (soit lorsqu'elles résident depuis moins de 3 mois à l'étranger, pour les personnes quittant le territoire national) ;
  - un délai de carence pour les personnes ayant dépassé ce délai de 3 mois, fixé respectivement à 3 moins pour celles âgées de 18 à 45 ans et à 6 mois pour celles âgées de plus de 45 ans ;
  - un délai de carence de 12 mois pour les personnes ayant été radiées auparavant, pour un motif autre qu'un retour en France ;
  - en outre, les prestations en nature liées à la maternité ne sont versées que si la date de la conception est postérieure à la date d'adhésion ;
- lors d'un retour en France :
  - l'assuré qui cotisait à l'assurance volontaire maladie-maternité conserve son droit aux prestations de l'assurance volontaire pendant une durée maximale de trois mois à compter du premier jour de résidence en France, tant qu'il n'est pas couvert par un régime obligatoire de base, sous réserve qu'il ait tenu la (CFE) informée de son retour définitif en France. Ce maintien de droit s'applique également aux membres de sa famille ;
  - par ailleurs, pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances sociales, les périodes d'affiliation à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité sont assimilées à des périodes de travail salarié.

[49] Il est à noter que l'application des dispositions de cet article conditionne celle de l'article L. 762-3 du même code qui précise que les prestations associées à l'ensemble des assurances de la CFE ne sont « dues que si les cotisations exigibles ont été versées par l'adhérent avant la survenance du risque ».

2.5. Dans le cadre d'un dispositif fortement encadré au niveau législatif et réglementaire, la CFE finance, sur son propre budget d'action sociale, une partie des cotisations des assurés de la « catégorie aidée »

Ce dispositif d'aide à l'adhésion aux assurances maladie et maternité de la CFE pour les personnes ayant un faible niveau de ressources est prévu par l'article L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale et le principe de son financement par le biais du budget d'action sociale de la CFE est posé par l'article L. 766-4-1 dudit code.

Selon l'article L. 762-6-5, ce dispositif est réservé aux *« Français qui réside(nt) dans un Etat situé hors de l'Espace économique européen »* et qui *« ne dispose(ent) pas de la totalité des ressources nécessaires pour acquitter, à titre d'adhérent individuel, la cotisation »*. Selon le même article, l'aide consiste en la prise en charge par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE, à la demande des personnes, *« d'une partie cette cotisation, dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris sur proposition du conseil d'administration de la CFE »*. Cet article dispose en outre que *« (l)es autorités consulaires françaises effectuent le contrôle initial et périodique des ressources des intéressés »*.

L'article L. 766-4-1 du même code qui encadre l'action sanitaire et sociale de la CFE prévoit en outre que celle-ci bénéficie aux personnes de cette « catégorie aidée » en prenant en charge :

- la partie de leurs cotisations précitée ;
- mais aussi :
  - *« S'agissant des seuls nouveaux adhérents à l'assurance volontaire maladie, la différence existant le cas échéant entre la moyenne des dépenses de soins de santé de la catégorie de cotisants à laquelle ils appartiennent multipliée par le nombre de personnes concernées et la totalité de leurs cotisations-part prise en charge et part versée par l'intéressé »* ;
- *« Le montant des frais de gestion de la caisse concernant »* ces nouveaux adhérents ;

Les modalités d'octroi de cette aide sont précisées aux articles D. 762-3 à D. 762-8 du code de la sécurité sociale. Selon l'article D. 762-3 :

- *« Sont admises à demander le bénéfice des dispositions de l'article . L762-6-5 les personnes de nationalité française inscrits ou en instance d'inscription au registre des Français établis hors de France auprès du consulat dans la circonscription duquel elles résident et qui disposent de ressources de toute nature inférieures à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale.*
- *Ce plafond peut être modulé selon un indice de parité de pouvoir d'achat fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sans pouvoir lui être supérieur »*.

L'article R. 766-58-1 qui précise les modalités de financement du budget d'action sanitaire et sociale prévoit en outre pour le financement de la « catégorie aidée » :

- des versements des branches maladie-maternité-invalidité et AT/MP, « au prorata des cotisations versées » ;
- un « concours de l'État » ;

L'arrêté précité du 3 janvier 2019[50] (dernièrement modifié par un arrêté du 6 mars 2025) fixe, à compter du 1er avril 2025, le montant de la cotisation trimestrielle pour les bénéficiaires de la « catégorie aidée » à un montant forfaitaire de 228 euros, indépendamment de la catégorie d'âge de l'assuré et de la situation familiale.

[50] Arrêté du 3 janvier 2019 précité fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

Ces dernières années, un peu plus de 2 100 assurés ont bénéficié de cette aide : 2 138 en 2023 et 2 173 en 2024. Le coût du dispositif pour le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE s'est élevé à après 4,35 M€ en 2023 et à 4,9 M€ en 2024.

Le concours de l'État apporté au budget de l'action sanitaire et sociale pour le financement du dispositif prend la forme d'une subvention issue du programme 151 (« Français à l'étranger et affaires consulaires ») du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE).

Cette subvention a été fixée à 380 K€ en loi de finances initiale pour 2023 et 2024, puis portée à 700 K € en exécution chacune de ces deux années, soit un montant très inférieur au coût du dispositif pour le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE.

L'annexe II relative au modèle économique de la CFE offre une analyse approfondie de ce dispositif d'aide.

2.6. La CFE est dotée d'une autonomie financière et fonctionnelle vis-à-vis des régimes obligatoires de base, avec un conseil d'administration et une tutelle de l'État exercée par les ministres en charge de la sécurité sociale et du budget

La CFE est chargée de gérer le système d'assurances volontaires prévus à l'article L762-1 du code de la sécurité sociale[51].

Selon l'article L. 766-4 du code de la sécurité sociale, les *« règles d'organisation et de gestion contenues dans les dispositions législatives applicables aux caisses d'assurance maladie du régime général, et notamment l'article L. 216-1 »* du code de la sécurité sociale - à savoir celles qui s'appliquent aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) - sont applicables à la CFE, sous réserve des dispositions législatives du chapitre 6 (« Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitre II à V »[52]) du titre VI du livre VII du code de la sécurité sociale (article L. 766-4 à L. 766-13) et suivant des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat[53].

La CFE dispose d'un conseil d'administration doté de pouvoirs étendus. Elle est soumise au contrôle de l'État et placée, en pratique, sous la tutelle des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget[54]. Sa gouvernance est présentée et analysée de manière détaillée dans le chapitre 5 *infra*.

2.6.1. Des assurances sociales volontaires gérées de manière autonome par rapport aux régimes obligatoires de sécurité sociale

Alors qu'elle reçoit les adhésions et encaisse les cotisations d'assurance vieillesse volontaires pour le compte de la CNAV, à qui elle les reverse, la CFE assure « de manière autonome » la gestion de l'assurance maladie-maternité-invalidité, la gestion de l'assurance AT/MP, la gestion de l'action sanitaire et sociale et la gestion administrative[55].

[51] Article L. 766-4 du CSS.

[52] Articles L. 766-4 à L. 766-13 du CSS.

[53] Articles R. 766-6 à R. 766-65 du CSS.

[54] Article L. 766-10 du CSS, R. 766-61 et R. 766-62.

[55] Article R766-56 du CSS.

Le législateur lui a confié une autonomie financière par rapport aux régimes obligatoire de base. La CFE n'entre pas dans le champ de la compensation généralisée prévue à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale. Elle n'entre pas non plus dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et de la commission des comptes de la sécurité sociale.

2.6.2. Des obligations d'équilibre fixées au niveau législatif et réglementaire pour les comptes de la CFE qui n'ont pas été strictement prises en compte, ni respectées, ces dernières années

La CFE est soumise à des dispositions législatives qui requièrent, en termes généraux, qu'elle équilibre ses comptes pour la gestion de ses assurances maladie et maternité, d'une part, et pour celle de ses assurances AT/MP, d'autre part :

- l'article L. 762-6-5 de la section 2 du chapitre 2 (« maladie et maternité) du titre VI du livre VII du code de la sécurité sociale qui pose les dispositions législatives propres aux assurance maladie et maternité de la CFE dispose que : *« (l)a couverture des charges résultant de l'application de la présente section est assurée par une cotisation forfaitaire, déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris sur proposition du conseil d'administration de la (CFE) »* ;
- de même l'article L. 762-10 de la section 3 (« assurances accidents du travail et maladies professionnelles » du même chapitre qui énoncent les dispositions propres aux assurances contre le risque AT/MP de la CFE relatifs du même chapitre du code de la sécurité sociale impose que *« La couverture des charges résultant de l'application de la présente section est assurée par une cotisation calculée sur la base d'un niveau de salaire choisi par l'intéressé entre un minimum et un maximum dans des conditions fixées par décret »* ;
- et chacun des deux articles énonce l'obligation suivante : *« Le montant de la cotisation est révisé si l'équilibre financier de l'assurance volontaire l'exige »*.

Au niveau réglementaire, l'article R. 766-57 du code de la sécurité sociale énonce en outre, de manière plus précise, que « *le régime des expatriés doit être équilibré en recettes et en dépenses* ».

Si cette obligation posée au niveau réglementaire semble historiquement assez bien prise en compte par les responsables de la CFE et les tutelles, le déficit récurrent enregistré ces dernières années dans les comptes de la CFE propres à son activité d'assurance contre le risque maladie laisse à penser que les conditions d'équilibres précédentes, formulées au niveau législatif, ne sont pas prises en compte de manière stricte par ceux-ci (voir à cet égard l'annexe III qui offre une analyse approfondie de la situation financière et comptable de la CFE).

Au niveau législatif, l'article L. 762-7 du code de la sécurité sociale relatif aux possibilités données à la CFE de proposer des assurances offrant des « prestations supplémentaires » (*cf.* la section 2 bis « Incapacité de travail, invalidité et pensions de vieillesse substituées » du même chapitre) impose aussi que la couverture des charges afférentes à ces prestations complémentaire soit « *intégralement assurée par des cotisations complémentaires* », une condition qui ne semble pas faire l'objet d'une attention stricte des responsables de la CFE.

2.6.3. Des obligations prudentielles spécifiques au niveau législatif et un encadrement réglementaire des placements financiers de la CFE

La CFE a des obligations prudentielles spécifiques énoncées à l'article L. 766-8-1 du code de la sécurité sociale :

- pour la garantie des prestations qu'elle sert, la CFE doit, *« d'une part, constituer des provisions correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents et, d'autre part, dispose(r) d'une réserve de sécurité suffisante pour faire face aux aléas de ses gestions techniques*.
- *En outre, afin de limiter les conséquences financières des événements exceptionnels auxquels elle peut être exposée au titre de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles, la (CFE peut constituer une réserve spéciale ou souscrire tous traités de réassurance »*.

L'article R. 766-59 du code de la sécurité sociale prévoit en outre en encadrement des placements financiers de la caisse. Selon celui-ci :

- *« Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la caisse des Français de l'étranger font l'objet de placements en valeurs d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat ou en valeurs mobilisables dans des conditions fixées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget. (…)*
- *Le produit de ces placements est affecté au financement des assurances gérées par la caisse. Sont également affectés au financement de ces assurances les intérêts créditeurs sur dépôts ».*

Cet encadrement a été précisé par un arrêté du 5 juin 2019 pris par la ministre en charge de la sécurité sociale[56].

Ces sujets font l'objet d'une analyse approfondie dans l'annexe III.

2.6.4. La gestion d'un budget d'action sanitaire et sociale qui a deux grandes finalités

La CFE gère un budget d'action sanitaire et sociale dédié au financement de la catégorie aidée (*cf.* la partie 2.6 *supra*), d'une part, et « en faveur de l'ensemble de ses affiliés », dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel, d'autre part[57].

Ce second type d'intervention a été précisé dans un arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale du 22 décembre 2018, modifié à plus reprises depuis[58]. Il s'agit d'actions individuelles au bénéfice des affiliés de la caisse et de leurs ayant droits, qui prennent la forme de prestations supplémentaires, d'actions de prévention et d'aides financières.

Comme précisé dans la partie 2.2.2 *supra,* il couvre en particulier la prise en charge de la cotisation d'assurance volontaire vieillesse à la place de l'assuré, lorsque celui-ci ne remplit plus les conditions d'adhésion du fait de son retour en France ou de la rupture de son contrat de travail à l'étranger, dans les deux cas suivants : quand il perçoit des indemnités journalières de la CFE au titre de la maladie, de la maternité, de l'AT/MP ; quand il perçoit une pension d'invalidité ou de rente d'AT/MP d'un taux au moins égal à 66 %.

[56] Arrêté du 5 juin 2018 relatif aux valeurs mobilisables par la casse des Français de l'étranger.

[57] Article L766-4-1 du CSS.

[58] Arrêté du 22 décembre 1998 relatif au programme d'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français de l'étranger.

Pour ce second type d'intervention, la CFE bénéficie d'une fraction du produit des cotisations de l'assurances maladie, maternité et invalidité, une fraction du produit des cotisations AT/MP et une fraction de celui des cotisations de l'assurance vieillesse volontaire[59]. Un arrêté du 14 janvier 2020 fixe le montant de ces fractions à respectivement 45,26 %, 5,91 % et 48,84 % des dépenses annuelles en question[60].

2.7. Au total, la CFE est un organisme de sécurité sociale hybride, atypique et de taille modeste, chargé de gérer un système d'assurances sociales dont le modèle économique est structurellement fragile

Au total, la CFE est un organisme atypique et au fonctionnement hybride :

- elle est gérée comme une caisse de sécurité sociale, en appliquant les grands principes de solidarité communs aux régimes de la sécurité sociale, avec notamment l'obligation de rendre son offre d'assurances accessible à l'ensemble du public visé, sans possibilité de sélectionner ses clients comme le font usuellement les sociétés privées d'assurances pour les risques maladie et maternité, invalidité et AT/MP ;
- le caractère volontaire – et non pas obligatoire - de l'adhésion au système d'assurances qu'elle gère et l'existence d'une offre abondante d'assurances privées pour les risques maladie et maternité, invalidité et AT/MP accessibles aux Français de l'étranger, font que la CFE évolue dans un environnement concurrentiel.

La combinaison de ces grandes caractéristiques, avec le fait que la CFE est tenue d'offrir à ses assurés une couverture semblable, ou à tout le moins en rapport avec celle de la sécurité sociale française, pour les risques maladie et maternité, invalidité et AT/MP – soit un niveau de couverture comparativement élevé par rapport à la plupart des régimes obligatoires locaux de sécurité sociale à l'étranger - fragilise intrinsèquement et structurellement son modèle économique.

La CFE est en outre un organisme de sécurité sociale de taille modeste :

- elle comptait 103 000 adhérents et 183 000 bénéficiaires, pour l'ensemble de ses assurances tous risques confondus, fin décembre 2024, et près de 89 000 adhérents et 170 000 bénéficiaires pour ses assurances maladie et maternité[61] ;
- la CFE employait 235 salariés au 31 décembre 2023, dont 209 salariés en CDI et 26 en CDD[62].
- elle a versé un montant total de prestations sociales de 158,5 M€ en 2023 et son bilan s'est établi à 528,3 M€ à la fin de cette année-là[63].

[59] Article R766-58-1 du CSS.

[60] Arrêté du 14 janvier 2020 fixant les recettes du budget de l'action sanitaire et sociale de la caisse des Français de l'étranger.

[61] Près de 89 000 adhérents et 170 000 bénéficiaires pour ses assurances maladie et maternité. Source : CFE.

[62] Source : Bilan social 2023.

[63] Source : Comptes annuels 2023 de la CFE.

3. La réforme de la CFE de 2018, qui a modernisé son offre commerciale, n'a pas permis d'inverser la dégradation de la structure d'âge de sa clientèle et, en limitant les hausses de tarifs pour une partie de ses anciens assurés, a obéré fortement ses résultats ces dernières années

3.1. La réforme portée par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 visait principalement à moderniser l'offre commerciale de la CFE en vue de renforcer son attractivité, notamment pour les jeunes

La réforme de la CFE adoptée en 2018 et mise en œuvre à partir de 2019 a été portée par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018.

Selon les informations collectées par la mission, cette réforme a été préparée à partir de 2015-2016[64] par la direction et le conseil d'administration de la CFE, en lien avec les tutelles – à tout le moins la DSS - et des parlementaires, et en s'appuyant sur les analyses d'un actuaire, le cabinet SPAC, mandaté par la caisse.

Elle s'est finalement concrétisée de manière essentielle par une proposition de loi déposée le 12 mai 2017 par les sénateurs Jean-Yves Leconte, Richard Yung, Claudine Lepage et Hélène Conway-Mouret[65]. Ce texte a été examiné le 24 janvier 2018 par la commission des affaires sociales du Sénat qui a adopté 25 amendements proposés par son rapporteur, le sénateur M. Yves Daudigny[66] ; la proposition de loi, ainsi amendée, a été adoptée, à une modification près[67], par le Sénat le 1er février 2018. Par la suite, le texte a été examiné et adopté sans modification par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 4 décembre 2018[68], puis votée par celle-ci, sans modification, le 12 décembre 2018.

En pratique, la présentation des principaux apports de la loi qui suit, reprend de nombreux constats dressés dans les rapports de la commission des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale sur la proposition de loi, à savoir les rapports précités en note de bas de page de M. Yves Daudigny et Mme Anne Genetet, en particulier le second de ces rapports.

---

[64] À la suite notamment de la remise du rapport de la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF sur la CFE de 2015 : « La Caisse des Français de l'étranger – Son activité et les conditions de son intervention », Rapport IGAS-IGF N° 2015-025R2, juillet 2015. En outre, une précédente proposition de loi visant à réformer la gouvernance de la CFE avait été déposée au Sénat par un groupe de sénateurs, parmi lesquels MM. Jean-Yves Leconte et Richard Yung et Mmes Claudine Lepage et Hélène Conway-Mouret, en décembre 2014. Ayant fait l'objet d'amendements par la commission des affaires sociales du Sénat, cette proposition de loi fut finalement rejetée par celui-ci en juin 2015.

[65] Proposition de loi n°553 relative à la réforme de la caisse des Français de l'étranger, présentée par MM. Jean-Yves Leconte, Richard Yung, Mmes Claudine Lepage et Hélène Conway-Mouret, enregistrée à la présidence du Sénat le 12 mai 2017.

[66] *Cf.* le Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales n°238 par M. Yves Daudigny sur la proposition de loi relative à la réforme de la caisse des Français de l'étranger, enregistré à la présidence du Sénat le 24 janvier 2018 ; ainsi que la Proposition de loi relative à la réforme de la caisse des Français de l'étranger, Texte de la commission des affaires sociales n°239, enregistrée le même jour à la présidence du Sénat.

[67] L'article 22 de la proposition de loi initiale qui prévoyait une compensation des conséquences financières éventuelles pour les organismes de sécurité sociale de la loi proposée a été supprimé en séance publique, sur proposition du gouvernement.

[68] Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales n°631 par Mme Anne Genetet sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à la réforme de la caisse des Français de l'étranger, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 4 décembre 2018.

3.1.1. Le diagnostic qui a sous-tendu la réforme de la CFE de 2018 était celui d'une offre commerciale peu lisible et d'un modèle économique ne répondant pas pleinement aux attentes des expatriés

La proposition de loi déposée par les sénateurs Leconte, Yung, Lepage et Conway-Mouret visait à « *rénover la politique commerciale et l'offre de la caisse des Français de l'étranger (CFE), conformément au souhait de son conseil d'administration, afin de les adapter aux nouvelles formes et aux nouveaux parcours de l'expatriation (…) et à rénover sa gouvernance* ».

Les principaux éléments de diagnostic posés par les sénateurs, repris par la suite par les commissions des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale, étaient :

- le constat, en premier lieu, d'une « *offre tarifaire peu lisible, avec plus de 600 tarifs possibles* », qui « *entrave (…) l'amélioration (des) performances* » de la CFE alors que celle-ci « *intervient dans un contexte fortement concurrentiel* ». Selon les sénateurs, cette offre tarifaire n'était « *en particulier pas en mesure d'offrir des tarifs adaptés aux plus jeunes des expatriés* » ;
- le constat, en second lieu, d'un modèle économique qui « *ne répond pas pleinement aux attentes des expatriés, souvent couverts dans leur État de résidence et recherchant principalement une couverture pour les soins lors de leurs séjours temporaires en France ou une couverture complémentaire en cas d'hospitalisation dans l'État de résidence* »[69].

Ces principaux éléments de diagnostic étaient partagés pour l'essentiel par la DSS qui jugeait également que le modèle économique de la CFE ne répondait plus aux nouvelles formes de l'expatriation et aux attentes des expatriés, en raison des principaux constats suivants :

- une diminution des souscriptions de contrats collectifs par les entreprises pour le compte de leurs salariés ; selon les données fournies à la mission, le nombre d'adhérents à des contrats d'assurance santé de la CFE avait diminué de 11,8 % de la fin 2014 à la fin 2017 et de 7,2 % de la fin 2012 à la fin 2017[70] (voir également l'annexe II à ce sujet) ;
- une surreprésentation, selon celle-ci, des adhérents âgés et une faiblesse des adhésions des moins de 30 ans, en cohérence avec les constats de la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF sur la CFE de 2015[71] ;
- la recherche par les adhérents, couverts par ailleurs dans leur État d'activité ou de résidence, d'une couverture limitée à la prise en charge des soins lors de leurs séjours temporaires en France et/ou une couverture complémentaire en cas d'hospitalisation dans leur Etat de résidence.

---

[69] Les sénateurs notaient à cet égard que l'article 64 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2017 du 23 décembre 2016 permettrait déjà « de faciliter la prise en charge des soins en France des adhérents de la CFE qui disposeront désormais d'une carte vitale comme les assurés d'un régime français relevant de la prestation universelle maladie ».

[70] Le nombre d'adhérents tous contrats confondus avait été également fortement diminué sur ces périodes : 12,8% de la fin 2014 à la fin 2017, -12,0% de la fin 2012 à la fin 2017.

[71] Celle-ci avait notamment relevé que « (l)a démographie des adhérents se caractéris(ait) par une forte adhésion des pensionnés, dont la gestion est déficitaire pour le risque maladie ». (*Cf.* la partie 2.13 du rapport de la mission). De manière plus détallée, elle posait les constats suivants :

« Davantage qu'une surreprésentation du public plus âgé (les plus de 60 ans représentent 25% des adhérents de la CFE en 2014, contre 24,1% de la population française), la caisse est confrontée à un faible nombre de jeunes adhérents (15% des adhérents de la CFE ont moins de 30 ans en 2014, contre 36,6% de la population française) et ce d'autant plus que le mouvement d'expatriation surtout chez les non-salariés est majoritairement le fait de jeunes.

La population des adhérents de moins de 30 ans connaît une évolution moins dynamique depuis 2007 (+35%) que des catégories plus âgées (+49% pour les 60 ans et plus). Compte tenu du caractère structurellement déficitaire de la gestion technique du risque maladie des pensionnés, cette évolution pourrait représenter un risque pour l'équilibre économique de la caisse à long terme.

La situation démographique de la CFE appelle donc une vigilance particulière sur la capacité de la caisse à se rendre attractive auprès des jeunes adhérents ainsi que sur la maîtrise qu'elles pourraient avoir notamment des adhésions tardives des pensionnés ».

3.1.2. La réforme a été portée par la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018, complétée par deux décrets d'application et des arrêtés fixant le niveau des cotisations et des prestations sur proposition du conseil d'administration de la CFE

La réforme de la CFE de 2018 s'est appuyée principalement sur la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 qui a fourni le cadre permettant les évolutions de l'offre commerciale souhaitées par le conseil d'administration et la direction de la CFE, avec l'aval des tutelles.

Cette loi, telle qu'elle a été finalement votée, est composée de douze articles regroupés formellement en deux chapitres :

- le chapitre Ier relatif à « (l')amélioration de l'offre commerciale de la CFE » ;
- le chapitre II qui porte sur « la réforme de la gouvernance de la CFE ».

Les dispositions de la loi du 24 décembre 2018 ont poursuivi plusieurs grands objectifs :

- elles ont fourni en premier lieu un cadre permettant de moderniser l'offre commerciale de la CFE en vue de renforcer son attractivité :
  - en unifiant et en simplifiant le mode de calcul des cotisations maladie-maternité, invalidité et ATMP pour l'ensemble des catégories d'assurés (salariés, travailleurs indépendants, pensionnés, étudiants, autres inactifs) en les faisant dépendre seulement de leur catégorie d'âge et de la composition de leur foyer, d'une part ;
  - en introduisant le principe d'une prise en charge différenciée et plus lisible des soins de santé par pays et autorisant la CFE à conclure des partenariats en vue de fournir des offres combinées d'assurance au 1er euro, d'autre part ;
- en second lieu, elles ont visé à assurer une meilleure conformité des assurances volontaires de la CFE avec le droit européen - qui proscrit toutes discriminations entre ressortissants des Etats membres de l'UE - en ouvrant leur accès aux ressortissants de l'ensemble des pays de l'UE, des autres pays parties à l'EEE et de Suisse ;
- en matière de gouvernance, elles ont en particulier simplifié les règles de composition du conseil d'administration de la CFE s'agissant des administrateurs élus représentant les assurés, précédemment composés d'actifs et d'inactifs, et introduit une obligation de parité dans la constitution des listes de candidature à l'élection de ces membres ;
- d'autres mesures ont par ailleurs été décidées en vue de lever des dispositions perçues comme freinant les adhésions de certaines catégories de personnes, notamment les jeunes, ainsi que pour renforcer la capacité de gestion de ses assurés par la CFE.

Ces dispositions législatives ont été complétées par des dispositions réglementaires, correspondant aux souhaits du conseil d'administration de la CFE :

- un décret en Conseil d'Etat[72] et un décret simple[73] pris en juin 2019 sont venus définir les conditions d'application de la loi, en précisant en particulier, selon les risques pris, la protection sociale des assurés volontaires à l'étranger ;

[72] Décret n°2019-603 du 18 juin 2019 relatif à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger.

[73] Décret n°2019-604 du 18 juin 2019 relatif à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger.

- deux arrêtés pris sur propositions du conseil d'administration de la CFE sont venus ensuite préciser respectivement les modalités et le niveau des cotisations à l'assurance maladie-maternité selon les différentes offres d'assurance de la CFE[74] ainsi que les modalités et les niveaux de prise en charge des soins dispensés à l'étranger pour les assurés de la CFE[75]. Comme attendu, les dispositions de ces deux arrêtés ont été par la suite actualisées et complétées, à plusieurs reprises, sur propositions du conseil d'administration de la CFE.

Le conseil d'administration et la direction de la CFE ainsi que les tutelles attendaient de cette réforme et des autres mesures ou orientations prises ou envisagées dans le cadre du projet d'entreprise « Excellence 2020 » arrêté par la CFE en 2017[76] et de la convention de partenariat conclue entre l'Etat et la CFE pour la période 2018-2021[77], qu'elle conduise à un doublement du nombre d'assurés à l'horizon 2020 ou 2021, pour atteindre près de 500 000 bénéficiaires.

3.1.3. La loi du 24 décembre 2018 a refondu l'architecture juridique des dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux assurances sociales volontaires des Français de l'étranger

Alors que l'un de ses principaux apports a été d'unifier le mode de calcul des cotisations pour les risques maladie-maternité, invalidité et AT/MP pour l'ensemble des catégories d'assurés (salariés, travailleurs indépendants, pensionnés et autres catégories), la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 – à la suite d'un important travail de légistique de la commission des affaires sociales du Sénat conduit à l'initiative du rapporteur de la proposition de la loi - a procédé à des modifications formelles du CSS visant à réarticuler le chapitre II du titre VI de son livre VII (« Régimes divers – Dispositions diverses ») autour des différents risques (maladie et maternité, invalidité et AT/MP), alors qu'il était précédemment structuré autour des différentes catégories de publics.

Les nouveaux articles relatifs au risque d'invalidité ont en outre été regroupés avec ceux relatifs aux risques d'incapacité de travail et aux pensions de veuvage dans une nouvelle section 2 bis du même chapitre (intitulée « Incapacité de travail, invalidité et pensions de vieillesse substituée ») distincte de la nouvelle section 2 qui rassemble les dispositions relatives au risque maladie et maternité (« Maladie et maternité »), désormais communes à l'ensemble des assurés.

Afin de tirer les conséquences de la modification de leur structure et de leur contenu - et de l'élargissement du champ des bénéficiaires des assurances volontaires aux ressortissants des pays de l'UE, de ceux partie de l'EEE et de la Suisse, **l'article 1er** de la loi a en outre modifié l'intitulé du titre VI du livre VII du CSS et celui de son chapitre II pour préciser qu'il concerne les « assurés résidant à l'étranger » (titre VI) et les « assurés volontaires à l'étranger » (chapitre II), là où les intitulés précédents concernaient les « Français résidant à l'étranger » et les « travailleurs salariés expatriés ».

---

[74] Arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

[75] Arrêté du 25 juin 2019 fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les soins dispensés à l'étranger.

[76] Voir le rapport annuel d'activité de la CFE pour 2027 et la convention de partenariat Etat CFE 2018-2021.

[77] Cette convention a été signée par la directrice de la sécurité sociale, le président du conseil d'administration et le directeur de la CFE le 10 juillet 2018.

3.1.4. La loi du 24 décembre 2018 a élargi les conditions d'accès aux assurances gérées par la CFE aux ressortissants des pays de l'UE, des autres pays partie de l'EEE et la Suisse

L'article 2 de la loi du 24 décembre 2018 qui a réécrit l'article L762-1 du code de la sécurité sociale en vue de préciser le champ des personnes pouvant accéder aux assurances sociales volontaires gérées par la CFE, a mis en conformité les textes régissant cet ensemble d'assurances volontaires avec le droit européen en matière de sécurité sociale.

Il a ouvert leur accès à l'ensemble des ressortissants des États membres de l'UE, des autres États partie de l'EEE et la Suisse - sous réserve qu'ils résident à l'étranger (soit en dehors de leur propre pays) et qu'ils ne soient pas soumis à la législation française de sécurité sociale (comme indiqué *supra* en introduction de cette annexe). Auparavant, l'offre d'assurances contre les risques maladie, invalidité et AT/MP était réservée aux résidents Français installés à l'étranger, ce qui pouvait être considéré comme une discrimination au sens du règlement européen n°883/2004 du 29 avril 2004 portant sur les systèmes de coordination des systèmes de sécurité sociale[78], comme l'avait relevé la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF de 2015[79].

Par le passé, les conditions d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse avaient été alignées entre Français et autres ressortissants de l'EEE et de la Suisse par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010[80] et qui avait remplacé, pour les salariés expatriés, la condition de nationalité française par une condition d'affiliation préalable, à quelque titre que ce soit, à un régime français obligatoire d'assurance maladie pendant une durée minimale, fixée à cinq ans par le décret n°2010-1738 du 30 décembre 2010[81].

La CFE avait d'ailleurs commencé à tirer les conséquences pratiques de cette situation en laissant ce critère inappliqué depuis le 1er janvier 2011 pour le risque « maladie, maternité et invalidité ». Depuis cette date, elle acceptait en effet l'adhésion à ces assurances à des ressortissants d'autres pays de l'UE, des autres pays partie de l'EEE et de la Suisse, à condition qu'ils aient été affiliés durant cinq ans à un régime français d'assurance maladie, reproduisant le schéma applicable pour le risque vieillesse. La CFE autorisait ainsi des adhésions contraires à la loi, en se fondant sur un autre critère dépourvu de base juridique et potentiellement tout aussi discriminatoire que le précédent.

En pratique, la loi du 24 décembre 2018 a ainsi ouvert l'affiliation à l'ensemble des ressortissants européens pour tous les risques, sans condition préalable d'affiliation à un régime français de sécurité sociale. Subsiste l'exception notable de l'assurance volontaire vieillesse, pour laquelle la condition d'une affiliation pendant cinq ans en France au risque maladie a été maintenue, comme pour les ressortissants français.

---

[78] L'article 4 de ce règlement précise que « les personnes auxquelles le présent règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci ». La même règle était inscrite dans le précédent règlement n°1408/71 du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

[79] « La Caisse des Français de l'étranger – Son activité et les conditions de son intervention », Rapport IGAS-IGF N° 2015-025R2, juillet 2015.

[80] *Cf.* l'article 72 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

[81] Décret n° 2010-1776 du 31 décembre 2010 relatif à l'assurance volontaire vieillesse et invalidité et au rachat de cotisations.

De manière plus générale, il convient de noter que, si elle a conduit à distinguer formellement de manière plus claire quatre risques dans le CSS (la maladie et la maternité, l'invalidité, les AT/MP et la vieillesse)[82], la loi du 24 décembre 2018 n'a pas modifié les grandes caractéristiques de l'offre d'assurances de la CFE : l'assurance maladie et maternité est restée ouverte à tous les publics comme auparavant, tandis que les assurances invalidité et AT/MP demeurent réservées aux travailleurs salariés, y compris agricoles[83], de même que l'assurance vieillesse pour laquelle la CFE demeure un simple gestionnaire des adhésions et collecteur des cotisations, les droits restant mis au compte des assurés par la CNAV.

L'article 2 de la loi du 24 décembre 2018 a toutefois donné aussi la possibilité aux travailleurs indépendants et aux salariés et exploitants agricoles de verser, par l'intermédiaire de la CFE, comme c'est le cas pour les salariés précédemment affiliés au régime général, les cotisations à l'assurance vieillesse volontaire, et lui a ainsi donné la possibilité d'élargir son offre globale d'assurances à ces publics.

L'article 3 de la loi du 24 décembre 2018 a rassemblé à l'article L. 762-2 du CSS et reformulé les dispositions relatives aux entreprises – qualifiées usuellement de « mandataires » - qui ont la faculté d'effectuer, pour le compte de leurs salariés et collaborateurs assimilés, les formalités d'adhésion de ces personnes aux assurances sociales volontaires gérées par la CFE. En cohérence et dans le prolongement de la logique de l'article 2 de la loi, cet article a supprimé le critère de « droit français » pour les entreprises mandataires et le critère de nationalité française des salariés concernés qui existaient auparavant (dans la précédente version de l'article L762-1 du CSS) (voir également la partie 2.3 *supra*). Cet article a ainsi permis, en principe, à toutes les entreprises d'effectuer, pour le compte de leurs salariés éligibles, les formalités d'adhésion aux assurances de la CFE, mettant fin au risque de discrimination sur le fondement de la nationalité.

Un nouvel alinéa de l'article L. 762-2 ainsi réécrit a en outre repris les dispositions de l'ancien article L7. 62-3 qui prévoient la possibilité pour les entreprises de prendre en charge tout ou partie des cotisations de leurs salariés.

Enfin, l'article 3 de la loi du 24 décembre 2018 a tiré les conséquences de la suppression du critère de nationalité française pour préciser que l'obligation faite aux services déconcentrés de l'État installés à l'étranger, ainsi qu'aux établissements d'enseignement, de recherche, culturels, sanitaires à l'étranger subventionnés par le budget de l'Etat, de réaliser les démarches d'affiliation, à la demande et pour le compte, de leurs employés ne s'applique qu'à ceux qui ne sont pas ressortissants du pays d'accueil, étant entendu que la CFE a vocation à assurer des expatriés et pas les salariés travaillant dans leur propre pays.

3.1.5. La loi du 24 décembre 2018 a réformé en profondeur le cadre et les modalités d'intervention de la CFE en vue de renforcer l'attractivité de son offre commerciale d'assurance maladie et maternité, notamment pour les jeunes

L'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 a regroupé l'ensemble des dispositions relatives au risque maladie et maternité.

[82] *Cf.* la partie 4.1.3 précédente.

[83] Les travailleurs non-salariés expatriés ont conservé la possibilité de s'affilier ay régime d'invalidité de l'ancien régime social des indépendants.

3.1.5.1. La suppression du « délai limite » pour l'adhésion et du mécanisme associé des « cotisations rétroactives »

La législation antérieure prévoyait[84] :

- le principe selon lequel l'adhésion aux assurances volontaires maladie, maternité, invalidité de la CFE devait être « formulée dans un délai déterminé » (délai limite) et le point de départ servant à la définition de ce délai[85] ;
- l'acceptation toutefois des demandes après expiration de ce délai compte tenu de l'âge de l'intéressé, ou sous réserve du paiement des cotisations afférentes à la période écoulée depuis cette date, dans la limite d'un plafond ;
- une prise d'effet de l'adhésion à l'issue de délais fixés en fonction du risque couvert et de l'âge de l'affilié (délais de carence). Ces délais devaient permettre d'assurer, le cas échéant, la continuité de la couverture des risques au regard de la législation française au moment du départ et du retour en France de l'assuré.

En pratique, eu égard aux dispositions réglementaires alors en cours :

- un salarié ou étudiant devait ainsi adhérer aux assurances MMI dans un délai de deux ans à compter de son départ de France, faute de quoi il devrait s'acquitter des cotisations au titre de la période au-delà de ces deux ans, dans la limite d'un plafond correspondant à deux années de cotisations. Il en était de même pour un retraité deux ans après la notification de la liquidation de sa pension. Ce mécanisme de « cotisations rétroactives » visait à décourager les adhésions tardives ou « opportunistes » de Français, installés depuis un certain temps à l'étranger, à des âges élevés ou dans des conditions de mauvaise santé ;
- si la demande d'adhésion n'était pas formulée directement dans le prolongement du départ en France, un délai de carence de trois mois s'appliquait en outre pour limiter les « adhésions d'aubaine ».

L'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 (dans son 2°) a supprimé la notion de date limite d'adhésion et de ce fait le support légal des « cotisations rétroactives » qui préexistaient, pour ne garder que le délai de carence fixé « en fonction du risque couvert et de l'âge de l'assuré ». La CFE considérait en effet alors que les « cotisations rétroactives » constituaient une véritable « barrière à l'entrée » dissuadant de nombreuses personnes de souscrire à son offre d'assurances MMI, notamment des jeunes, ce qui freinait son développement ; un avis très largement partagé par la DSS.

3.1.5.2. Une modification limitée des membres de la famille des assurés bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie et maternité

L'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 (dans son 3°) a modifié la définition des « membres de la famille » de l'assuré au titre de l'assurance maladie et maternité, pour exclure les ascendants et ne conserver que :

- le conjoint de l'assuré (mariage, PACS, concubinage) ;

---

[84] Cf. l'ancien article L766-1 du CSS abrogé par la loi du 24 décembre 2018.

[85] Le délai courrait à compter de :

- soit la date à laquelle l'intéressé pouvait adhérer à l'une de ces assurances volontaires ;
- soit la date de liquidation de la retraite pour les personnes résidant à l'étranger liquidant une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse ;
- soit la date à laquelle les personnes cessaient de relever d'un régime de sécurité sociale dans un pays partie de l'EEE qui, après avoir résidé dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, s'installent dans un pays tiers.

- les enfants à la charge de l'assuré ou de son conjoint jusqu'à un âge limite fixé par voie réglementaire ou ceux en apprentissage, poursuivant des études ou qui ne peuvent avoir d'activité professionnelle en raison de leurs infirmités ou de maladies chroniques, jusqu'à un âge limite fixé par voie réglementaire ;
- toute personne ayant auparavant la qualité d'ayant droit de l'assuré dans le régime obligatoire français[86].

3.1.5.3. Une actualisation de la définition des prestations maladie et maternité de portée très limitée

L'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 (dans son 5°) a procédé à une actualisation de la définition des prestations maladie et maternité de portée très limitée.

Selon la législation antérieure[87], les prestations des risques maladie et maternité prises en charge dans le cadre de l'assurance volontaire proposée par la CFE, comprenait :

- la couverture des frais directement liés aux soins, prévus par le 1° de l'article L. 160-8 pour le risque maladie ;
- la couverture des prestations maternité prévue en référence toutefois, de manière datée, à un article du CSS qui avait été supprimé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, celle-ci ayant repris les dispositions de celui-ci dans un nouvel article L. 160-9 qu'elle a créé[88].

Outre la correction rédactionnelle bienvenue du CSS sur ce dernier point, l'article 4 de la loi a étendu le champ des prestations maladies couvertes en ajoutant aux frais directement liés aux soins (1° de l'article L160-8) trois autres postes :

- les frais de transports (2° du même article) ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'enseignement ou expérimentaux ainsi que les frais de fonctionnement des établissements d'aide par le travail ou de réadaptation/rééducation (3° du même article selon sa rédaction de l'époque) ;
- les frais afférents à une interruption volontaire de grossesse (4° du même article)[89].

3.1.5.4. De nouvelles modalités de prise en charge des soins de santé différenciées par pays et plus lisibles

Selon la législation antérieure[90], les soins dispensés à l'étranger des adhérents aux assurances maladie et maternité de la CFE « *ouvr(ai)ent droit à des prestations servies sur la base des dépenses réellement exposées dans la limite des prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France* ».

Elle prévoyait en outre que « *des tarifs de responsabilité particuliers* » puissent être fixés par arrêté ministériel.

---

[86] *Cf.* l'article L762-5-1 dans sa rédaction actuelle, en remplacement de l'ancien article L766-1-1 abrogé par la loi.

[87] *Cf.* l'ancien article L. 762-6 du CSS abrogé par la loi.

[88] *Cf.* l'article 59 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

[89] *Cf.* l'article L. 762-6 du CSS qui a toutefois été modifié par la suite, en lien avec des modifications des articles L. 160-8 et L ? 160-9 du même code.

[90] *Cf.* l'ancien article L. 766-1-2 du CSS abrogé par la loi.

Enfin, lorsque les dépenses exposées étaient manifestement excessives au regard du coût moyen de soins analogues dans le pays de résidence, tel qu'établi à partir des demandes de remboursement présentées à la (CFE), celle-ci pouvait, après avoir sollicité les explications de l'assuré, ajuster les prestations servies sur la base de ce coût moyen, sans que ces prestations puissent excéder celles qui auraient été dues par la sécurité sociale française.

Dans ce contexte, le 6° de l'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 a créé un article L. 762-6-1 du CSS actualisant de manière notable les règles de remboursement des dépenses de soins dispensés à l'étranger, comme précisé dans la partie 2.4.1*supra*.

Ces dispositions, souhaitées par la CFE, ont été prises avec le double objectif de :

- donner une meilleure visibilité des niveaux de prise en charge des différents types de soins de santé dans les différents pays, notamment pour les assurés confrontés à la perspective de dépenses de soins de santé élevées, en cas d'hospitalisation, d'une part ;
- déterminer des plafonds de prise en charge plus finement adaptés *ex-ante* dans certains pays, où les niveaux de remboursement de la sécurité sociale française, pouvaient parfois constituer des limites trop généreuses au regard des prix du pays de résidence, avec, de ce fait, un risque de majoration du coût des soins par certains établissement de santé (pouvant notamment se traduire par des durées de séjours hospitaliers prolongées au-delà du nécessaire), d'autre part. À cet égard, la CFE avait fait le constat que, dans certains pays, le prix des soins pouvait varier considérablement au sein d'un même établissement, en fonction de l'organisme assureur et du taux de prise en charge de sa couverture des dépenses de soins.

Selon les responsables de la CFE de l'époque, ces dispositions n'avaient pas vocation à faire évoluer sensiblement les niveaux de prise en charge et corrélativement les restes à charge dans les différents pays, ni *a fortiori*, à faire évoluer le positionnement de la caisse de la couverture de base à une couverture complémentaire pour lequel elle serait rentrée en concurrence avec les acteurs déjà présents. La mesure avait été précédée par une expérimentation en Thaïlande (avec un plafonnement à 80 % des frais réellement exposés) dont les résultats avaient été jugés satisfaisants par les responsables de la CFE.

Ces dispositions ont ouvert la voie aux modalités des prestations précisées par la suite dans l'arrêté du 25 juin 2019 précité dans la partie 2.4.1 *supra*[91].

3.1.5.5. La suppression de la cotisation supplémentaire pour les soins dispensés en France

La législation antérieure[92] prévoyait que la CFE prenait en charge les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité dispensées en France, à condition que celles-ci ne puissent être prises en charge à un autre titre. Il renvoyait à un décret les modalités d'application de cette disposition et notamment le taux de la cotisation supplémentaire mise à la charge des intéressés dans cette hypothèse.

Le 6° de l'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 a repris dans un nouvel article L. 762-6-3 ces dispositions, à l'exception de celles relatives à la cotisation supplémentaire, formalisant ainsi sa suppression.

[91] Arrêté du 25 juin 2019 fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les soins dispensés à l'étranger.

[92] L'ancien article L. 766-2 du CSS abrogé par la loi.

La nouvelle cotisation de base de l'assuré aurait ainsi vocation à couvrir l'ensemble des dépenses de soins, qu'ils soient réalisés en France ou dans le pays de résidence. Cette suppression de la cotisation supplémentaire pour les soins dispensés en France visait à renforcer l'attractivité de l'offre de la CFE.

3.1.5.6. Une grille tarifaire unifiée et simplifiée pour les cotisations d'assurance-maladie

Auparavant, les règles légales encadrant le niveau des cotisations relevaient de différents articles en fonction des publics concernés. Elles étaient à l'origine d'une offre tarifaire complexe, selon l'appréciation partagée par le conseil d'administration et la direction de la CFE, la DSS et les sénateurs porteurs de la proposition de loi.

Dans le détail :

- pour les salariés :
  - la législation antérieure[93] prévoyait pour les salariés une cotisation pour les risques maladie maternité et invalidité (MMI) sur la base d'une assiette forfaitaire, les salariés adhérents étant répartis dans les conditions fixées par décret, en fonction de leurs rémunérations professionnelles en trois catégories, fixées par référence au plafond annuel de sécurité sociale (PASS) et dans la limite de celui-ci. Les cotisations pour l'assurance volontaire AT étaient calculées sur la base d'un niveau de salaire choisi par l'intéressé entre un minimum et un maximum dans les conditions fixées par décret. Dans les deux cas, le taux desdites cotisations était fixé par décret, après avis de la CFE pour le taux des cotisations MMI, devait être « *révisé si l'équilibre financier de chacune des assurances volontaires l'exige(ait)* » ;
  - les critères retenus au niveau législatif n'étant pas limitatifs, en pratique, le taux de cotisation pour les risques MMI fixé par décret, dépendait en outre de l'âge de l'adhérent avec la distinction de trois catégories d'âge (les jeunes de moins de 30 ans, les 30 à 35 ans et les plus de 35 ans). L'offre d'assurance MMI pour les seuls salariés comprenait ainsi neuf tarifs auxquels pouvaient s'ajouter deux options : l'une pour les indemnités journalières maladie-maternité et un capital décès ; l'autre pour la prise en charge des soins en France lors de séjours de 3 à 6 mois[94]. Dans le cas d'une prise en charge de tout ou partie des cotisations par une entreprise mandataire, le taux des cotisations MMI pour les salariés pouvait donner lieu à une ristourne, dépendant en pratique du nombre de salariés de l'entreprise ;
  - s'agissant de l'assurance pour le risque AT, la législation autorisait la CFE à accorder, selon des modalités fixées par décret, des ristournes sur le taux de cotisation afférant, tenant compte de la sinistralité observée, pour les entreprises mandataires d'un minimum d'adhérents. En pratique, l'assurance AT autorisait en outre le choix d'une option couvrant les AT lors des voyages d'expatriation ;

[93] *Cf.* l'article L762-3 du CSS dans sa rédaction antérieure.

[94] Ces options étaient tarifées différemment selon les catégories de salariées déterminées selon leurs ressources annuelles.

- pour les travailleurs non-salariés résidant à l'étranger :
  - la législation[95] prévoyait un système de cotisations pour l'assurance volontaire pour le risque MMI semblable à celui des salariés, avec des cotisations calculées sur la base d'une assiette forfaitaire, les assurés étant répartis, dans des conditions fixées par décret, en fonction de la totalité de leurs ressources dont leurs revenus professionnels, en trois catégories fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci, et avec un taux de cotisation également fixé par décret. En pratique, ce taux dépendait aussi de la catégorie d'âge des adhérents et le système prévoyait aussi une option pour la couverture des soins dispensés en France lors des séjours de 3 à 6 mois ;
- pour les pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger :
  - la législation[96] prévoyait une cotisation pour l'assurance volontaire pour le risque MMI fixée par décret et précomptée sur leurs avantages de retraite. En pratique, la cotisation versée par les retraités était déterminée de manière forfaitaire en deçà d'un certain niveau de pension, et, au-delà de ce seuil, elle était fonction du montant de la pension et d'un taux de cotisation ;
- pour les étudiants français résidant à l'étranger :
  - la législation[97] prévoyait également une cotisation forfaitaire pour l'assurance volontaire pour le risque MMI. Le système prévoyait en outre deux options : l'une pour la couverture des soins dispensés en France lors des séjours de 3 à 6 mois ; l'autre pour la couverture des AT lors des stages conventionnés uniquement ;
- pour les autres ressortissants français inactifs :
  - s'agissant des personnes sans activité étant soit en situation de chômage, soit titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité allouées au titre d'un régime français obligatoire, soit conjoint survivant ou divorcé ou séparé d'un assuré, d'étrangers ou de Français non assurés[98], la législation prévoyait un système de cotisation forfaitaire pour l'assurance volontaire MMI semblable à celui retenu pour les travailleurs non-salariés, avec une prise en compte différenciée des ressources de leur ménage selon que leur conjoint avait vocation ou pas à être couvert par l'assurance. Il en était de même pour les autres ressortissants Français inactifs éligibles aux assurances volontaires gérées par la CFE[99], les dispositions réglementaires précisant les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations variant quelque peu selon ces deux grandes catégories de personnes inactives.

Au total, il résultait de l'ensemble des dispositions prises au niveau législatif et réglementaire plusieurs centaines de tarifs applicables ; comme indiqué *supra*, l'exposé des motifs de la proposition de loi initiale porté par les sénateurs Leconte, Yung, Lepage et Conway-Mouret en évaluait le nombre à plus de 600.

[95] *Cf.* l'ancien article L763-4 du CSS abrogé par la loi du 25 décembre 2018.

[96] *Cf.* l'ancien article L764-4 du CSS abrogé par la loi du 25 décembre 2018.

[97] *Cf.* l'ancien article L765-2-1 abrogé par la loi du 25 décembre 2018.

[98] Cf. l'ancien article L765-7 du CSS abrogé par la loi du 25 décembre 2018.

[99] Cf. l'ancien article L765-8 du CSS abrogé par la loi du 25 décembre 2018.

L'article 4 de la loi du 24 décembre 2018 (dans son 6°) a créé un nouvel article L. 762-6-4 du CSS consolidant les éléments de définition de la cotisation d'assurance maladie et maternité. Il a maintenu le principe d'une cotisation forfaitaire toujours déterminée par voie réglementaire, mais a apporté plusieurs modifications substantielles :

- il a prévu que cette cotisation soit déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris sur proposition du conseil d'administration de la CFE, alors qu'elle était auparavant fixée par décret. Cette modification visait à fluidifier le dialogue entre la CFE et ses tutelles, et à donner à la CFE une plus grande capacité de décision et de réactivité sur cette question essentielle pour son équilibre financier ;
- cet article a en outre énuméré les critères de modulation de cette cotisation de manière limitative, comme précisé dans la partie 2.4.1 *supra* ;
- cet article a par ailleurs maintenu le principe selon lequel « *(l)e montant des cotisations est révisé si l'équilibre financier de l'assurance volontaire l'exige* ».

Les dispositions retenues n'ont pas induit de changement de cotisations pour les adhésions collectives via une entreprise mandataire : elles continuent à prendre en compte les conditions de ressources et les effectifs.

En revanche, ces nouvelles dispositions ont été prises en vue de simplifier considérablement la situation des adhérents individuels qui bénéficient désormais d'une offre plus simple et plus lisible autour de quelques tranches d'âge et de l'alternative célibataire/famille. Par ailleurs, ceux-ci n'ont plus à déclarer leurs changements de statut d'activité à la CFE, avec des incidences financières sur leurs cotisations.

Selon l'actuelle direction de la CFE, ces nouvelles dispositions visaient en outre à tenir compte de la grande difficulté à contrôler effectivement les revenus des assurés à l'étranger, à l'exception, dans une certaine mesure, des salariés des entreprises mandataires.

Sans sous-estimer cette difficulté, la mission relève toutefois que les nouvelles dispositions législatives, en supprimant toute référence aux revenus et au plafond annuel de sécurité sociale (PASS), ont supprimé les mécanismes d'ajustement automatique des cotisations par rapport à l'inflation qui existaient auparavant pour certaines catégories d'adhérents. Elle relève également que la suppression de la référence aux revenus pour le calcul de la cotisation de certaines catégories a éloigné ce système d'assurance maladie du principe de proportionnalité des contributions, qui constituait un des ferments de la solidarité devant s'exercer entre les assurés volontaires de la CFE.

3.1.5.7. Un dispositif de plafonnement durable des hausses de cotisations d'assurance maladie pour une partie des anciens assurés dont les cotisations devaient être rehaussées à la suite de l'application de la nouvelle grille tarifaire

L'article 8 de la loi du 24 décembre 2018 a introduit un plafonnement, durable, de la hausse de cotisations d'assurance maladie susceptible d'être appliquée aux clients de la CFE à titre individuel, en limitant cette hausse à 50 % du niveau de cotisation acquitté avant l'entrée en vigueur de la réforme.

Cet article non codifié dans le code de la sécurité sociale a été complété, dans une disposition du décret d'application de loi en Conseil d'Etat du 18 juin 2019[100] qui a précisé que ces cotisations d'assurance maladie pour les anciens assurés ne pourraient pas « *être majorées de plus de 5 % par an* ».

[100] Décret n°2019-603 du 18 juin 2019 relatif à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger.

Ces dispositions ont été prises alors qu'il était attendu de l'application de la nouvelle grille tarifaire devant voir le jour dans le cadre de la réforme qu'elle conduise à des baisses de cotisations pour une partie des anciens assurés (environ une moitié selon les travaux de préparation actuariels qui avaient été menés) et, à l'inverse, à des hausses, parfois sensibles, pour d'autres salariés. Pour ces derniers, la CFE envisageait de rehausser leurs cotisations progressivement vers la cotisation cible, correspondant à leur situation, sur une période longue, mais dans une limite estimée à 10 ans[101]. Les travaux d'études préparatoires de la CFE s'appuyaient sur l'hypothèse de hausses très progressives des cotisations issues du nouveau barème.

En pratique, ces dispositions ont été prises en vue d'assurer l'acceptabilité politique de la réforme, y compris au sein de l'ancien conseil d'administration de la CFE.

Une partie des adhérents à titre individuel des assurances santé de la CFE ont ainsi été maintenus après la réforme de 2018 dans leurs anciens contrats qui préexistaient avant celle-ci, contrats qualifiés de « contrats EX » par la CFE ainsi que dans le rapport et les annexes de la présente mission. La cotisation associée à ces contrats individuels a été revalorisée de 5 % chaque année depuis 2019, et à titre exceptionnel de 6,9 % en 2023 (voir l'annexe II sur le modèle économique de la CFE).

Outre le fait que l'hypothèse de hausses limitées de cotisations pour les nouveaux assurés depuis la mise en œuvre de la mesure s'est avérée infondée (*cf. infra*), compte tenu de la forte inflation des coûts des soins dans le monde, la mission a relevé que la mesure de limitation à 50 % de la hausse observée (de manière cumulative) sur l'avenir, par rapport au niveau des cotisations versées avant la mise en œuvre de la réforme, d'une part, et celle d'une limitation à 5 % des hausses annuelles, année après année, des cotisations, étaient des mesures, à la fois mal articulées l'une avec l'autre, et très risquées à moyen ou long terme sur le plan financier pour la CFE, s'agissant en particulier de la première, eu égard à son caractère durable, alors qu'une partie des bénéficiaires de ces mesures de plafonnement n'étaient pas très âgés.

3.1.6. La loi du 24 décembre 2018 a donné à la CFE de nouvelles prérogatives en matière de gestion et lui a ouvert formellement la possibilité de conclure des partenariats commerciaux

L'article 9 de la loi du 24 décembre 2018 a étendu à la CFE plusieurs dispositions applicables aux organismes de sécurité sociale, en vue notamment de faciliter et sécuriser la gestion de ces adhérents[102], parmi lesquelles :

- la possibilité pour celle-ci d'accéder aux données – utiles pour la gestion de ses adhérents - des organismes de sécurité sociale, grâce aux systèmes d'informations communs à la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale, et d'autres organismes de protection sociale[103], à travers le répertoire national commun de protection sociale (RNCPS), et celle de partager ses propres données avec ceux-ci[104] ;
- la possibilité pour le directeur de la CFE de prononcer des avertissements et des pénalités financières en cas de fraude - comme les caisses primaires d'assurance maladie – soit des actions mieux adaptées que la seule radiation[105] ;

[101] *Cf.* une note de la DACI de la DSS de 2019 intitulée « La réforme des cotisations d'assurance maladie de la CFE » remise à la mission par l'ancien directeur de la CFE.

[102] *Cf.* les articles L766-4 et L766-4-1, dans leur nouvelle rédaction, et les articles L766-4-2 et L766-4-3 ajoutés.

[103] Ainsi que de l'opérateur France Travail et des administrations de de l'Etat.

[104] *Cf.* les articles L114-2 et L114-12-2 du CSS.

[105] *Cf.* l'article L114-17-1 du CSS.

- la possibilité de prendre part aux conventions de mise à disposition de services, d'équipements et de biens entre organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale[106] en vue de l'accomplissement de leurs missions ;
- le pouvoir pour le directeur de la CFE de délivrer une contrainte au sens de l'article L161-1-5 du CSS, lui permettant de procéder de manière plus rapide et plus efficace au recouvrement forcé des créances ;
- le maintien de la possibilité, préexistante, pour la CFE de procéder à la radiation définitive d'un assuré, après procédure contradictoire, en cas de fraude ou de fausse déclaration[107].

Le même article 9 de la loi du 24 décembre 2018 a donné la faculté à la CFE de « *conclure des partenariats en vue de fournir à ses adhérents des garanties couvrant la totalité des dépenses de santé qu'ils ont à supporter* » (soit des offres au 1er euro) ainsi que celle de « *rémunérer des intermédiaires, dans des conditions prévues par décret, en vue de favoriser la promotion de ses garanties* », y compris pour celles issues des partenariats précédents.

Ces dispositions, conformes aux souhaits du conseil d'administration et de la direction de la CFE, visaient à lui permettre, dans des conditions de sécurité juridique satisfaisantes, de déployer une offre de couvertures complètes, en lien avec des assureurs privés, ceux-ci fournissant des couvertures complémentaires à la couverture de base de la CFE, et à pouvoir rémunérer des courtiers facilitant la commercialisation de ces offres combinées.

3.1.7. La loi du 24 décembre 2018 a apporté des modifications limitées à la gouvernance de la CFE

L'article 10 de la loi du 24 décembre 2018 a modifié la composition du conseil d'administration, en simplifiant les catégories de représentants des assurés. Il s'est limité à prévoir la présence au conseil de quinze administrateurs élus, représentant les assurés, en supprimant les dispositions antérieures qui prévoyaient explicitement parmi ceux-ci, des représentants des actifs et des inactifs, en distinguant parmi ceux-ci les sous-catégories suivantes : salariés et non-salariés ; pensionnés et autres inactifs[108].

Cette disposition a été introduite à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, sur proposition de son rapporteur, dans un souci déclaré de cohérence avec la suppression des différentes catégories d'assurés, alors que la proposition de loi initiale proposait de maintenir l'équilibre antérieur entre la représentation des actifs et celle des inactifs (10 et 5 administrateurs respectivement) en supprimant seulement parmi ceux-ci la désignation de représentants des sous-catégories les composant (salariés et non-salariés, d'une part, retraités et autres inactifs, d'autre part).

L'article 11 de la loi a simplifié les conditions d'éligibilité et d'inéligibilité des représentants des assurés, en renvoyant aux seules règles générales applicables aux conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, sans préciser de conditions particulières propres aux représentants des assurés au conseil d'administration de la CFE.

Enfin, **l'article 12** de la loi a instauré une obligation de parité entre hommes et femmes dans la constitution des listes électorales (l'élection se faisant sur la base d'un scrutin de liste à la proportionnelle).

---

[106] *Cf.* l'article L. 114-25 du CSS.

[107] *Cf.* l'article L. 766-4-2 créé.

[108] La législation antérieure prévoyait pour les représentants des assurés au conseil : huit représentants des salariés et deux représentants des non-salariés ainsi que trois représentants des pensionnés et deux représentants des autres inactifs.

La mission a relevé que la commission des affaires sociales du Sénat, à l'initiative de son rapporteur, avait supprimé certaines des dispositions inscrites dans la proposition de loi initiale, qui emportaient des évolutions plus importantes de la gouvernance (*Cf*. encadré 2).

Encadré 2 : Éléments de la proposition de loi initiale sur la gouvernance de la CFE supprimés dans le cadre du débat parlementaire

La proposition de loi initiale prévoyait la **désignation au conseil d'administration de la caisse d'un représentant par le réseau des chambres de commerce et d'industrie françaises à l'étranger,** avec pour contrepartie la réduction du nombre des représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales des employeurs représentatives, désignés par le MEDEF en pratique, de deux sièges à un siège ;

Elle prévoyait en outre d'adapter le régime d'élection des représentants des assurés au conseil d'administration de la CFE pour tenir compte de la réforme de la représentation des Français de l'étranger introduite par la loi n° 2013-659 du 22 juillet 2013 qui a notamment modifié le mode d'élection des sénateurs représentant les Français établis hors de France et créé le nouveau corps des conseillers consulaires, comme échelon intermédiaire entre les Français inscrits sur les listes électorales consulaires qui les élisent et l'Assemblée des Français de l'étranger (AFE) (*Cf.* l'encadré 3 et la figure 1 *infra*). Cette réforme a ainsi conduit à réduire le nombre de membres de l'AFE de 155 à 90. La proposition de loi initiale prévoyait en effet **d'élargir la base électorale des représentants des assurés au conseil d'administration de la CFE à l'ensemble des conseillers consulaires et des délégués consulaires, au lieu des seuls membres de l'Assemblée des Français de l'étranger** (AFE), sans changer la désignation des trois membres représentant l'AFE. Dans l'esprit des sénateurs qui la portaient, outre un souci de prise en compte de la réforme de 2013, cette disposition permettrait aussi aux « *candidats à la gestion de la CFE d'avoir à faire en vue de leur élection une campagne précisant les orientations qu'ils proposent* », ce qui leur paraissait essentiel au vu du renforcement envisagé des pouvoirs du conseil d'administration ;

La proposition initiale de loi prévoyait en outre d'instaurer une **limite d'âge à 65 ans pour les membres de conseil d'administration, lors de leur élection ou leur désignation**, sauf pour les pensionnés cotisants à la CFE, alors que cette limite d'âge ne s'appliquait auparavant et ne s'applique toujours aujourd'hui qu'aux représentants des assurés ;

Elle entendait modifier le mode d'élection du président du conseil d'administration en **prévoyant qu'il est élu, en son sein, par le conseil d'administration, comme antérieurement, mais parmi les seuls représentants des actifs.**

Source : Proposition de loi n°553 relative à la réforme de la caisse des Français de l'étranger, présentée par MM. Jean-Yves Leconte, Richard Yung, Mmes Claudine Lepage et Hélène Conway-Mouret, enregistrée à la présidence du Sénat le 12 mai 2017.

Lors de l'examen de la proposition de loi par la commission des affaires sociales, le rapporteur avait indiqué avoir constaté, pendant ses auditions, « *une absence de consensus* » sur une évolution plus importante de la gouvernance de la CFE, telle qu'envisagée dans la proposition de loi initiale. Il avait en outre fait référence à l'annonce d'une nouvelle réforme de la représentation des Français établis hors de France par le gouvernement d'alors.

La mission n'a pu, dans les délais impartis, procéder à une analyse approfondie de ces dispositions de la proposition de loi initiale relatives à la gouvernance, non retenues *in fine* par le Parlement, en lien avec l'évaluation du modèle économique de la CFE. Elle considère qu'une réflexion pourrait être utilement réengagée à ce sujet, en lien notamment avec le souci de donner une place plus importante aux représentants des entreprises mandataires qui souscrivent des contrats collectifs pour le compte de leurs salariés, et de garantir un équilibre, parmi les représentants des salariés, entre les actifs et les inactifs.

Encadré 3 : La représentation des Français établis hors de France

Les Français établis hors de France sont représentés :

- Au niveau national, par 11 députés, élus pour la première fois en 2012 à la suite à la modification de la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008, et par 12 sénateurs, renouvelés pour moitié lors de l'élection de septembre 2023 ;

- Au niveau local, par 442 conseillers des Français de l'étranger, créés par la loi n°2013-659 du 22 juillet 2013, élus au suffrage universel direct dans 130 circonscriptions ;

- Au niveau central, par 90 conseillers à l'Assemblée des Français de l'étranger, élus au suffrage universel indirect par et parmi les conseillers des Français de l'étranger.

Les conseils consulaires :

Selon les termes de l'article 1er de la loi du 22 juillet 2013, les conseils consulaires constituent l'une des instances représentatives des Français établis hors de France.

En mai 2021 (et en novembre 2021 pour trois circonscriptions dans deux pays compte tenu des circonstances locales liées à la pandémie mondiale), les Français résidant à l'étranger ont élu 442 conseillers des Français de l'étranger dans 130 circonscriptions.

Les conseillers des Français de l'étranger sont membres de droit des conseils consulaires, instances consultatives placées auprès de chaque ambassade pourvue d'une circonscription consulaire et de chaque poste consulaire. Ils peuvent formuler des avis sur les questions consulaires ou d'intérêt général, notamment culturel, éducatif, économique et social, concernant les Français établis dans la circonscription. Les conseils consulaires se réunissent au moins deux fois par an.

L'Assemblée des Français de l'étranger :

L'Assemblée des Français de l'étranger (AFE) est l'interlocuteur du gouvernement sur la situation des Français établis hors de France et les politiques conduites à leur égard. Elle se réunit au moins deux fois par an. Ses travaux ont lieu en séance plénière et dans le cadre de six commissions thématiques :

- Commissions des lois, des règlements et des affaires consulaires ;
- Commission des finances, du budget et de la fiscalité ;
- Commission de développement durable et du commerce extérieur ;
- Commission de l'enseignement, des affaires culturelles, de la francophonie et de l'audiovisuel extérieur ;
- Commissions des affaires sociales et des anciens combattants, de l'emploi et de la formation ;
- Commission de sécurité et risques sanitaires.

L'AFE peut être consultée par le gouvernement, ainsi que par le président de l'Assemblée nationale ou par le président du Sénat, sur la situation des Français établis hors de France et sur toute question consulaire ou d'intérêt général, notamment culturel, éducatif, économique ou social. Elle est également consultée sur les dispositions concernant les Français de l'étranger dans les projets de loi de finances et de financement de la Sécurité sociale.

Une fois par an, le gouvernement lui présente un rapport sur la situation des Français établis hors de France.

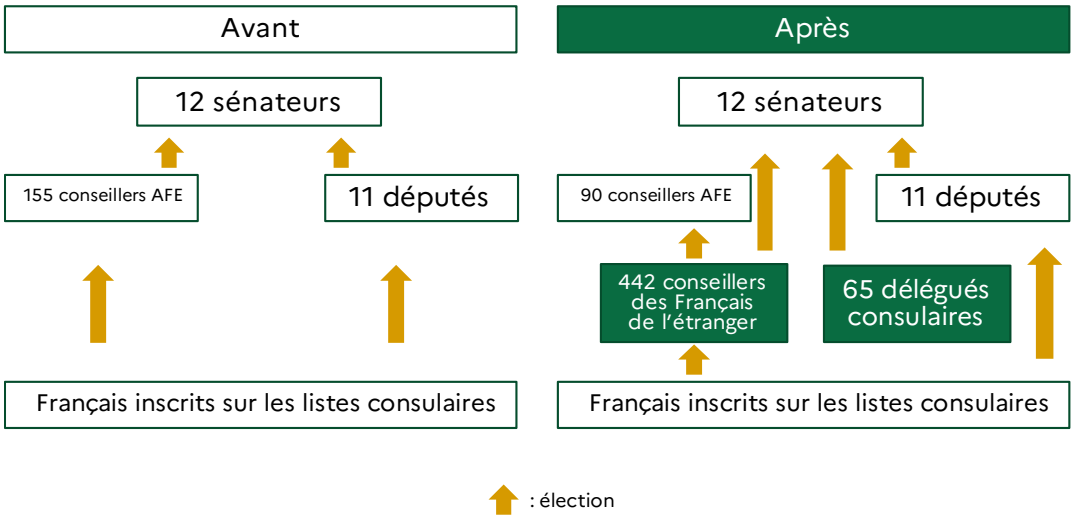
Le secrétariat général de l'Assemblée des Français de l'étranger est assuré par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Celui-ci est chargé de l'organisation pratique des réunions de l'Assemblée. Il assiste ses différentes formations, notamment dans la mise en œuvre des ordres du jour des commissions et des séances plénières. Il gère les crédits de fonctionnement de l'Assemblée et assure la liaison entre ses membres dans l'intervalle des sessions. Il assure les obligations prévues par la loi pour toute élection à laquelle l'Assemblée est tenue de procéder.

Les délégués consulaires :

Les délégués consulaires sont pour leur part élus pour former, avec les conseillers consulaires et les députés élus par les Français établis hors de France, le collège électoral sénatorial. Ils sont élus en même temps que les conseillers consulaires, à raison d'un délégué consulaire pour 10 000 inscrits au registre des Français établis hors de France. Contrairement aux conseillers consulaires, ils n'ont pas vocation à intervenir directement auprès des ambassades et consulats..

Source : Rapport du Gouvernement sur la situation des Français établis hors de France, 2024.

Figure 1 : Représentation des principales modifications de la représentation des Français de l'étranger apportées par la loi n°2013-652 du 22 juillet 2013



Source : DSS (2017)

3.2. La réforme de la CFE de 2018 qui a eu des effets contrastés, ne lui a pas permis de développer fortement sa clientèle pour les assurances santé ni d'inverser la dégradation tendancielle de sa structure d'âge, et le plafonnement des hausses de cotisations pour une partie de ses anciens assurés a obéré ses résultats de manière insoutenable

L'évaluation des effets de la réforme de la CFE de 2018 constitue un exercice délicat. Comme pour l'évaluation de la plupart des réformes ou des mesures de politique publique, il est difficile de distinguer les effets propres de cette réforme des effets des autres facteurs qui ont affecté l'environnement de la CFE dans les années qui ont suivi la mise en œuvre de celle-ci, à compter de 2019, parmi lesquels le développement des nouvelles formes d'expatriation et la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid 19.

L'identification des effets propres de cette réforme est d'autant plus difficile à cerner que la réforme conduite, dans l'esprit des responsables de la CFE et des tutelles, a consisté en un ensemble de mesures législatives et réglementaires, complété par d'autres décisions prises par le conseil d'administration, en cohérence et dans le prolongement de ces mesures, en 2019 et les années suivantes. Certaines mesures récentes, notamment de hausses tarifaires, ont pu par ailleurs avoir des effets autres que ceux recherchés dans le cadre de la réforme.

Comme détaillé dans l'annexe II relative au modèle économique de la CFE, la réforme de 2018 a permis une profonde rénovation de son offre commerciale qui a vraisemblablement contribué au dynamisme des adhésions individuelles enregistré au cours des années récentes.

Comme détaillé dans la même annexe ainsi que dans l'annexe III relative à la situation financière et budgétaire de la CFE, le développement des partenariats favorisé par la loi du 24 décembre 2018 a permis à la CFE d'améliorer la promotion de ses offres et sa qualité de service, mais il a contribué aussi à une dérive de ses frais de gestion.

En se concentrant sur les contrats individuels, la réforme de 2018 a fait du déclin des contrats collectifs un angle mort de la stratégie de de la CFE (*cf.* également l'annexe II).

La réforme de la CFE de 2018 ne lui a pas permis de développer fortement sa clientèle en matière d'assurance santé ni d'inverser la dégradation tendancielle de sa structure d'âge.

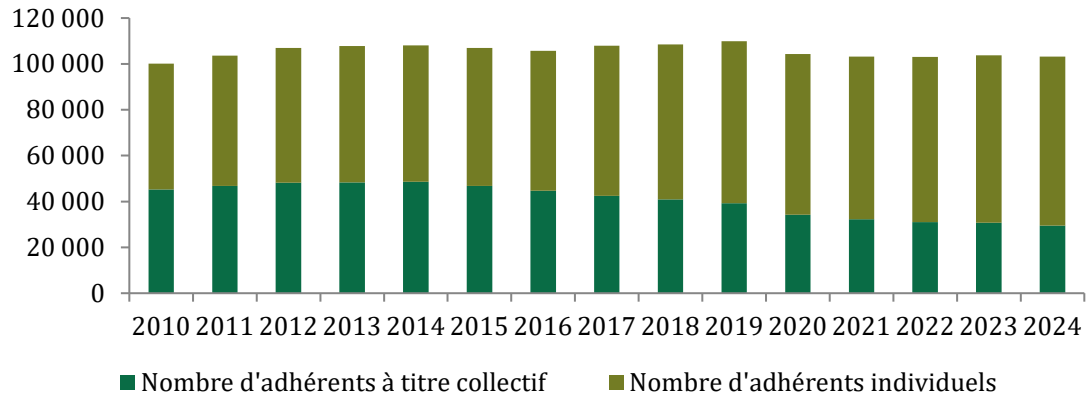
En effet, la mise en œuvre de la réforme de la CFE de 2018 n'a pas conduit, loin s'en est fallu, à la très forte progression du volume de sa clientèle qui étaient attendue de celle-ci, notamment au doublement du nombre d'assurés et de bénéficiaires envisagé entre 2017 et 2020 ou 2021.

Le nombre d'assurés à titre collectif de la CFE, tous risques confondus a poursuivi son déclin amorcé en 2015 (*cf*. graphique 1) : il a diminué de 28 % entre la fin 2018 et la fin 2024, après une baisse de 16 % entre la fin 2014 et la fin 2018. De son côté, le nombre d'assurés à titre individuel a augmenté de 9 % de la fin 2018 à la fin 2024, après une hausse de 14 % de la fin 2014 à la fin 2018. Le nombre total d'assurés, tous contrats confondus, a ainsi diminué de 5 % depuis la fin 2018, après une légère augmentation de 0,5 % de la fin 2014 à la fin 2018.

Le nombre de bénéficiaires de contrats CFE, tous risques confondus, a connu des évolutions analogues (*cf*. graphique 2).

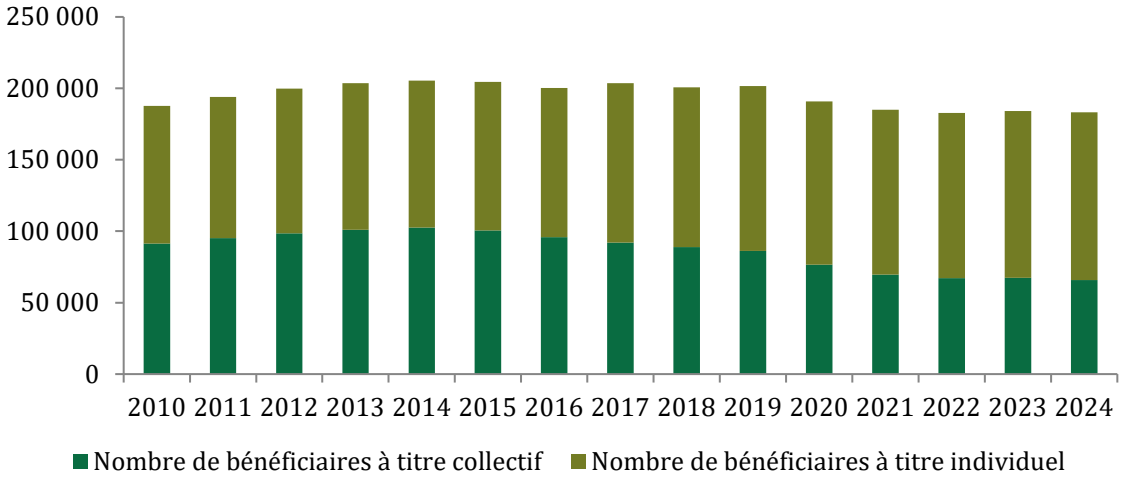
- une diminution de 26 % pour les bénéficiaires de contrats à titre collectif de la fin 2018 à la fin 2024 (après une baisse de 13,5 % sur les quatre années précédentes) ;
- une augmentation de 5 % des bénéficiaires de contrats à titre individuel sur la même période (après une hausse de près de 9 % sur les quatre années précédentes) ;
- d'où une diminution du nombre total de bénéficiaires de contrats de la CFE, tous risques confondus, de près de 9 % entre la fin 2018 et la fin 2024, après une hausse d'un peu plus de 2 % de la fin 2014 à la fin 2018.

Graphique 1 : Évolution du nombre d'assurés de la CFE, tous risques confondus, de 2010 à 2024



Source : CFE.

Graphique 2 : Evolution du nombre de bénéficiaires de contrats d'assurances de la CFE, tous risques confondus, de 2010 à 2024



Source : CFE.

[Confidentiel – Secret des affaires].

De manière plus problématique encore, la mise en œuvre de la réforme de la CFE de 2018 n'a pas non plus permis d'inverser la dégradation tendancielle de la structure d'âge des bénéficiaires de ses assurances santé au cours des années récentes.

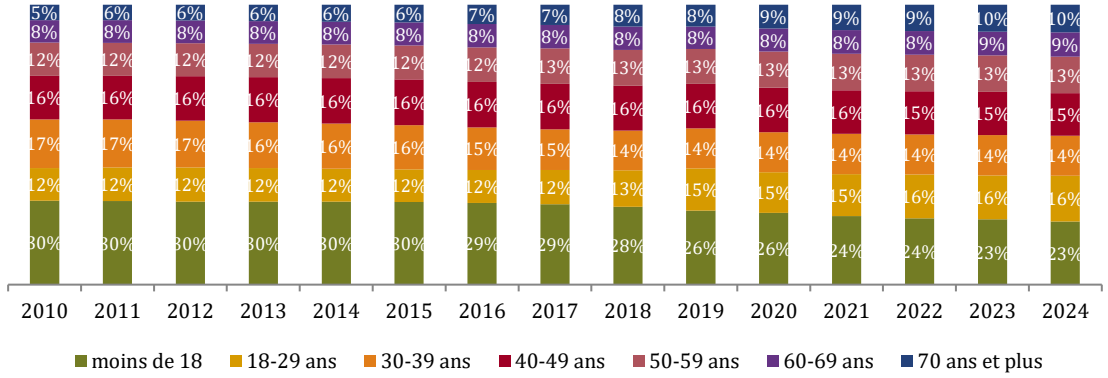
Le nombre de bénéficiaires de moins de 40 ans de la CFE a diminué de près de 12 % entre la fin 2018 et la fin 2014 (après une baisse de 6 % de la fin 2014 et la fin 2018)[109], alors que le nombre de bénéficiaires de 60 ans et plus a augmenté de 5 % sur la même période (après 12 %) et que le nombre de ceux d'entre eux âgés de 70 ans et plus a augmenté de 15,5 % (après 27 %).

La part des bénéficiaires des assurances santé de la CFE âgés de 60 ans et plus, qui avait augmenté de 14,2 % à la fin 2014 à 16,2 % à la fin 2018, a ainsi poursuivi sa hausse ces dernières années, pour s'élever à 18,6 % fin 2024 (*cf.* graphique 5).

La part des bénéficiaires âgés de 60 ans et plus a ainsi augmenté de 2,4 points entre la fin 2018 et la fin 2024, soit une augmentation voisine de celle des 18 à 49 ans (+ 2,6 points), la période étant marquée par une forte réduction de la part des enfants et des jeunes de moins de 18 ans (en lien vraisemblablement avec le déclin des contrats souscrits par des entreprises mandataires pour le compte de leurs salariés et leurs familles).

[109] -26% après -8% pour les moins de 18 ans qui sont pour l'essentiel des enfants d'assurés.

Graphique 3 : Évolution de la structure d'âge des bénéficiaires des contrats d'assurance santé de la CFE de 2010 à 2024, part des différentes catégories d'âge



Source : CFE (calculs mission).

Enfin, comme l'annexe II l'analyse de manière plus détaillée, le plafonnement des hausses de tarif pour les bénéficiaires de « contrats EX », dans un contexte de forte inflation médicale, a fortement obéré les résultats comptables de la CFE ces dernières années : ces contrats ont pesé négativement sur les résultats de la CFE à hauteur d'environ 12,0 M€ en 2023, après un effet négatif de 13,7 M€ en 2021 et 15,3 M€ en 2022.

4. Des facteurs exogènes et internes exposent la CFE à des risques juridiques, alors que son activité doit se conformer aux systèmes d'assurances sociales locaux et au droit européen de la sécurité sociale et de la concurrence

4.1. Les assurances de la CFE qui ne peuvent se substituer à une adhésion aux régimes obligatoires locaux de sécurité sociale, complètent aujourd'hui utilement le système de conventions internationales pour certains Français résidant à l'étranger ainsi que leurs employeurs

L'intérêt des assurances sociales proposées par la CFE pour les Français établis à l'étranger ne pouvant accéder à un statut de détachement qui leur permettrait de rester affilié à la sécurité sociale française – en étant le cas échéant exonéré de l'obligation d'adhésion au régime local de sécurité sociale lorsque le détachement est « communautaire » ou conventionnel- vient du fait que celles-ci offrent :

- des possibilités de prise en charge grâce aux assurances sociales (maladie et maternité, invalidité, AT/MP et vieillesse) qui présentent un niveau de couverture identique ou à tout le moins très proche de celui de la sécurité sociale française, avec notamment pour l'assurance maladie, un niveau de remboursement des frais de santé semblable à celle-ci, à la fois pour les soins reçus dans le pays étranger de résidence et/ou d'activité, mais aussi pour les soins reçus lors des séjours temporaires en France ;
- des possibilités de couverture offrant un degré de continuité maximal lors du départ de France pour l'installation à l'étranger ainsi que pour les retours d'expatriation en France.

Dans ce contexte, l'intérêt, pour les Français expatriés, des assurances sociales volontaires proposées par la CFE varie, logiquement, entre les pays étrangers de résidence et/ou de travail, selon l'existence d'un système local de sécurité sociale et son développement, et selon que le pays appartient à l'EEE (et la Suisse) ou qu'il existe une éventuelle une convention bilatérale conclue entre la France et l'Etat en question.

Par ailleurs, les entretiens de la mission avec des responsables de grandes entreprises, des représentants d'associations les regroupant ainsi qu'avec le MEDEF ont fait apparaitre que les grandes entreprises qui ont une activité à l'international, demeurent pour la plupart très attachées aux assurances sociales volontaires gérées par la CFE.

Cet intérêt varie toutefois selon les entreprises et, de manière très significative, selon le type d'assurances portées par la CFE (*cf.* l'annexe II sur le modèle économique de la CFE).

Les grandes entreprises, dans leur ensemble, sont particulièrement attachées à l'assurance vieillesse volontaire à laquelle ouvre droit l'adhésion à la CFE. La plupart de celles qui souscrivent, pour le compte de leurs salariés, aux assurances maladie et maternité, le plus souvent avec l'option invalidité, et aux assurances AT/MP, soulignent aussi leur attachement à la pratique de la CFE de prendre en charge la cotisation à l'assurance volontaire vieillesse pour ceux de leurs salariés qui n'y sont plus éligibles - soit du fait d'un retour en France soit d'une rupture de contrat de travail - lorsque ceux-ci perçoivent des indemnités journalières maladie, maternité ou AT/MP ou des rentes invalidité ou AT/MP à des taux élevés.

Les grandes entreprises qui font le choix d'assurer leurs salariés à la CFE le font généralement pour un ensemble de raisons : elles souhaitent offrir une couverture sociale équivalente à celle de la sécurité sociale française et des conditions de continuité très forte avec celle-ci en vue le plus souvent de rendre attractives pour leurs salariés les expériences de travail à l'étranger ; elles souhaitent aussi limiter au maximum les risques contentieux qui pourraient résulter à moyen ou long terme d'une couverture, notamment en matière de retraite, qui ne répondrait pas de manière parfaite aux dispositions du contrat de travail des salariés.

Comme l'avait relevé la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF sur la CFE de 2015[110], les entreprises sont également soucieuses de respecter leurs obligations générales d'information des salariés lors de leurs parcours d'expatriation, soit dans le cadre de l'exécution du contrat de travail en cas de mise de jeu de la clause de mobilité, soit lors de la modification du contrat de travail, par exemple au moyen d'un avenant de détachement ou d'expatriation, entraînant la suspension pendant l'expatriation du contrat de travail.

Comme l'avait également noté la précédente mission de 2015 et, comme l'ont confirmé des éléments d'analyse transmis par la direction générale du travail (DGT) à la mission, **certaines conventions collectives de branches incluent en outre des disposions exigeant un maintien, pendant l'expatriation, de garanties sociales équivalentes à celles des régimes obligatoires français, ce qui incite les entreprises concernées à adhérer aux assurances volontaires de la CFE pour le compte de leurs salariés.** C'est le cas en particulier des conventions collectives des cadres et des employés, techniciens et agents de maitrise du bâtiment, de celles des cadres et des employés et techniciens et agents de maitrise des travaux publics, celles de l'industrie pharmaceutique et la fabrication et du commerce des produits pharmaceutique, celle des télécommunications, celle du commerce de détail à prédominance alimentaire (pour les cadres), ou encore celles des sociétés d'assurance et des bureaux d'études techniques.

Les paragraphes qui suivent reprennent en grande partie des constats déjà posés par la précédente mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF sur la CFE de 2015.

[110] « La Caisse des Français de l'étranger – Son activité et les conditions de son intervention », Rapport IGAS-IGF N° 2015-025R2, juillet 2015.

4.1.1. L'intérêt d'une adhésion à la CFE dans les pays hors de l'espace économique européen et avec lesquels la France n'a pas signé de convention bilatérale de coordination de sécurité sociale est incontestable

L'intérêt d'une adhésion à la CFE dans les pays hors de l'espace économique européen et avec lesquels la France n'a pas signé de convention bilatérale de coordination de sécurité sociale est évident.

En offrant des conditions semblables ou proches de celle de la sécurité sociale française, l'assurance maladie proposée par la CFE offre généralement de bien meilleures conditions de prise en charge des frais de santé que celles offertes par le système local de sécurité sociale dans le pays étranger de résidence et/ou de travail. En outre, lorsque les conditions imposées aux expatriés pour pouvoir s'affilier au régime local sont strictes ou lorsqu'il leur est imposé un délai de carence avant de bénéficier des prestations en nature, une adhésion à la CFE permet d'obtenir une couverture sociale immédiate, aux conditions du régime général français. L'adhésion à la CFE permet en outre la prise en charge des soins de santé reçus lors des séjours temporaires en France, dans les mêmes conditions que la sécurité sociale française. Elle permet enfin d'assurer une continuité de couverture avec la sécurité sociale française lors du retour définitif d'expatriation en France.

Dans le cas du risque vieillesse, la CFE permet de continuer à cotiser au régime général en l'absence de mécanisme de « totalisation-proratisation » et d'éviter ainsi de devoir procéder à un rachat de trimestre coûteux lors du retour en France. Pour le risque AT/MP, une adhésion à la CFE garantit la portabilité des prestations selon les conditions françaises lors du séjour à l'étranger, ainsi que la continuité de la couverture lors du départ à l'étranger et lors du retour définitif d'expatriation.

4.1.2. Les assurances sociales proposées par la CFE peuvent compléter utilement la protection offerte par les systèmes locaux de sécurité sociale dans les pays ayant conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France

L'objet des conventions bilatérales de sécurité sociale, comme celui des règlements européens de coordination de sécurité sociale, est de coordonner les législations de sécurité sociale entre pays, afin notamment de garantir la continuité des droits à protection sociale aux personnes en situation de mobilité d'un pays à l'autre (*Cf.* l'encadré 4).

Comme pour les règlements de coordination de l'UE, ces conventions permettent aux personnes visées de bénéficier d'une couverture au titre de la sécurité sociale, prévenir le risque de double affiliation et garantir la portabilité des droits acquis. Elles permettent également d'exporter certaines prestations. Ainsi, certaines conventions stipulent que la famille de l'expatrié restée dans le pays d'origine peut bénéficier des prestations familiales. Dans certains cas, elles permettent également la prise en charge des prestations en nature lors de séjours temporaires dans l'État d'origine.

La France a conclu à ce jour, début 2025, 42 conventions internationales de sécurité sociale avec des États ou des territoires, qui, avec les règlements européens de coordination, couvrent, selon le MEAE[111], plus de 80 % des Français de l'étranger (*cf.* l'encadré 4 et la figure 2).

[111] MEAE, *Rapport du gouvernement sur la situation des Français établis hors de France – Edition 2014*, 2014.

Selon le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS), ces conventions bilatérales de sécurité sociale demeurent toutefois hétérogènes, d'une portée très inégale selon les risques couverts, notamment pour le risque maladie, et inférieure à celle des règlements européens. En outre, elles ne s'appliquent en règle générale qu'aux ressortissants des deux États concernés par l'accord qui exercent ou ont exercé une activité professionnelle dans l'autre État.

Les éléments d'analyse de ces conventions bilatérales conclues par la France produits par le CLEISS[112] font en effet apparaitre que les conventions bilatérales conclues par la France portent en priorité sur :

- les prestations vieillesse - une seule convention (celle conclue avec Madagascar) ne les mentionne pas ;
- le risque AT/MP - 4 conventions seulement (celles conclues avec le Canada, la Corée du Sud, l'Inde, le Japon) n'abordent pas ce risque ;
- le risque d'invalidité - 5 conventions seulement (celles conclues avec la Côte d'Ivoire, Israël, Madagascar, le Mali et le Sénégal) ne mentionnent pas ce risque.

Une grande majorité des conventions bilatérales prévoient la possibilité de situations de détachement au sens de la sécurité sociale. Seules 13 d'entre elles ne le prévoient pas : celles conclues avec l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Corée du Sud, la Côte d'Ivoire, les États-Unis, l'Inde, Israël, le Japon, Madagascar, la Mauritanie, Saint-Marin et l'Uruguay ne mentionnent pas ce risque.

S'agissant des risques maladie et maternité/paternité :

- 14 conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France ne mentionnent pas ces risques : celles avec l'Argentine, le Brésil, l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Corée du Sud, les Etats-Unis, l'Inde, Israël, le Japon, Madagascar, la Mauritanie, l'Uruguay ;
- en outre, parmi les conventions qui mentionnent ces risques, 8 d'entre elles se limitent au risque maternité ; celles avec le Bénin, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, Israël, le Niger, le Sénégal, le Togo ;
- par ailleurs, lorsque la convention prévoit la couverture de frais de soins de santé, le niveau de protection accordé dépend en premier lieu du statut de l'affilié. Si les conventions internationales s'appliquent en priorité aux travailleurs et à leurs ayants droit, elles ne mentionnent qu'assez rarement les pensionnés et leurs familles (17 conventions). Les stipulations relatives à la prise en charge des prestations maladie servies en cas de séjour temporaires sont également diverses[113], de même que celles relatives au service des prestations lors du transfert de résidence de quelques mois dans le pays d'origine en cas de maladie[114].

[112] *Cf.* le document suivant « Les accords internationaux de sécurité sociale signés par la France » du CLEISS accessible sur son site Internet (accords_internationaux_securite_sociale.pdf).

[113] Parmi les 22 conventions comportant des stipulations relatives aux prestations maladie, deux ne les mentionnent pas, les autres réservent cette faculté soit seulement au travailleur (1 convention), soit au travailleur et à sa famille (4 conventions), soit au travailleur et à sa famille lorsqu'elle l'accompagne (11 conventions).

[114] 29 conventions comportent des stipulations relatives au service des prestations lors du transfert de résidence de quelques mois dans le pays d'origine en cas de maladie (25 conventions), tandis que 12 autres n'en font aucunement mention.

Ainsi, comme l'avait relevé la précédente mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF sur la CFE de 2015, le degré de protection accordé aux expatriés varie fortement selon le champ de la convention signée. Ainsi, la convention de sécurité sociale entre la France et les États-Unis prévoit une protection minimale : portabilité des droits pour les prestations invalidité et vieillesse. À l'inverse, les conventions signées avec l'Algérie et le Maroc portent sur les prestations maladie, AT/MP, invalidité, vieillesse, famille, incluent les pensionnés et leur famille (Algérie) et organisent la prise en charge des prestations maladie lors du transfert de résidence ou des séjours temporaires.

Ces constats font apparaitre que les assurances sociales proposées par la CFE peuvent compléter utilement la protection offerte par les systèmes locaux de sécurité sociale dans un assez grand nombre de pays ayant conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France.

Encadré 4 : Les accords internationaux de sécurité sociale conclues par la France

L'objet des accords ou conventions internationales de sécurité sociale est de coordonner les législations de sécurité sociale entre pays, afin notamment de garantir la continuité des droits à protection sociale aux personnes en situation de mobilité d'un pays à l'autre.

1. Les règlements européens de coordination de sécurité sociale

Les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale sont constitués du règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et de son règlement d'application, à savoir le règlement (CE) n°987/2009 du 16 septembre 2009[115]. Ils sont entrés en vigueur le 1er mai 2010.

Ils s'appliquent dans les États de l'Union européenne, dans les autres pays partie de l'Espace économique européen (Islande, Liechtenstein, Norvège) et en Suisse.

Ils ont pour objectif de faciliter la libre circulation des personnes en Europe : sans harmoniser les systèmes locaux de sécurité sociale, ils prévoient des mécanismes qui permettent de protéger les droits de sécurité sociale des personnes qui passent d'une législation à une autre.

Les grands principes prévus par les règlements sont les suivants :

- levée des clauses de résidence, ou des conditions de stage, pour l'accès aux prestations ;

- totalisation des droits, notamment en tenant compte des périodes d'activité accomplies dans l'autre État, lors du calcul de la retraite ;

- bénéfice éventuel du statut de travailleur détaché, permettant d'exercer temporairement son activité dans l'autre État, pour le compte de son employeur, tout en restant affilié dans l'État habituel d'emploi.

Les règlements européens couvrent toutes les branches de la sécurité sociale, et sont applicables à tous les ressortissants, y compris d'États tiers, sauf dans les relations entre les États membres de l'UE et l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège, la Suisse, ainsi que le Danemark.

2. Les conventions bilatérales de sécurité sociale

Les conventions bilatérales de sécurité sociale sont des accords juridiques passés entre deux États. Elles servent à coordonner les législations de sécurité sociale entre la France, par exemple, et son pays partenaire, afin de garantir un maximum de droits à protection sociale aux personnes en situation de mobilité.

Elles s'adressent aux personnes qui séjournent ou résident hors de l'État dans lequel elles sont affiliées, ou aux personnes qui partent travailler dans l'État partenaire, ou encore qui ont travaillé dans les deux États signataires. Elles permettent notamment :

- de lever les clauses de résidence, ou des conditions de stage, pour l'accès aux prestations ;

- de totaliser les droits, notamment en tenant compte des périodes d'activité accomplies dans l'autre État, lors du calcul de la retraite ;

[115] Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

- de bénéficier éventuellement du statut de travailleur détaché, permettant d'exercer temporairement son activité dans l'autre État, pour le compte de son employeur, tout en restant affilié dans l'État habituel d'emploi.

Toutes les conventions bilatérales ne contiennent pas les mêmes dispositions et sont plus ou moins complètes. Par ailleurs, aucune d'entre elles ne couvre le risque chômage.

3. Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France

La France est liée aujourd'hui à 42 États et territoires couvrant, selon le MEAE 80 % des Français de l'étranger : l'Algérie, Andorre, l'Argentine, le Bénin, la Bosnie-Herzégovine, le Brésil, le Cameroun, le Canada, le Cap-Vert, le Chili, le Congo, la Corée du Sud, la Côte d'Ivoire, les États-Unis, le Gabon, Guernesey, l'Inde, Israël, le Japon, Jersey, le Kosovo, la Macédoine du Nord, Madagascar, le Mali, le Maroc, la Mauritanie, Mayotte, Monaco, le Monténégro, le Niger, la Nouvelle-Calédonie, les Philippines, la Polynésie française, le Québec, Saint-Marin, St-Pierre-et- Miquelon, le Sénégal, la Serbie, le Togo, la Tunisie, la Turquie et l'Uruguay[116].

Après signature, les accords internationaux entrent en vigueur lorsque les parties contractantes se sont notifiées l'accomplissement de leurs procédures constitutionnelles et légales respectives[117].

4. Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France qui s'appliquent aux travailleurs indépendants :

Certaines conventions bilatérales de sécurité sociales couvrent les travailleurs indépendants. Les États et territoires qui ont conclu un accord de sécurité sociale avec la France visant les travailleurs non salariés sont les suivants : Andorre, l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Corée du Sud, les États-Unis, l'Inde, le Japon, le Maroc, Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, le Québec, St-Pierre-et-Miquelon, la Serbie, la Tunisie et l'Uruguay.

Source : CLEISS[118] et rapport du Gouvernement sur la situation des Français établis hors de France, 2024.

[116] Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclus par la France sont accessibles sur le site Internet du CLEISS (Conventions bilatérales de sécurité sociale). La France est également liée à l'Ile de Man dans le cadre de la convention franco-britannique de 1956.

[117] S'agissant des accords récemment entrés en vigueur, en cours d'approbation ou en cours de négociations :

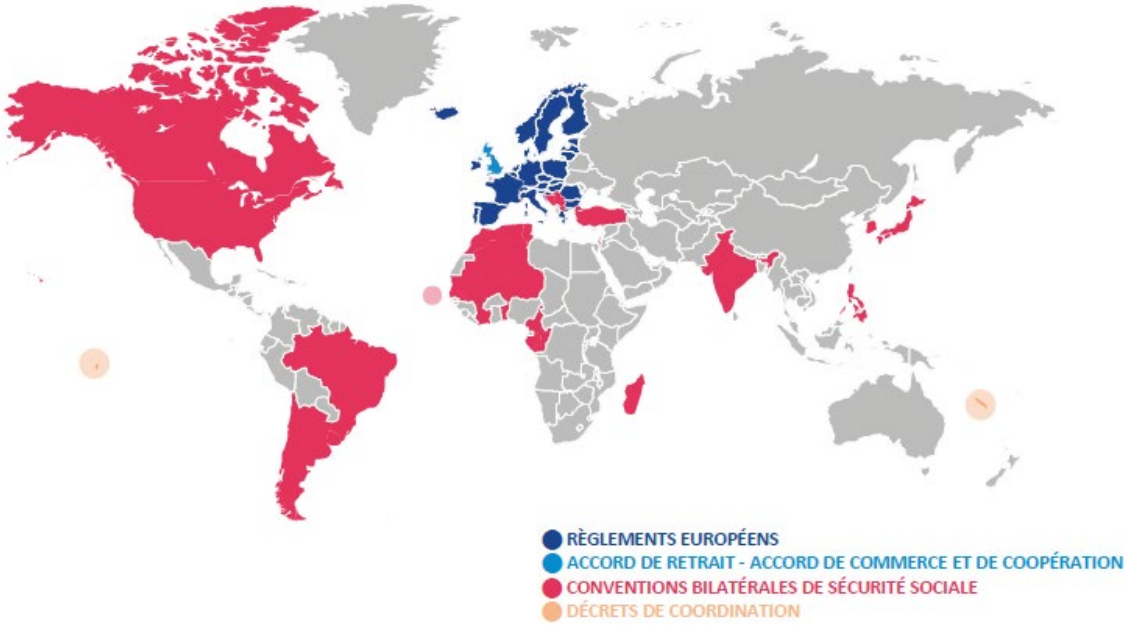
- Un accord de sécurité sociale a été signé avec la Serbie le 6 novembre 2014. Après une autorisation parlementaire préalable, complétée par un arrangement administratif du 15 mars 2018 puis un échange de lettres des 21 mai et 2 juillet 2021, cet accord est entré en vigueur le 1er décembre 2023 ;

- Un accord de sécurité sociale a été signé avec la Chine le 31 octobre 2016, suivi de la signature d'un arrangement administratif en septembre 2019 et d'un avenant en avril 2022. L'entrée en vigueur de l'accord requiert une autorisation parlementaire préalable dont la procédure est actuellement en cours ;

- Des projets d'accords avec la Colombie, le Sénégal et la Turquie ont fait l'objet d'un premier tour de négociations. Ces négociations pourraient reprendre prochainement.

[118] FAQ - Accords de sécurité sociale.

Figure 2 : Cartographie des accords internationaux de sécurité sociale conclus par la France dans le monde au 1er janvier 2025



Source : CLEISS.

4.2. Le développement des systèmes locaux d'assurance sociale dans les pays émergents et en développement, et la progression des accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par la France laissent envisager une réduction à terme du marché potentiel d'assurances de la CFE

La poursuite du développement des systèmes locaux obligatoires de sécurité sociale dans les pays émergents et les pays en voie de développement, ainsi que dans certains pays avancés – avec la création de tels systèmes dans de nouveaux pays, d'une part, et le renforcement possible des systèmes obligatoires locaux existants vers des niveaux de couverture comparables à celui offert par la sécurité sociale française et les systèmes sociaux de ses principaux partenaires européens, d'autre part - laisse envisager, toutes choses égales par ailleurs, une réduction à moyen et long-terme du marché potentiel d'assurances de la CFE.

Il convient de noter à cet égard que, comme l'avait relevé la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF de 2015, assurer une veille permanente, en lien étroit avec le CLEISS, de l'évolution des législations des pays étrangers en matière de sécurité sociale, demeure un enjeu majeur pour la CFE, la création d'un système obligatoire de sécurité sociale dans un pays étranger ou le développement d'un tel système déjà existant pouvant s'accompagner – au-delà de l'obligation d'affiliation et de cotisation pour les personnes résidant ou travaillant dans les pays en question - de mesures conduisant à imposer de nouvelles contraintes aux gestionnaires d'assurances maladie, comme la CFE, souhaitant opérer dans les pays en question.

Un risque analogue, baissier à long terme, sur le marché potentiel d'assurances sociales gérées par la CFE devrait également résulter de la poursuite vraisemblable du développement des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France et d'autres pays étrangers, ainsi que potentiellement du renforcement à moyen et long terme des conventions bilatérales de sécurité sociale d'ores et déjà conclues par la France avec des États hors de l'EEE et la Suisse, dans le sens notamment :

- de possibilités de détachement facilitées et élargies, permettant à un plus grand nombre de Français établis à l'étranger de rester affiliés, pour une période limitée, à la sécurité sociale française, en étant exonéré pendant cette période de l'obligation d'adhésion et de cotisation au système local obligatoire de sécurité sociale ;
- d'une meilleure couverture et de meilleures conditions de continuité d'assurance avec le système de sécurité sociale français lors des départs de France pour l'étranger et des retours d'expatriation en France, notamment pour les assurances contre les risques maladie et maternité, pour les personnes et les membres de leur famille, et ce, aussi bien pour la prise en charge des soins de santé dans le pays étranger de résidence et/ou de travail que pour ceux reçus lors de séjours temporaires en France[119].

4.3. L'activité de la CFE en matière d'assurance santé et AT/MP dans les pays de l'EEE et la Suisse semble non conforme aux dispositions du règlement européen n° 883/2004, une situation connue de longue date qui expose l'État et la CFE à un risque de contentieux qui paraît toutefois limité

Comme l'avait relevé la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF de 2015[120], l'intérêt des assurances sociales de la CFE pour des Français résidant dans les autres pays de l'UE, les autres États partie de l'EEE et la Suisse, devrait être, en principe, nettement plus limité, en raison du haut degré de coordination entre les pays porté par les règlements européens[121].

La précédente mission de 2015 avait notamment relevé les points suivants :

- *« Les règles européennes de coordination ont un champ d'application personnel large. Le règlement de 2004 s'applique à tous les ressortissants des États membres, alors que le règlement de 1971 visait avant tout à assurer la coordination des systèmes de sécurité sociale pour les travailleurs salariés et non-salariés et les étudiants. Par ailleurs, il concerne à présent 32 États. Les Français expatriés ne sont plus affiliés à la sécurité sociale française, mais au régime de leur État d'expatriation. Au sens des règlements européens de coordination, l'État d'affiliation des expatriés correspond ainsi à leur État d'expatriation.*
- *Le système de coordination européen offre des garanties de couverture pour les soins reçus dans l'État d'expatriation ainsi que pour les soins reçus à l'occasion de courts séjours en France. Pour les soins reçus dans l'État d'expatriation, les personnes sont assurées dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État. Or, les adhérents à la CFE dans l'EEE et la Suisse résident majoritairement dans des pays au niveau de développement comparable à la France (…).*
- *On peut dès lors s'interroger sur l'intérêt de cotiser à la CFE pour les Français résidant dans des pays européens au niveau de développement comparable. Les Français expatriés dans ces pays sont soumis de manière obligatoire au régime local et doivent acquitter des prélèvements obligatoires, parfois élevés.*

[119] Comme précisé dans la partie précédente (partie 4.2), la quasi-totalité des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la France prévoient déjà des dispositions qui permettent de tenir compte des trimestres cotisés à l'étranger pour le calcul de la retraite et l'éligibilité aux indemnités journalières en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

[120] « La Caisse des Français de l'étranger – Son activité et les conditions de son intervention », Rapport IGAS-IGF N° 2015-025R2, juillet 2015.

[121] Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale les suivants et son règlement d'application, à savoir le règlement (CE) n°987/2009 du 16 septembre 2009.

- *Pour les soins reçus en France, qui est donc un État étranger au regard de l'État d'affiliation de l'assuré, les règlements de coordination permettent une prise en charge des soins exposés à l'étranger selon les conditions du pays où les soins ont été réalisés, que ces soins soient inopinés ou programmés. Les patients seront donc pris en charge par le régime de sécurité sociale de leur État d'expatriation (d'affiliation), mais selon les conditions de remboursement de la sécurité sociale française »*[122].

De manière plus importante, la précédente mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF de 2015 avait relevé les fragilités juridiques qui entourent les assurances volontaires maladie et AT/MP proposées par la CFE pour les ressortissants français résidant et/ou travaillant dans les pays de l'UE, les autres Etats partie de l'EEE et la Suisse.

Le principe d'unicité de législation, figurant dans le règlement (CE) n°883/2004 du 29 avril 2004 de coordination des systèmes de sécurité sociale, interdit en effet le cumul entre assurance obligatoire et assurance volontaire ou facultative continuée[123], à l'exception des prestations invalidité, vieillesse et de survivant[124].

La portée de cette interdiction a été notamment confirmée dans une décision de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) de 2015[125], qui a souligné que cette interdiction de cumul visait à ce que les intéressés soient soumis au régime de la sécurité sociale d'un seul État membre.

Il semble donc que l'offre d'assurances de la CFE contre les risques maladie-maternité et AT/MP dans les pays de l'EEE et la Suisse soit non conforme aux dispositions du règlement (CE) n°883/2004 du 29 avril 2004. À l'inverse, les prestations d'invalidité et de vieillesse apparaissent pouvoir être offertes à un ressortissant français résidant et/ou travaillant dans ces pays, dès lors qu'à un moment donné de sa vie active, il a été soumis à la législation française pour avoir exercé en France une activité salariée ou non salariée, et dans la mesure où ce cumul est admis explicitement ou implicitement par la législation française[126].

---

[122] Comme l'avait relevé la précédente mission, une adhésion à la CFE peut toutefois faciliter l'accès au système de soins français puisque l'assuré n'a pas besoin d'obtenir une autorisation préalable. En théorie, en effet, l'accès des Français résidant dans les pays de l'EEE et la Suisse au système de soins français est différent selon qu'il s'agisse de soins inopinés ou de soins programmés. Les soins inopinés doivent être pris en charge par l'institution du lieu de séjour pour le compte de l'institution compétente. Les soins programmés sont soumis à un système d'autorisation préalable. Une autorisation de l'État d'affiliation permet une prise en charge des soins selon les tarifs de l'État de séjour. Sinon, ils sont couverts à hauteur du tarif de l'Etat d'affiliation.

[123] Le paragraphe 2 de l'article 14 est rédigé comme suit : *« Quand, en vertu de la législation d'un État membre, l'intéressé est soumis à l'assurance obligatoire dans cet État membre, il ne peut pas être soumis dans un autre État membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée. Dans tous les autres cas, où s'offre pour une branche donnée le choix entre plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, la personne concernée n'est admise qu'au régime qu'elle a choisi ».*

[124] Le paragraphe 3 du même article 14 contient les dispositions suivantes: *« Toutefois, en matière de prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivant, l'intéressé peut être admis à l'assurance volontaire ou facultative continuée d'un État membre, même s'il est obligatoirement soumis à la législation d'un autre État membre, dès lors qu'à un moment donné de sa vie active, il a été soumis à la législation du premier État membre pour y avoir exercé une activité salariée ou non salariée et dans la mesure où ce cumul est admis explicitement ou implicitement en vertu de la législation du premier État membre ».*

[125] CJUE, 12 février 2015, Bouman contre Rijksdienst voor Pensioenen, aff. C-114/13.

[126] Cette appréciation est partagée par le CLEISS ainsi que par les directions des affaires juridiques des ministères économiques et financiers et des ministères sociaux.

Comme l'a noté la précédente mission de 2015, la non-conformité apparente de l'offre d'assurances de la CFE contre les risques maladie-maternité et AT/MP avec les règlements européens[127] dans les pays de l'EEE et la Suisse a été identifiée de longue date par la DSS et relevée également dans des rapports de l'IGAS de 1998[128] et 2010[129] ainsi que dans un rapport de la Cour des Comptes de 2010. Cette non-conformité apparente remonte *de facto* à la création de la CFE par la loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 portant diverses mesures relatives à l'amélioration de la protection sociale des Français de l'étranger.

Bien que cette non-conformité apparente entre les dispositions législatives autorisant la CFE à intervenir dans l'EEE et la Suisse et le règlement européen de coordination puisse ouvrir la voie à recours en manquement, à l'initiative de la Commission européenne ou à la suite d'une plainte d'un organisme proposant des prestations d'assurance complémentaires concurrentes, à la connaissance de la présente mission, aucune initiative contentieuse n'est à ce jour recensée[130].

4.4. L'activité commerciale d'assurances de la CFE la soumet logiquement au droit européen de la concurrence et des aides publiques, ce qui fait peser un risque de fragilité juridique sur certaines de ses modalités actuelles de fonctionnement

4.4.1. La CFE doit être considérée comme une entreprise soumise à ce titre à la législation européenne en matière de concurrence et d'aides d'État, ce qui contraint les possibilités pour l'État de favoriser son activité

4.4.1.1. La CFE est une entreprise au sens de la législation européenne soumise au droit de la concurrence et des aides d'État

La CFE est un organisme de droit privé (*cf.* la partie 2.6) et la mission générale qui lui est confiée par la loi telle qu'elle est définie dans le code de la sécurité sociale, peut être qualifiée de « mission de service public ».

La mission confiée à la CFE satisfait en effet à l'évidence aux critères de l'intérêt général et du contrôle par une puissance publique, ainsi que de l'existence d'une intention de qualification de mission de service public par le législateur ou d'un faisceau d'indices témoignant d'une telle intention, qui ressortent de la jurisprudence pour déterminer les services publics rendus par un organisme privé.

Cette jurisprudence a en effet été marquée par la décision du Conseil d'État (CE) « Caisse primaire « Aide et Protection » » du 13 mai 1938, la décision « Narcy » rendue en section du CE le 28 juin 1963, la décision du CE « Ville de Melun » du 20 juillet 1990 et la décision du CE « A.P.R.E.I. » du 22 février 2007.

---

[127] Notamment au règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et à son règlement d'application (CEE) n°1408/71du 14 juin 1971.

[128] Mireille Gaüzère et Pierre Soutou, « *L'assurance maladie volontaire des Français de l'Etranger* », Rapport de l'IGAS n°98137, novembre 1998.

[129] Françoise Bas-Theron, « *La prise en charge des dépenses de santé des pensionnés d'un régime français de retraite résidant à l'étranger* », Rapport de l'IGAS n°2008-144P, février 2010.

[130] Les risques en matière de recours en manquement pourraient aller jusqu'à une condamnation financière de l'État français, sur le fondement de l'article 260 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), en cas de non-exécution par l'Etat des mesures que comporterait l'exécution d'un arrêt de la Cour de justice.

Cette dernière décision a posé qu'au-delà des critères relatifs à l'intérêt général et au contrôle par une personne publique, le juge doit rechercher si la loi n'a pas entendu qualifier de service public la mission assurée par l'organisme privé considéré. Dans l'hypothèse où il n'existe pas de texte législatif qualifiant de service public la mission assurée par l'organisme privé, le juge doit alors recourir à la technique du faisceau d'indices. L'intérêt général et le contrôle de l'administration demeurent ainsi des critères indispensables. En revanche la possibilité d'utiliser des prérogatives de puissance publique pour mener à bien la mission (qui constituait auparavant un troisième critère à satisfaire) ne constitue plus un critère indispensable d'identification d'un service public sous gestion privée. Depuis la décision du CE « A.P.R.E.I. » de 2007, le juge, s'il ne trouve pas de prérogative de puissance publique, peut se reposer sur un ensemble d'indices pour y pallier : les conditions de création, l'organisation et le fonctionnement de l'organisme. Le juge doit ainsi rechercher, outre l'intérêt général et le contrôle de l'administration qui sont des critères intangibles, soit des prérogatives de puissance publique soit des indices dans les conditions de création, l'organisation et le fonctionnement de l'organisme[131].

À la connaissance de la mission, en droit français, cette qualification n'emporte toutefois pas, à elle seule, de conséquences sur l'encadrement juridique qui devrait être celui de l'activité de la CFE ni sur les modalités que devraient prendre d'éventuelles mesures de soutien, de nature financière ou non financière, apportés par les pouvoirs publics à la CFE.

Selon l'appréciation de la mission, appuyée par des éléments d'analyse fournis par la direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers, la CFE est considérée comme une entreprise, en droit européen, et soumise de ce fait au droit de la concurrence et des aides d'État.

Les entreprises sont en effet définies par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) comme des entités exerçant une activité économique. Le fait qu'une activité puisse être qualifiée de sociale n'est pas, en soi, suffisant pour exclure la qualification d'activité économique. Les trois critères suivants doivent être satisfaits pour une telle exclusion :

- le caractère obligatoire de l'affiliation ;
- la mise en œuvre du principe de solidarité, qui se déduit essentiellement de deux éléments :
  - l'application du principe de répartition ;
  - le fait que les prestations soient indépendantes du montant des cotisations versées par les bénéficiaires ainsi que des résultats financiers des investissements effectués par l'organisme ;
- le degré d'autonomie restreint du gestionnaire. Ce critère est réputé rempli lorsque l'activité en cause est soumise au contrôle étroit de l'État et que la loi fixe les modalités du régime.

Ainsi, la CJUE a jugé en 1995 qu'un organisme gérant un régime d'assurance vieillesse complémentaire exerçait une activité économique en concurrence avec les compagnies d'assurance vie dès lors que les intéressés pouvaient choisir la solution qui leur garantirait le meilleur placement[132].

En l'espèce, le caractère facultatif du système d'assurances géré par la CFE, et la présence d'entreprises d'assurances offrant des services concurrents plaident pour la qualification d'entreprise.

---

[131] *Cf.* l'article suivant ; Romain Broussais, « Histoire d'un grand arrêt : Caisse primaire Aide et Protection, « Au petit soin » », Les Chevaliers des grands arrêts, 214. Histoire d'un grand arrêt : Caisse Primaire Aide et Protection, « Au petit soin » - Archive ouverte HAL.

[132] *Cf.* CJCE, 16 novembre 1995, FFSA, aff. C-244/94.

4.4.1.2. Le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne réserve les aides publiques correspondant à des compensations d'obligation de service public à la gestion d'un service d'intérêt économique général, sous un ensemble de conditions

S'agissant des règles de concurrence applicables aux entreprises, le paragraphe 2 de l'article 106 du Traité sur le fonctionnement de l'union européenne (TFUE) autorise des dérogations aux règles du traité pour les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (SIEG), lorsque ces dérogations sont nécessaires à l'accomplissement de la mission qui leur a été confiée.

Selon la CJUE, *« il n'est pas nécessaire que l'équilibre financier ou la viabilité économique de l'entreprise chargée de la gestion d'un service d'intérêt économique général soient menacés. Il suffit que, en l'absence des droits litigieux, il soit fait échec à l'accomplissement des missions particulières imparties à l'entreprise ou que le maintien de ces droits soit nécessaire pour permettre à leur titulaire d'accomplir les missions d'intérêt économique général qui lui ont été imparties dans des conditions économiquement acceptables (…) En permettant, sous certaines conditions, des dérogations aux règles générales du traité, l'article 106, paragraphe 2, TFUE vise à concilier l'intérêt des États membres à utiliser certaines entreprises, notamment du secteur public, en tant qu'instrument de politique économique ou fiscale avec l'intérêt de l'Union au respect des règles de concurrence et à la préservation de l'unité du marché commun »*[133].

Il est à noter qu'il n'y a pas de définition communautaire des SIEG, ce qui traduit la liberté que les États membres détiennent, en vertu du principe de subsidiarité, pour définir, sur leur territoire, les activités qui relèvent de l'intérêt général.

Toutefois, selon la jurisprudence de la CJUE, trois caractéristiques définissent le SIEG :

- une activité économique, au sens du droit de la concurrence ;
- une activité d'intérêt général, condition sur laquelle le juge communautaire se borne à contrôler l'absence d'erreur manifeste d'appréciation ;
- une activité confiée à une entreprise par un acte exprès de la puissance publique.

Dans son arrêt Altmark du 24 juillet 2003[134], la CJUE a défini les critères permettant aux compensations publiques versées aux entreprises chargées de la gestion de SIEG, d'échapper à la qualification d'aides d'État. La CJUE juge que ne constitue pas une aide d'État une compensation remplissant quatre critères cumulatifs :

- l'entreprise a été expressément chargée d'obligations de service public clairement définies ;
- des paramètres objectifs de calcul de la compensation ont été établis avant son versement ;
- il n'y a pas de surcompensation ;
- la mission de service public a été confiée à l'entreprise à l'issue d'une procédure de marché public permettant de sélectionner celle capable de fournir ce service au moindre coût pour la collectivité ou, en l'absence d'une telle procédure, le niveau de la compensation repose sur une analyse des coûts que pourrait réaliser une « *entreprise moyenne, bien gérée* ».

Ces éléments laissent à penser que l'activité globale de la CFE ne peut être assimilée à un SIEG qui autoriserait le versement d'une compensation par l'État qui échapperait à la qualification d'aide d'État.

---

[133] *Cf.* la Fiche 6 « Service public et aides d'État : l'articulation des articles 106 et 107 TFUE » du *Vade-Mecum des aides d'Etat – Edition 2020* produit par les ministères économiques et financiers. Cf. CJUE, 8 mars 2017, Viasat Broadcasting UK Ltd contre Commission, aff. C-660/15P, pts 26 à 39.

[134] *Cf.* CJE, 24 juillet 2003, aff. C-280/00.

Il convient en outre de noter que les SIEG qui ne satisfont pas aux critères issus de la jurisprudence Altmark du 24 juillet 2003 sont soumis à la réglementation des aides d'État et notamment aux textes composant le paquet « Almunia » (*cf.* également la partie 4.4.4 *infra*)[135].

S'agissant des aides d'État, le paragraphe 1 de l'article 107 du TFUE dispose que : *« Sauf dérogations prévues par les traités, sont incompatibles avec le marché intérieur, dans la mesure où elles affectent les échanges entre États membres, les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions »*. Le paragraphe 2 du même article prévoit cependant des exceptions, parmi lesquelles *« les aides à caractère social octroyées aux consommateurs individuels, à condition qu'elles soient accordées sans discrimination liée à l'origine des produits »*. Il convient toutefois de noter que, pour ces aides à caractère social :

- l'avantage consenti n'est, en général, que très indirect ;
- le caractère social d'une aide peut, notamment, résulter du fait qu'elle ne couvre que certaines catégories de bénéficiaires (enfants, handicapés, personnes résidant dans une région défavorisée) ;
- le bénéfice de l'aide doit profiter au consommateur final, et non à une entreprise intermédiaire. À ce titre, il y a lieu de vérifier que l'aide est accordée sans discrimination liée à l'origine des produits, c'est-à-dire de s'assurer que les consommateurs bénéficient de l'aide en cause, quel que soit l'opérateur économique fournissant le produit ou le service susceptible de remplir l'objectif social invoqué par l'État membre concerné. Cette condition est appréciée de manière stricte par la Commission et le juge européen[136].

Ces éléments conduisent à penser que l'activité globale de la CFE ne pourrait justifier une mesure d'aide par l'État (« sous quelque forme que ce soit »), susceptible de fausser la concurrence sur le marché d'intervention de la CFE, au motif que cette aide revêtirait un caractère social.

S'agissant des aides d'État, il est en outre à noter que l'article 108 du TFUE prévoit un principe de notification préalable à la Commission européenne des projets d'aides, avant leur mise en œuvre[137], hors les situations dérogatoires prévues en application de l'article 109 dudit traité, en particulier pour des montants d'aide inférieurs aux seuils de minimis fixés dans la règlements européens[138].

---

[135] Le « paquet Almunia » a été composé de quatre textes : la communication de la Commission 2012/C8/02 du 20 décembre 2011 relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général ; la décision d'exemption 2012/21/UE du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ; la communication de la Commission 2012/C8/03 du 20 décembre 2011 relative à l'encadrement de l'Union européenne applicable aux aides d'État sous forme de compensations de service public ; le règlement (UE) n° 360/2012 dit « règlement de minimis SIEG ».

[136] *Cf.* la fiche 3 « La compatibilité des aides d'État : les dérogations prévues par le traité (art. 107 §§ 2-3 et 106 § 2 TFUE) » du *Vade-Mecum des aides d'Etat – Edition 2020* produit par les ministères économiques et financiers.

[137] Selon le paraphe 3 de cet article : *« La Commission est informée, en temps utile pour présenter ses observations, des projets tendant à instituer ou à modifier des aides. Si elle estime qu'un projet n'est pas compatible avec le marché intérieur, aux termes de l'article 107, elle ouvre sans délai la procédure prévue au paragraphe précédent. L'État membre intéressé ne peut mettre à exécution les mesures projetées, avant que cette procédure ait abouti à une décision finale »*. Le paragraphe 2 du même article dispose en outre que : « *Sur demande d'un État membre, le Conseil, statuant à l'unanimité, peut décider qu'une aide, instituée ou à instituer par cet État, doit être considérée comme compatible avec le marché intérieur, en dérogation des dispositions de l'article 107 ou des règlements prévus à l'article 109, si des circonstances exceptionnelles justifient une telle décision ».*

[138] Voir en particulier le règlement (UE) 2023/2831 de la commission du 13 décembre 2023 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis, ainsi que le

4.4.2. La conformité au droit européen de la concurrence et des aides d'État de la rémunération versée à la CFE par la CNAV, pour sa mission de collecte des cotisations pour l'assurance, mériterait d'être étudiée

La gestion des adhésions et du recouvrement des cotisations de l'assurance vieillesse volontaire des expatriés, qui a été confiée de manière exclusive à la CFE, constitue un avantage important pour son offre commerciale. Elle constitue un produit d'appel pour la commercialisation de ses assurances propres aux risques maladie, maternité, invalidité et AT/MP (*cf.* la partie 2.2 *supra* et l'annexe II sur le modèle économique de la CFE), dont ne disposent pas ses concurrents sur ces marchés d'assurances.

En première analyse, cette mission semble présenter les trois caractéristiques qui définissent conjointement un service d'intérêt économique général (SIEG). Cette appréciation mériterait toutefois d'être étayée par une analyse plus approfondie.

Dans l'hypothèse où cette mission pourrait être considérée comme un SIEG, la rémunération qui est allouée à la CFE par la CNAV pourrait toutefois devoir revêtir la qualification d'aide d'État dans la mesure où au moins un des quatre critères cumulatifs qui permettraient d'éviter cette qualification (*cf.* la partie 4.4.1 *supra*) n'est pas rempli :

- cette mission n'a pas été confiée à la CFE « *à l'issue d'une procédure de marché public permettant de sélectionner celle capable de fournir ce service au moindre coût pour la collectivité* », d'une part, et le niveau actuel de cette compensation ne repose sur une analyse des coûts que pourrait réaliser une « *entreprise moyenne, bien gérée* » d'autre part ;
- en outre, il n'est pas sûr que « *des paramètres objectifs de calcul de la compensation ont été établis avant* » le versement de cette compensation et la CFE n'a pu fournir à la mission des éléments qui attesteraient qu'il « *n'y a pas de surcompensation* » aujourd'hui.

La rémunération de la CNAV versée à la CFE pour la gestion des adhésions et la collecte des cotisations d'assurance vieillesse, fixée à 1 % des cotisations recouvrées, s'est élevée à 2,5 M€ en 2023 – soit une valeur supérieure aux seuils *de minimis* fixés à 300 000 € et 750 000 € sur trois années (depuis janvier 2024) pour les aides de droit commun et celles pour la prestation de services d'intérêt économique général. Alors que cette rémunération n'a pas fait l'objet jusqu'ici d'une notification annuelle à la Commission européenne et que le montant de cette rémunération annuelle ne semble pas reposer sur une évaluation fiable et actualisée annuellement du coût effectif de la mise en œuvre de ce service pour la CFE, la conformité de cette rémunération au droit européen en matière de concurrence et d'aides d'Etat, dans ses modalités actuelles, mériterait d'être expertisée.

La conformité au droit européen de la concurrence des revenus des placements que la CFE tire de la trésorerie qu'elle dégage en raison du décalage moyen entre les dates de recouvrement des cotisations et les dates de reversement de celles-ci à la CNAV (*Cf.* l'annexe III sur la situation budgétaire et financière de la CFE), mériterait aussi d'être expertisée.

règlement (UE) 2023/2832 de la Commission du 13 décembre 2023 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis octroyées à des entreprises fournissant des services d'intérêt économique général.

4.4.3. La conformité au droit européen de la concurrence du bénéfice de la carte Vitale pour le règlement des soins en France accordé aux assurés de la CFE mériterait également d'être étudiée

Comme précisé dans la partie 2.4.4 *supra,* les adhérents aux assurances maladie-maternité de la CFE et les membres de leur famille ont la possibilité, sous certaines conditions, de se voir accorder le bénéfice de la carte Vitale pour leurs soins dispensés en France, en application de l'article 64 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. En pratique, cette possibilité est accordée depuis la fin 2019 aux bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans qui disposent d'un numéro d'identification au registre national (NIR), c'est-à-dire un numéro de sécurité social définitif.

Ce faisant, le législateur a accordé de manière exclusive à la CFE une possibilité dont ses concurrents ne peuvent disposer. Bien qu'il soit difficile d'en apprécier la portée, cette situation distingue l'offre de la CFE par rapport à celles des assureurs privés : comme indiqué dans la partie 2.4.4 *supra* outre la possibilité de tiers payant qu'elle offre, le bénéfice de la carte Vitale permet aux assurés de la CFE de bénéficier des tarifs des établissements de santé réservés aux assurés du régime général de la sécurité sociale française, alors que les ressortissants français ou étrangers établis hors de de France et non affiliés à la sécurité sociale française peuvent, en général, se voir appliquer des tarifs de soins supérieurs à ceux-ci.

Pour la mission, il conviendrait d'examiner la conformité de cette mesure prise dans le cadre de la loi financement de la sécurité sociale pour 2017 aux règles européennes en matière de concurrence et d'aides d'État.

En outre, les dispositions de l'article L161-15-4 du code de la sécurité sociale qui autorisent les personnes précédemment affiliées à l'assurance maladie française à garder leur carte Vitale lorsqu'elles partent s'installer à l'étranger n'ont pas été actualisées ces dernières années comme elles auraient dû l'être : elles font référence à l'article L. 766-2 du code de la sécurité sociale qui a été abrogé et remplacé par l'article L. 762-6-3 dont les dispositions ne sont toutefois pas les mêmes[139].

4.4.4. Bien qu'elle ne couvre qu'une faible part du coût de la catégorie aidée supportée par la CFE, la conformité de la subvention annuelle du MEAE à la législation européenne en matière d'aides d'État peut être questionnée

En première analyse, les modalités de la participation de l'État au budget d'action sanitaire et sociale de la CFE qui prend la forme d'une subvention du programme P151 du MEAE (700 k€ en exécution en 2024, comme en 2023) dédiée à financer une partie des cotisations des bénéficiaires de la catégorie aidée n'apparaissent pas parfaitement conformes au droit européen des aides d'État.

En principe, cette subvention devrait pouvoir être considérée comme la compensation d'un service d'intérêt économique général (SIEG), mais le mandat que confie aujourd'hui l'État à la CFE n'en respecte pas toutes les exigences de forme fixées dans le « paquet Almunia ».

En effet, selon ce dernier, la compatibilité des compensations de SIEG repose sur les trois éléments suivants : l'existence d'un acte exprès d'attribution de la mission de SIEG (mandat) définissant précisément les obligations de service public à la charge des opérateurs, le paramétrage *ex ante* de la compensation des surcoûts et l'absence de surcompensation au profit des opérateurs de SIEG. En outre, le mandat doit notamment mentionner :

[139] Selon l'article L161-15-4 du CSS : *« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L766-2 ».*

- la nature et la durée des obligations de service public ;
- l'entreprise et, s'il y a lieu, le territoire concerné ;
- la nature de tout droit exclusif ou spécial octroyé à l'entreprise par l'autorité octroyant l'aide ;
- la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation ;
- les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières.

Ces exigences de forme n'apparaissent pas parfaitement remplies aujourd'hui. En particulier, la subvention du MEAE ne semble pas rentrer dans le cadre de la « décision Almunia » qui précise les conditions d'exemption de notification à la Commission pour certaines catégories de services publics. Son montant est bien inférieur au montant annuel de 15 M€ retenu pour la prestation de SIEG dans des domaines autres que le transport et les infrastructures de transport. Cependant, la mission de service public n'a pas été confiée à la CFE au moyen d'un mandat comportant plusieurs informations obligatoires, parmi lesquelles la nature et la durée des obligations de service public, et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation. En particulier, pour qu'une compensation de service public soit dispensée de l'obligation de notification, la durée du mandat ne doit pas dépasser dix ans, sauf si une période supérieure est justifiée par la durée d'amortissement d'investissements importants. Or, la mission actuelle de financement d'une partie des cotisations des bénéficiaires de la catégorie aidée, confiée à la CFE, par la loi, depuis 2002, n'apparait pas limitée dans le temps.

Dans ces conditions, en toute rigueur, le montant de cette subvention devrait être notifié à la Commission européenne.

Il semble en outre difficile d'envisager que cette aide soit compatible avec les traités européens au motif qu'elle serait constitutive d'une aide à caractère social octroyée aux consommateurs individuels. En effet, elle ne peut être octroyée aujourd'hui que par l'intermédiaire de la CFE (cf. partie 4.4.1.2 *supra*).

Ces dernières années, le montant de cette subvention s'est toutefois avéré très inférieur au coût de la prise en charge des cotisations des bénéficiaires de la catégorie aidée pour le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE (4,9 M€ en 2024, après 4,35 M€ en 2023). Dès lors, il est difficile d'imaginer que la participation de l'État français soit susceptible de distordre la concurrence, à l'avantage de la CFE, au point de susciter un contentieux de la part de l'un des concurrents de la caisse. De plus, un tel contentieux devrait mettre en évidence l'avantage sélectif octroyé à la CFE par ce dispositif (un des quatre critères constitutifs d'une aide d'État, cf. partie 4.4.1.2 *supra*), ce qui n'apparaît pas clairement *a priori* : le dispositif de catégorie aidée induit en effet une charge nette pour la CFE, faiblement compensée (cf. partie 2.5 *supra*).

4.4.5. Selon certaines analyses, la réglementation européenne relative aux activités d'assurances, notamment la directive « Solvabilité II », pourrait devoir s'appliquer aux activités de la CFE

La CFE est un organisme régi par les dispositions législatives et règlementaires du code de la sécurité sociale. Sous réserve des dispositions particulières figurant au chapitre 6 du titre VI du livre VI dudit code, les règles d'organisation et de gestion imposées à la CFE sont celles applicables aux caisses primaires d'assurance maladie du régime général.

Il a été considéré jusqu'à aujourd'hui que la CFE n'était pas soumise, à raison de son statut d'organisme de sécurité sociale, aux dispositions de la directive n° 2009/138/CE du 25 novembre 2009 dite « Solvabilité II » qui réglemente l'activité des organismes d'assurance[140]. Cette directive s'applique aux entreprises d'assurance vie et non vie qui sont établies sur le territoire d'un État membre pour les activités d'assurance vie et non vie, parmi lesquelles notamment celles des branches accidents (dont AT/MP) et maladie (notamment)[141]. Sont exclues de son champ d'application (article 3) les assurances relevant d'un « régime légal de sécurité sociale »[142].

Toutefois, comme l'a relevé la précédente mission de l'IGAS et de l'IGF de 2015, il semble que le caractère volontaire du système d'assurance que la CFE propose ne lui permette pas de revêtir la qualité de « régime légal de sécurité sociale » qui l'exclurait avec certitude du champ d'application de cette directive, à tout le moins pour le risque maladie et AT/MP. Cette question pourrait définitivement être tranchée à l'occasion d'un litige dont l'origine, compte tenu de l'ancienneté de la situation actuelle de la CFE au regard des directives européennes, tiendrait vraisemblablement moins aux autorités européennes qu'à un concurrent potentiel.

4.5. La CFE intervient au sein d'un écosystème de la sécurité sociale dédié à la prise en charge des frais de santé des Français se déplaçant ou résidant à l'étranger, qui apparait complexe pour les usagers

La CFE n'est pas le seul organisme de sécurité sociale à intervenir dans la prise en charge des dépenses de soins réalisées par des assurés sociaux (expatriés ou non).

Ainsi, à travers le Centre national des Soins à l'Étranger (CNSE) de la CPAM de Vannes et le Centre NAtional des REtraités de France à l'Etranger (CNAREFE) placé auprès de la CPAM de Melun, le réseau de la CNAM dispose de compétences établies pour traiter quantitativement et qualitativement les prises en charge de soins réalisés à l'étranger par les assurés sociaux pour le premier et les prises en charge de soins réalisés en France lors de séjour temporaires, par des retraités expatriés pour le second.

Le CNSE a, depuis sa création en 2006, pour fonction de rembourser les citoyens français qui ont avancé les sommes nécessaires pour se faire soigner lors de déplacements à l'extérieur des frontières. Il assure également le paiement des soins de santé dans les pays où il n'est pas nécessaire de faire l'avance de frais (Union européenne et pays qui ont passé des conventions bilatérales avec la France).

Cette mutualisation, au sein d'une seule caisse, pour le traitement des dossiers de soins de santé reçus à l'extérieur des frontières permet de satisfaire l'objectif d'un service de qualité et de centraliser les outils de lutte contre la fraude.

Ce dispositif n'a pas de lien direct avec la CFE et ses assurés, car ces derniers relèvent de deux cadres législatifs et règlementaires différents. Pour autant, à la connaissance de la mission, les deux organismes n'opèrent pas à des échanges de bonnes pratiques entre eux, alors même qu'ils traitent des pièces justificatives émises à l'étranger qui sont de même nature, sur la facturation des soins et les tarifs pratiqués dans certains pays, ou sur les pratiques en matière de fraude.

---

[140] Directive 2009/138/CE D parlement européen et du conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II).

[141] *Cf.* l'article 2 de la directive.

[142] *Cf.* l'article 3 de la directive.

Créé en 2014, le CNAREFE contrôle l'ouverture des droits et affilie les retraités résidant à l'étranger. Il émet leur carte Vitale, gère les dossiers et procède aux paiements des soins reçus lors d'un séjour temporaire en France (inférieur à 3 mois).

Selon l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, la qualité de pensionné français ouvre un droit permanent à l'assurance maladie en France, sans condition de résidence. C'est pour faciliter la mise en œuvre effective de ce droit, notamment par la délivrance de la carte Vitale, que le CNAREFE a été mis en place, jouant ainsi le rôle de caisse pivot au sein du réseau de l'assurance maladie.

Les conditions d'éligibilité à ce dispositif sont les suivantes :

- être titulaire d'une rente ou d'une pension de retraite du régime général (ou d'un régime spécial intégré au régime général) ; les enfants mineurs à charge du retraité sont également bénéficiaires ;
- résider hors de l'Union européenne, de l'Espace économique européen (EEE) et de la Suisse ;
- avoir cotisé au moins 15 ans à un ou plusieurs régimes de base de la sécurité sociale ou résider dans un pays où une convention bilatérale prévoit la prise en charge des soins de la personne ;
- ne pas être adhérent à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE).

À noter toutefois par rapport à cette dernière condition, que si les adhérents à l'offre « RetraitExpat » de la CFE bénéficient d'une couverture CFE uniquement pour les soins dans le pays où ils résident, ils ont également la possibilité de bénéficier (du fait de ce contrat) du dispositif prévu par l'article L. 160-3 du CSS pour la prise en charge de leurs soins lors de séjours temporaires en France. Ils peuvent alors transmettre leurs feuilles de soins réalisés en France pendant ces séjours à la CPAM de Seine-et-Marne à cette fin. Mais ils ne sont pas affiliés pour autant affiliés au CNAREFE en tant que tel : ils dépendent dans ce cas d'une autre unité de gestion au sein de la même CPAM de Seine et Marne.

L'activité de la CPAM de Seine et Marne (qui abritait historiquement la caisse des expatriés, précurseur de la CFE ; cf. la partie 1.1*infra*), accueille ainsi une activité rattachée à la prise en charge des soins en France des retraités, qui sont majoritairement des hommes :

- ressortissants du CNAREFE : 21 824 bénéficiaires (dont 58,5 % d'hommes) en 2024 ;
- adhérents du contrat RetraitExpat de la CFE : 12 105 bénéficiaires (dont 60,7 % d'hommes) en 2024.

Les dépenses prises en charge (ville et hôpital) à ce double titre sont en 2024 de 20,72 M€ :

- 9,95 M€ pour le CNAREFE (comprenant 3 067 bénéficiaires en ALD) ;
- 10,77 M€ pour les adhérents CFE (comprenant 3 296 bénéficiaires en ALD).

S'agissant du dispositif géré par le CNAREFE, son financement repose sur une cotisation spécifique dont l'existence remonte à 1967, la COTisation d'Assurance Maladie (COTAM). Les pensionnés résidant fiscalement hors de France et dont la prise en charge des frais de santé incombe à la France sont redevables de cette cotisation (article 4 B du code général des impôts, article L. 131-9 code la sécurité sociale).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019[143] a introduit des modifications dans le dispositif. Ainsi, avant 2019, tout pensionné percevant une pension versée au titre d'un régime français, quelle que soit sa durée d'assurance précédente, était assujetti à la COTAM et bénéficiait en contrepartie de la prise en charge de ses soins en France au titre du régime de base de l'assurance maladie obligatoire.

[143] Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Depuis 2019, l'article 52 de cette loi prévoit désormais que les titulaires de pension ou de rente de vieillesse « *servie par un régime de base de sécurité sociale français* » et sans activité professionnelle, pourront bénéficier de la prise en charge de leurs soins lors d'un séjour temporaire dans l'hexagone si leur pension rémunère « *une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années au titre d'un régime français* ».

L'instruction DSS/DACI/2019/173 du 1er juillet 2019 relative à la prise en charge des frais de santé lors des séjours temporaires en France des pensionnés résidant à l'étranger présente toute la diversité des situations se présentant selon le pays de résidence et prévoit que, de façon générale : « *les pensions de retraite des personnes pouvant bénéficier de la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France en vertu des dispositions de l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale et de la présente instruction sont assujettis à la cotisation d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 131-9 du même code* ».

Pour les personnes qui résident à l'étranger, le taux de cette cotisation est de 3,2 % de la pension versée par le régime général, précomptée par le réseau CNAV.

En 2024, 373 116 cotisants étaient recensés (effectifs stables depuis 2020) dans 174 pays pour un produit total de 57,4 M€, en augmentation de 16,7 % depuis 2020 (soit une cotisation annuelle moyenne de 154,8 € en 2024)[144].

À l'issue de ces constats, la mission relève qu'à travers le CNSE de la CPAM de Vannes et le CNAREFE placé auprès de la CPAM de Melun, le réseau de la CNAM dispose déjà d'un socle de compétences établies pour traiter quantitativement et qualitativement les prises en charge de soins réalisés à l'étranger par les assurés sociaux pour le premier et les prises en charge de soins réalisés en France lors de séjour temporaires, par des retraités expatriés pour le second.

5. La gouvernance de la CFE qui donne une place prépondérante aux représentants des assurés mérite d'être adaptée dans le sens d'une plus grande représentation des entreprises et en vue de favoriser une meilleure prise en compte des enjeux stratégiques et financiers

5.1. La composition du conseil d'administration devrait être adaptée en vue de renforcer la représentation des employeurs et son degré d'expertise, notamment dans le domaine des assurances

Sur le fond, dans le cadre législatif et réglementaire actuel, le conseil d'administration de la CFE dispose d'un rôle essentiel dans la détermination des prestations et la fixation des modalités et du niveau des cotisations, puisque, depuis la réforme de 2018, celles-ci sont prises par arrêté, sur proposition de celui-ci, ce qui limite la capacité de décision du pouvoir réglementaire (*cf.* les parties 2.3, 2.5, 3.1.5.4 et 3.1.5.6 *supra*).

Le conseil d'administration (CA) de la CFE est composé de 21 membres, ayant voix délibérative[145] :

- quinze administrateurs « représentant les assurés », élus parmi les assurés de la CFE par les membres de l'Assemblée des Français de l'étranger (AFE), sans distinction de leur statut au regard de l'activité depuis la réforme de 2018 (*Cf.* la partie 3 *supra*)[146] ;
- trois administrateurs « élus par l'AFE », ayant donc vocation à représenter celle-ci ;

[144] Source SNSP- CNAV.

[145] *Cf.* l'article L. 766-5 du CSS.

[146] *Cf.* l'article L. 766-7 du CSS.

- deux représentants des employeurs, « *désignés par les organisations professionnelles nationales des employeurs représentatives* ». En pratique, depuis de nombreuses années, ces deux représentants sont désignés par le MEDEF.
- un représentant désigné par la fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

La durée du mandat des administrateurs est de six ans[147]. Le président du conseil d'administration est élu en son sein, de même que deux vice-présidents. Alors qu'il n'avait pas de limite auparavant, le mandat de président est renouvelable une fois seulement depuis la mise en œuvre d'un ensemble d'adaptations de l'organisation administrative de la caisse porté par le décret n° 2018-353 du 14 mai 2018[148].

Sont également admis à assister aux séances du conseil d'administration :

- en principe, trois personnalités qualifiées, désignées par les autorités compétentes de l'État qui sont respectivement les ministres en charge de la sécurité sociale, des relations extérieures et du budget[149]. En pratique, toutefois, depuis de nombreuses années, les ministères ne désignent à ce titre que deux représentants, à savoir un représentant de la CNAV et un représentant du MEAE issu du service des Français de l'étranger (SFE)[150], sans qu'une troisième personne ait été désignée ;
- un représentant du personnel de la caisse des Français à l'étranger ;
- et, des commissaires du Gouvernement issus en pratique de la DSS et la DB, ces directions étant chargées *de facto* d'assurer la tutelle de la CFE pour le compte de l'État.

La composition actuelle du conseil d'administration de la CFE est donc marquée par une forte proportion de représentants des assurés, une proportion encore plus forte de personnes élues ou désignées par les membres de l'AFE, et *a contrario*, une représentation très limitée des entreprises susceptibles de porter une attention particulière aux intérêts et préoccupations des entreprises mandataires.

Selon la mission, une réflexion devrait être engagée en vue :

- d'accroitre nettement le poids des représentants des employeurs au conseil d'administration de la CFE ;
- de clarifier le sens de la présence d'administrateurs représentants les assurés et d'administrateurs représentants l'AFE, élus dans les deux cas par les membres de l'AFE, en vue de garantir une meilleure prise en compte des intérêts et des préoccupations des assurés cotisants ;
- de mieux garantir, le cas échéant, la représentation des assurés selon leur statut d'activité et/ou leur structure d'âge en vue de favoriser davantage des prises de décisions confortant la soutenabilité à moyen-long terme des comptes de la CFE.

147 *Cf.* l'article R. 766-6 du CSS.

148 *Cf.* l'article R. 766-50 du CSS modifié par l'article 1 du décret n° 2018-353 du 14 mai 2018 modifiant diverses dispositions relatives à la gestion des organismes de sécurité sociale et à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

149 *Cf.* les articles L. 766-6 et R. 766-6-1 du CSS.

150 En pratique, les personnes qui représentent respectivement la CNAV et le SFE du MEAE aux réunions du CA de la CFE sont désignées par ceux-ci et peuvent varier d'une réunion à l'autre.

Ces réflexions gagneraient à réévaluer la pertinence de certaines dispositions qui figuraient dans la proposition initiale de loi déposée en 2017 par les sénateurs Leconte, Yung, Lepage et Conway-Mouret qui n'ont pas été retenues par la commission des affaires sociales du Sénat lors de son examen en 2018, notamment celles visant à faire élire les représentants des assurés par les conseillers des français de l'étranger et les délégués consulaires en lieu et place des membres de l'AFE et à diversifier la représentation des employeurs. L'option d'une élection des représentants des assurés parmi les seuls adhérents à la CFE mériterait d'être également sérieusement étudiée.

Quant aux réflexions en vue d'un net accroissement de la représentation des employeurs au CA de la caisse :

- elles devraient logiquement amener à considérer l'opportunité d'administrateurs désignés par les autres organisations professionnelles que le MEDEF qui sont représentatives au niveau interprofessionnel[151], même s'il semble que les grandes entreprises continuent à employer une très grande part des salariés français expatriés. Une telle évolution pourrait conduire à mieux prendre en compte les problématiques des entreprises de petite taille ou de taille intermédiaire souhaitant se développer à l'international ;
- elles devraient également considérer la mise en œuvre d'une meilleure représentation des autres catégories d'employeurs que les entreprises privées, dont les préoccupations peuvent toutefois déjà être relayées aujourd'hui, dans une certaine mesure, par la personnalité qualifiée représentant le MEAE.

Il apparait en outre que, de manière logique eu égard aux modalités de leur désignation, très peu d'administrateurs disposent d'une réelle expertise dans le domaine des assurances et de la finance, alors même que la CFE gère de manière autonome un système d'assurances, placé dans un environnement concurrentiel, et qu'elle dispose encore d'importants placements financiers (valorisés à 337,5 M€ en valeur nominale dans les comptes de la CFE fin 2023 et avec une valeur liquidative estimée à 343,7 M€ à la même date).

À cet égard, il peut paraitre étonnant, que les statuts ou les règles de fonctionnement de la CFE ne prévoient pas d'obligations de formation minimales des administrateurs nouvellement nommés aux problématiques de la finance et des métiers de l'assurance. On peut également s'interroger sur le fait que les ministères autorisés – en charge du budget, de la sécurité sociale et des affaires étrangères – n'aient pas désigné au cours des années récentes une troisième personnalité qualifiée susceptible d'apporter de telles compétences pour éclairer les décisions du CA[152].

L'élection des quinze représentants des assurés par les membres de l'AFE repose sur un scrutin de liste à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste, sans panachage, ni rature, ni vote préférentiel. Ses modalités sont précisées par les articles L. 766-6 à L. 766-8 au niveau législatif, les articles R. 766-7 à R. 766-39 et les articles D. 766-8 à D. 766-23 du code de la sécurité sociale.

[151] Pour être reconnue représentative au niveau interprofessionnel ou d'une branche professionnelle, une organisation d'employeurs doit représenter au moins 8 %, soit de l'ensemble des entreprises adhérant à une organisation d'employeurs candidate, soit des salariés employés par ces mêmes entreprises. Au niveau interprofessionnel, le Medef, la CPME et l'U2P franchissent au moins l'un de ces seuils, d'après les résultats de la mesure d'audience de la représentation patronale réalisée en 2021 (deuxième mesure depuis la réforme de la représentativité patronale de 2014).

[152] Alors que les ministres en charge respectivement de la sécurité sociale et des Français de l'étranger ont désigné chacun une personnalité qualifiée, celui en charge du budget aurait été fondé à désigner une troisième personnalité qualifiée.

Les modalités de cette élection apparaissent ainsi très encadrées au niveau législatif et réglementaire, ce qui tend naturellement à les sécuriser, mais peut aussi paraitre quelque peu excessif pour une élection de représentants des assurés de la caisse. Le service des Français de l'étranger du MEAE a souligné la charge administrative que représente l'organisation de cette élection.

Les modalités de l'élection des représentants de l'AFE sont pour leur part précisées par l'article L. 766-8-1 A au niveau législatif et les articles R. 766-40 à R. 766-49 au niveau réglementaire.

Les articles L. 766-6 et L. 766-8-1 A définissent les conditions à remplir pour participer à l'élection des représentants des assurés et à celle des représentants de l'AFE - dans les deux cas l'élection est ouverte à l'ensemble des membres de l'AFE – ainsi que les conditions d'éligibilité à ces élections. Peuvent être élus administrateurs représentant les assurés, l'ensemble des Français de l'étranger sous réserve d'être adhérent à la CFE et de satisfaire certains critères usuels retenus pour l'éligibilité des administrateurs des organismes de sécurité sociale[153]. De leur côté, tous les membres de l'AFE sont éligibles aux fonctions d'administrateur de la caisse représentant cette assemblée. Comme indiqué dans la partie 3.1.7 *supra*, la condition d'être âgé de soixante-cinq ans au plus (et de dix-huit ans au moins), lors de la désignation au conseil, pour les personnes aspirant à la fonction d'administrateur représentant les assurés de la caisse ne s'applique pas aux personnes qui aspirent à la fonction d'administrateur représentant l'AFE : la mission s'étonne de cette différence.

Pour l'élection des représentants des assurés, chaque liste doit comprendre deux fois plus de candidats qu'il n'y a de sièges à pourvoir et la réforme de la CFE de 2018 a introduit une obligation de parité parmi les listes[154]. La désignation de suppléants appelés à remplacer les administrateurs dont le siège deviendrait vacant est prévue au niveau législatif[155].

L'actuel conseil d'administration a été installé, après l'élection de ses membres représentants les assurés, en avril 2022. Il est présidé depuis cette date par Mme Isabelle Frej, conseillère consulaire du Maroc. Auparavant, le CA de la caisse avait été présidé, depuis sa création en 1985 jusqu'en 2015, par M. Jean-Pierre Cantegrit, par ailleurs sénateur des Français établis hors de France de 1977 à 2017 - qui a été à l'initiative, inspirateur ou co-porteur des principales évolutions du cadre législatif de la protection sociale des Français de l'étranger en tant notamment que membre de la commission des affaires sociales du Sénat (dont la loi de 1984 ayant conduit à la création de la CFE dans le prolongement de la Caisse des expatriés créée en 1978) - et M. Jean-Pierre Mignon entre janvier 2016 et mars 2022.

---

[153] Pour être éligibles, les personnes doivent notamment satisfaire aux dispositions suivantes du premier paragraphe de l'article L. 231-6 du code de la sécurité sociale *« Les membres des conseils ou des conseils d'administration doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de soixante-cinq ans au plus à la date de leur nomination, n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations mentionnées aux articles L6 et L7 du code électoral et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle prononcée en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou dans les cinq années précédant la date susmentionnée à une peine contraventionnelle prononcée en application de ce code ».*

[154] *Cf.* l'article L. 766-6 du CSS.

[155] Selon l'article L. 766-8 du CSS :

« Les candidats venant sur une liste immédiatement après le dernier candidat élu exercent, à concurrence du nombre de sièges obtenus par la liste, les fonctions de suppléant.

Ils sont appelés à remplacer, dans l'ordre de la liste, les administrateurs titulaires dont le siège deviendrait vacant.

Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant du conseil d'administration.

Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration peut désigner un administrateur suppléant ».

5.2. Certaines modalités de fonctionnement du conseil d'administration de la CFE méritent d'être améliorés pour renforcer sa capacité de prise de décisions

Depuis la mise en œuvre d'un ensemble d'adaptations de l'organisation administrative de la caisse porté par le décret n° 2018-353 du 14 mai 2018[156], outre les missions particulières déjà mentionnées *supra*, le conseil d'administration de la CFE a aussi formellement certaines responsabilités identiques à celles d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)[157]. Il a notamment pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur : les objectifs en matière de qualité des services rendus à l'usager ; les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ; les axes de la politique de gestion du risque. Il doit approuver, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Il doit en outre délibérer sur différents autres sujets, dont la politique d'action sanitaire et sociale de la caisse et les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers.

Le conseil d'administration de la CFE dispose de compétences étendues, au sens où il nomme, sous réserve de l'agrément prévu à l'article R. 123-48 du code de la sécurité sociale, le directeur, le directeur adjoint, sur proposition du directeur, et l'agent comptable, après avis du directeur[158].

La caisse est « *soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État, qui sont représentées auprès d'elle par des commissaires du Gouvernement* »[159], à savoir en pratique de la DSS et de la direction du budget chargées de la tutelle de la caisse. Les délibérations du conseil d'administration ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition de celles-ci dans un délai fixé à 20 jours par décret en Conseil d'État, dont le point de départ est la communication des délibérations à ces autorités[160].

Pour les années récentes, depuis 2016, la mission a eu connaissance de trois situations ayant conduit les tutelles, en l'occurrence la directrice ou le directeur de la DSS, à s'opposer à des décisions du conseil d'administration :

- le refus de la DSS, exprimé dans un courrier formel de son ancienne directrice à l'ancien président du CA de la CFE du 30 janvier 2020, d'entériner les hausses tarifaires décidées lors de la réunion du CA de décembre 2019 (+2 % pour les contrats individuels et +1,6 % pour les contrats collectifs), sur proposition de sa commission des finances et de la maitrise des risques (*cf.* l'annexe II) ;

---

156 *Cf.* l'article 1 du décret n° 2018-353 du 14 mai 2018 modifiant diverses dispositions relatives à la gestion des organismes de sécurité sociale et à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

157 Selon le I de l'article R. 766-50, le CA de la CFE a les mêmes missions que celui d'une CPAM (telles que définies par à l'article L211-2-1 du CSS) à l'exception de celles qui se réfèrent à la détermination des orientations des contrats pluriannuels de gestion de celle-ci et des délibérations qu'y rapportent et du fait que le CA de la CFE délibère librement sur sa politique d'action sociale (sans qu'aucune orientation émanant d'une autre autorité ne s'impose à celui-ci).

158 Sous réserve de l'agrément prévu à l'article R. 123-48 du CSS.

159 Article L. 766-10 du CSS.

160 Selon les dispositions de l'article R. 766-63 du CSS :

« Pour l'application de l'article L. 766-10, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont communiqués dans les dix jours qui suivent la séance au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Le délai, prévu par l'article L. 766-10, dont disposent les autorités compétentes de l'Etat pour faire opposition aux délibérations du conseil d'administration, est fixé à vingt jours.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après entente avec le ministre chargé du budget, viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 766-10 ».

- l'opposition du directeur de la DSS à la décision prise par le CA de la CFE le 16 juin 2023, sur proposition de son bureau, visant à supprimer les « contrats ex », à effet du 1er janvier 2024 et à inviter leurs adhérents à basculer vers le nouveau contrat correspondant à leur situation, avec la possibilité de faire une demande de catégorie aidée ou d'opter pour une radiation, au motif qu'une telle décision n'était pas conforme aux dispositions législatives et réglementaires (à savoir l'article 8 de la loi du 24 décembre 2018 et l'article 7 du décret n°2019-603 du 18 juin 2019) ;
- l'opposition de la DSS, adressée dans un courrier du directeur de la DSS à la présidente du CA de la caisse du 13 janvier 2025, au rejet voté par le CA en décembre 2024 d'une proposition de deux modifications de son règlement intérieur visant respectivement à tenir une réunion du CA par an en visioconférence, dans un souci de maitrise des coûts et en considération d'un enjeu de sobriété énergétique, et à revoir les modalités de prise en charge des transports aériens des administrateurs, qui sont historiquement basés sur la classe affaires, pour les aligner sur ceux applicables aux administrateurs des organismes de sécurité sociale.

En matière d'organisation, au cours des années récentes, le CA de la CFE s'est réuni deux fois par an, en juin et en décembre de chaque année, à l'exception de l'année 2022, année de mise en place de la nouvelle mandature, au cours de laquelle il s'est réuni cinq fois[161].

Le conseil d'administration de la CFE est tenu d'établir des statuts et un règlement intérieur.

Ses travaux s'appuient sur son bureau – composé de la présidente et des deux vice-présidents – et sur cinq commissions thématiques prévues dans ses statuts :

- la commission d'administration générale et des systèmes d'information ;
- la commission des finances et du contrôle interne ;
- la commission de la relation client et de l'action sanitaire et sociale ;
- la commission de la stratégie commerciale, du développement et de la communication ;
- la commission de recours amiable.

Les rôles des quatre premières commissions, tels que définis dans le règlement intérieur de la caisse, sont précisés dans l'encadré 5 qui suit. Chaque administrateur fait obligatoirement partie d'une de ces quatre commissions.

Encadré 5 : Rôle des commissions thématiques du conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger autre que celle du recours amiable

Rôle de la commission d'administration générale et des systèmes d'information :

- Étudier les projets de budgets de gestion administrative en vue de leur adoption par le conseil d'administration ;
- Émettre un avis sur le rapport annuel d'activité des services ;
- Analyser les projets d'accords collectifs relatifs au personnel et suivre leur application après leur entrée en vigueur ;
- Examiner les schémas-directeurs des systèmes d'information avant leur présentation au conseil d'administration, les plans annuels d'exécution et les budgets associés ;
- Suivre l'avancement des programmes et projets de la caisse.

Rôle de la commission des finances et du contrôle :

- Examiner, sur la base du rapport de l'agent-comptable, les comptes annuels de la caisse ;
- Proposer au conseil d'administration l'affectation des résultats ;
- Proposer l'apurement des comptes de tiers ;

[161] Selon l'article R. 766-50, « (l)e conseil d'administration se réunit au moins une fois par an. Il peut en outre être convoqué par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget ».

- Examiner le rapport du contrôle interne.

Rôle de la commission de la relation client et de l'action sanitaire et sociale :

- Étudier les indicateurs de qualité de service et formuler à l'attention du conseil d'administration toute proposition visant en améliorer le niveau ;
- Examiner et donner un avis sur les propositions des services de la CFE relatifs à la relation de la CFE avec ses clients ;
- Préparer, pour le compte du conseil d'administration, la mise en œuvre d'une action de communication dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- Étudier les projets de budget d'action sanitaire et sociale-prévention en vue de leur adoption par le conseil d'administration ;
- Examiner les demandes des assurés en matière de secours et de prestations supplémentaires. Dans ce domaine, elle bénéficie d'une délégation de portée générale de la part du conseil d'administration et peut, sous réserve de l'accord de ce dernier, déléguer une partie de ses attributions au directeur ;
- Proposer au conseil d'administration la mise en œuvre d'actions de prévention au profit des assurés ;
- Donner un avis sur les actions de communication en matière de prévention.

Rôle de la commission de la stratégie commerciale, du développement et de la communication :

- Suivre l'évolution des différentes populations d'assurés couverts par la CFE, analyser les causes de cette évolution et les conséquences sur l'équilibre financier de la caisse ;
- Examiner les conséquences des changements de l'environnement dans lequel évolue la caisse, au plan juridique, économique, institutionnel, concurrentiel, sécuritaire ;
- Mettre en évidence les avantages et atouts dont la caisse peut disposer, compte tenu de ces changements ;
- Proposer au conseil d'administration toute mesure de nature à accroître le nombre d'adhérents ou de maintenir l'équilibre entre les différentes catégories d'assurés ;
- Émettre un avis sur les orientations annuelles de la communication et les budgets à y consacrer ;
- Faire le bilan des activités de communication menées.

Source : Règlement intérieur du conseil d'administration de la CFE (décembre 2023).

En complément des travaux des commissions, le conseil d'administration a décidé en juin 2024 la création d'un « *groupe de travail dédié à la construction de propositions pour la pérennité de la CFE* », constitué de sept administrateurs volontaires.

Comme le montre le tableau ci-dessous (tableau 1) qui rend compte de la participation des administrateurs (ayant voix délibérative), ainsi que les représentants des tutelles et les personnalités qualifiées autorisées à assister aux réunions du conseil d'administration de la CFE sur la période 2016-2024, le taux de participation des administrateurs à ces réunions a été globalement satisfaisant au cours des années récentes.

Tableau 1 : Nombre d'administrateurs, de représentants des tutelles et des personnalités qualifiées ayant participé aux réunions du conseil d'administration de la CFE sur la période 2016-2024

	Durée de la réunion (en jour)	Administrateurs ayant voix délibérative			Commissaires du gouvernement		Personnalités qualifiées			Représen--tant du personnel de la CFE
		Total	F	H	DSS	DB	CNAV	MEAE	Autre	
Juin 2016	2	18	8	10	2	0	1	0	0	1
Décembre 2016	2	17	7	10	2	1	1	1	0	1
Juin 2017	2	20	8	12	2	0	1	1	0	1
Décembre 2017	2	18	7	11	2	0	0	1	0	1
Juin 2018	2	21	8	13	2	0	1	1	0	1
Décembre 2018	2	19	7	12	2	0	1	1	0	1
Juin 2019	2	18	7	11	2	0	1	0	0	1
Décembre 2019	2	19	8	11	0	0	0	0	0	1
Juin 2020	1	21	9	12	1	0	1	1	0	1
Décembre 2020	1	21	9	12	2	0	1	1	0	1
Juin 2021	1	20	9	11	2	0	1	1	0	1
Décembre 2021	2	18	7	11	2	0	1	1	0	1
Avril 2022 (4 avril)	1	20	7	13	2	0	1	1	0	1
Avril 2022 (12 avril)	1	19	7	12	2	1	1	1	0	1
Juin 2022	2	21	8	13	1	0	1	1	0	1
Septembre 2022	1	19	8	11	1	0	1	1	0	1
Décembre 2022	2	21	8	13	2	1	1	1	0	1
Juin 2023	2	21	8	13	2	0	1	1	0	1
Décembre 2023	2	21	8	13	2	1	1	2	0	1
Juin 2024	2	21	8	13	2	1	1	1	0	1
Décembre 2024	2	21	8	13	2	1	1	1	0	1
Moyenne sur 2016-2021	1,8	19,2	7,8	11,3	1,8	0,1	0,8	0,8	0,0	1,0
Moyenne sur 2022-2024	1,7	20,4	7,8	12,7	1,8	0,6	1,0	1,1	0,0	1,0

Source : Mission (à partir des relevés de décisions des réunions du CA de la CFE). Note : Les chiffres de ce tableau rendent compte des personnes ayant participé personnellement à tout ou partie des réunions. Dans le cas de la DSS, la DB, la CNAV et le MEAE, les chiffres reflètent le nombre de représentants de ceux-ci ayant participé à tout ou partie de ces réunions. Légende : H=hommes, F=femmes ; DSS=direction de la sécurité sociale ; DB=direction du budget ; CNAV=caisse nationale d'assurance vieillesse ; MEAE=ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

D'après le règlement intérieur, le bureau est tenu de se réunir au moins six fois par an et chacune des quatre commissions thématiques au moins une fois par an, la commissions du recours amiable devant se réunir au moins quatre fois par an.

En pratique ces dernières années, selon les informations collectées par la mission, le bureau s'est réuni fréquemment, au moins six fois par an, et les quatre principales commissions se sont réunies deux fois par an, en amont des deux réunions annuelles du CA.

Lors des auditions, plusieurs administrateurs ont fait part à la mission d'un ressenti selon lequel ils ne disposeraient pas de l'ensemble des informations nécessaires, en temps voulu - à savoir suffisamment en amont des réunions des commissions et du conseil d'administration - pour exercer pleinement leurs fonctions, s'agissant notamment de la situation budgétaire et financière de la caisse. Ce manque d'information, dans des délais satisfaisants, selon eux, combiné au suivi très resserré de la caisse par le bureau, donnerait à ce dernier un poids trop important dans les prises de décision, au détriment de celui des autres administrateurs.

Une voie possible d'amélioration du fonctionnement du conseil d'administration et de ses principales commissions, à expertiser, consisterait à compléter leurs deux réunions annuelles prévues aujourd'hui en présentiel à Rubelles, par d'éventuelles réunions intermédiaires, organisées en visio-conférence sur la base d'agendas ciblés et plus légers.

On peut s'interroger sur le fait que la commission des finances et de contrôle du conseil d'administration de la CFE n'ait pas de responsabilité significative dans la gestion et le suivi des placements de la caisse et que les grandes décisions en matière de placement ne soient pas soumises à l'approbation du CA. De fait, le bureau du CA de la caisse a approuvé un « cadre de référence » pour la gestion des réserves financières de la caisse[162] qui consacre le rôle essentiel de la direction dans la gestion des placements et qui précise les points suivants :

- *« le Bureau tient le rôle de comité d'orientation et de contrôle des placements par délégation du Conseil d'administration. Il se réunit au moins six fois par an, et autant qu'il l'estime nécessaire en fonction des circonstances ;*
- *le Bureau approuve le Cadre de référence de la gestion des réserves financières dont il définit les principes et les objectifs. Garant de son application, il en assure, autant que de besoin, l'actualisation ;*
- *le Bureau valide les orientations de la politique de placement et notamment l'allocation stratégique ;*
- *le Bureau s'assure de la qualité de la gestion financière, de la cohérence de la politique d'investissement et du respect des principes et des objectifs de gestion ».*

Le règlement intérieur du conseil d'administration de la CFE prévoit des dispositions relatives à la communication et la déontologie des administrateurs[163]. Le cadre de référence de la gestion de ses réserves financières retient également des principes déontologiques à respecter pour toutes les personnes impliquées dans la gestion des placements de la caisse[164].

---

[162] « Cadre de référence de la gestion des réserves financières de la Caisse des Français de l'étranger », document approuvé par le Bureau du conseil d'administration de la CFE en date du 13 juillet 2022.

[163] L'article 7 des statuts de la caisse contient les dispositions suivantes ;

« Les administrateurs ainsi que toutes personnes appelées à assister aux séances du conseil d'administration et de ses commissions sont tenus à la discrétion à l'égard des informations et documents présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président du conseil d'administration ainsi qu'au respect des règles relatives au secret professionnel. La violation du devoir de discrétion peut engager leur responsabilité civile.

Seuls les documents publics sont communicables, une fois dûment approuvés (ex : comptes annuels) ou diffusés par l'organisme (ex : rapport annuel) ».

[164] Le IV de ce cadre de référence contient les dispositions suivantes ;

« Toutes les personnes intervenant au titre de leurs fonctions dans la gestion des réserves financières adhèrent au présent cadre de référence, s'engagent à toujours agir avec loyauté au mieux des intérêts de la CFE et s'efforcent d'éviter tout conflit d'intérêt.

Dans ce cadre, elles s'interdisent notamment de réaliser, pour leur compte personnel ou le compte d'autrui, des opérations en contrepartie d'opérations effectuées pour le compte de la CFE.

Selon la mission, ces dispositions relatives à la déontologie des administrateurs et de l'ensemble des personnes jouant un rôle dans la gestion des placements sont insuffisantes, dans un contexte notamment où certains administrateurs ont des liens avec des entités potentiellement concurrentes ou partenaires de la CFE et où le montant des placements de la caisse reste conséquent. Elles devraient être renforcées, par voie réglementaire le cas échéant, en tenant compte des articles 1 et 2 de la loi n°2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, et dans le sens des dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêt de l'ancien article R. 623-10-4 issu du décret n° 2017-887 du 9 mai 2017 relatif à l'organisation financière de certains régimes de sécurité sociale (communément appelé « décret placements »)[165].

La réflexion à conduire sur les règles déontologiques à respecter par l'ensemble des administrateurs et les agents de la caisse impliqués dans la gestion de ses placements pourrait utilement s'étendre aux règles à respecter par l'ensemble des personnels de la caisse, sujet que la mission n'a pu évaluer dans les délais impartis.

5.3. La tutelle de la CFE qui a été essentiellement exercée par la DSS au cours des années récentes, doit être renforcée en vue d'une meilleure prise en compte des enjeux stratégiques et financiers

La tutelle de la CFE est assurée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget[166] qui en ont confié, de longue date, la mise en œuvre opérationnelle à la DSS et la direction du budget.

Au cours des années passées, à tout le moins depuis 2016, la tutelle de la CFE pour le compte de l'État a été essentiellement exercée, dans les faits, par la DSS, et au sein de celle-ci par sa délégation aux affaires communautaires et internationales (DACI).

En pratique, hormis au cours des derniers trimestres, la tutelle exercée par la direction du budget semble avoir été minimale au cours des années récentes, voire quasiment inexistante une grande partie du temps, comme l'illustre le tableau 1, qui rend compte de la participation des administrateurs, des tutelles et des personnalités qualifiées. Par le passé, la direction du budget avait souhaité renoncer à son poste de commissaire du gouvernement, en contrepartie de l'instauration d'un contrôle économique et financier. Le conseil d'administration de la CFE avait cependant exprimé son opposition à l'instauration d'un tel contrôle.

Selon la mission, les perspectives économiques et financières à court et moyen terme de la CFE justifient la mise en œuvre d'une tutelle active des ministères économiques et financiers, conjointement à celle exercée par la DSS[167]. Deux options peuvent être envisagées à cette fin :

- le maintien d'une tutelle par la direction du budget, à la condition qu'elle soit réellement active, dans le prolongement de la dynamique qui semble avoir été initiée depuis la fin 2023 ;
- à défaut, l'instauration d'un contrôle permanent de la CFE par le contrôle général économique et financier (CGefi) devrait être envisagé.

Elles s'interdisent également de retirer un quelconque avantage de leur fonction ou de solliciter ou d'accepter des cadeaux qui, par leur importance ou leur caractère inhabituel, pourraient être considérés comme disproportionnés dans le cadre de relations d'affaires normales et qui risqueraient de compromettre leur impartialité ou leur indépendance de décision ».

[165] *Cf.* les dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêt de l'article 1er dudit décret.

[166] Article R. 766-33 du CSS.

[167] La DSS est placée sous l'autorité conjointe des ministres en charge de la sécurité sociale, de l'économie et des finances, et des comptes publics, pour ses attributions relatives aux finances sociales.

Quelle que soit l'option retenue, eu égard à l'activité de gestion d'un système d'assurances sociales volontaires de la CFE, la DSS et le cas échéant la direction du budget pourraient en outre mobiliser utilement, selon les besoins, l'expertise des équipes de la direction générale du Trésor (DG Trésor), compétentes en matière d'analyse économique et dans le domaine de l'organisation et la réglementation du secteur de l'assurance[168].

Les relevés de décision du conseil d'administration, les échanges de courriers entre la CFE et la DSS, ainsi que les notes de suivi et les notes de la DSS transmises aux ministres témoignent du fait que la DACI a été activement engagée dans l'activité de tutelle de la CFE pour le compte de la DSS au cours des années récentes.

Cette tutelle, à caractère très largement juridique, a connu toutefois certaines limites, comme l'illustre :

- la validation par la DSS dans la convention de partenariat État-CFE 2018-2021 d'un objectif irréaliste de doublement, au moins, des adhérents de la CFE au cours de la période qui aurait porté le nombre de bénéficiaires à près de 500 000 en fin de période ;
- le refus par l'ancienne directrice DSS, exprimé dans son courrier du 30 janvier 2020, de valider les hausses tarifaires décidées par le CA en décembre 2019, qui s'est avéré *ex-post* pour le moins malheureux ;
- l'absence de publication d'un arrêté, jusqu'en mars 2025, qui aurait dû actualiser l'arrêté du 3 janvier 2019[169] pour formaliser les hausses tarifaires décidées par le CA en décembre 2023 que la CFE a effectivement mises en œuvre à compter du 1er avril 2024, sans support juridique valable. Cette difficulté a été finalement surmontée par la prise d'un arrêté le 6 mars 2025 concrétisant les hausses tarifaires décidées par le CA en décembre 2024, pour application au 1er avril 2025, et régularisant *ex post* les tarifs pratiqués au cours de l'année précédente du 1er avril 2024 au 31 mars 2025[170].

La tutelle qu'exerce la DSS sur la CFE, par le biais de la DACI, gagnerait à mobiliser davantage l'ensemble des compétences disponibles de cette direction, notamment dans le domaine de l'actuariat, dans certaines situations.

Selon la mission, un élargissement de la tutelle de la CFE, historiquement confiée aux ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, et, d'un point de vue opérationnel, à la direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFEAC), garantirait aussi une meilleure prise en compte des enjeux stratégiques auxquels est confrontée la CFE, ainsi qu'une plus grande cohérence entre les grandes orientations arrêtées par celle-ci, sous le contrôle de l'État, et les décisions budgétaires effectivement prises pour la fixation de la subvention du programme 151 allouée au financement de la catégorie aidée, en régime permanent et dans le cadre de la convention pluriannuelle de partenariat entre État et la CFE.

---

168 Une telle mobilisation viendrait compléter l'expertise dans le domaine de l'assurance et de la finance qui serait apportée par la troisième personnalité qualifiée qui serait désignée pour assister aux réunions du CA, selon la suggestion de la mission.

169 Arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

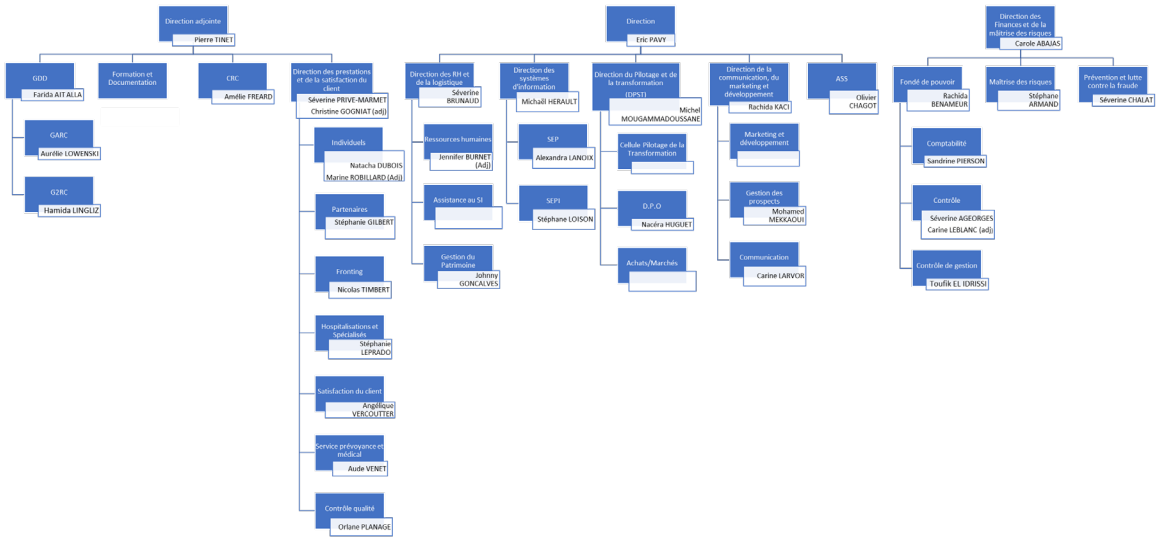
170 Arrêté du 6 mars 2025 modifiant l'arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie- maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

5.4. La CFE employait un effectif de 235 salariés fin décembre 2023, rattachés pour l'essentiel à la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de sécurité sociale

Le directeur de la CFE[171] est actuellement M. Eric Pavy, nommé dans ses fonctions en mars 2020, et le directeur adjoint est M. Pierre Tinet.

La CFE est organisée en différentes directions et unités (*cf.* figure 3).

Figure 3 : Organigramme de la CFE



Source : CFE (janvier 2025).

À l'exception du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable qui relèvent du cadre statutaire des agents de direction, les personnels de la CFE sont rattachés à la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de sécurité sociale du 8 février 1957.

Au 31 décembre 2023, la CFE comptait 235 salariés, parmi lesquels[172] :

- 3 agents de direction (le directeur, le directeur adjoint et l'agent comptable), 100 cadres et 132 employés ;
- près de 82 % de femmes et 18 % d'hommes ;
- 209 salariés employés en CDI et 26 en CDD ;
- 29 salariés au forfait jour et 206 salariés dont le temps de travail est décompté en heures, parmi lesquels 29 à temps partiel (dont 12 à 36 heures sur quatre jours et demi) et 197 salariés à temps plein (parmi lesquels 99 à 39 heures).

En dépit d'un nombre assez élevé de recrutements ces dernières années[173], le personnel de la CFE reste marqué par la faible rotation d'une partie de ses salariés : l'ancienneté moyenne des salariés était de près de 9,9 ans fin 2023 (contre 12,3 ans fin 2018 et 12,0 ans fin 2021) et 25 % d'entre eux avaient plus de 15 ans d'ancienneté ; l'âge moyen des salariés était de 43 ans, 35 % d'entre eux ayant 47 ans et plus.

---

171 Les responsabilités du directeur sont énoncées au II de l'article R. 766-50 du CSS.

172 Les chiffres qui suivent proviennent des bilans sociaux de la CFE.

173 La CFE a procédé à 64 « recrutements » en 2023 (après 61 en 2021 et 64 en 2022) : 19 CDI (dont 5 mobilités internes et 14 recrutements externes) ; 45 CDD (tous motifs confondus), parmi lesquels 6 contrats en alternance.

5.5. L'État et la CFE ont conclu une troisième convention de partenariat pour la période 2022 à 2025

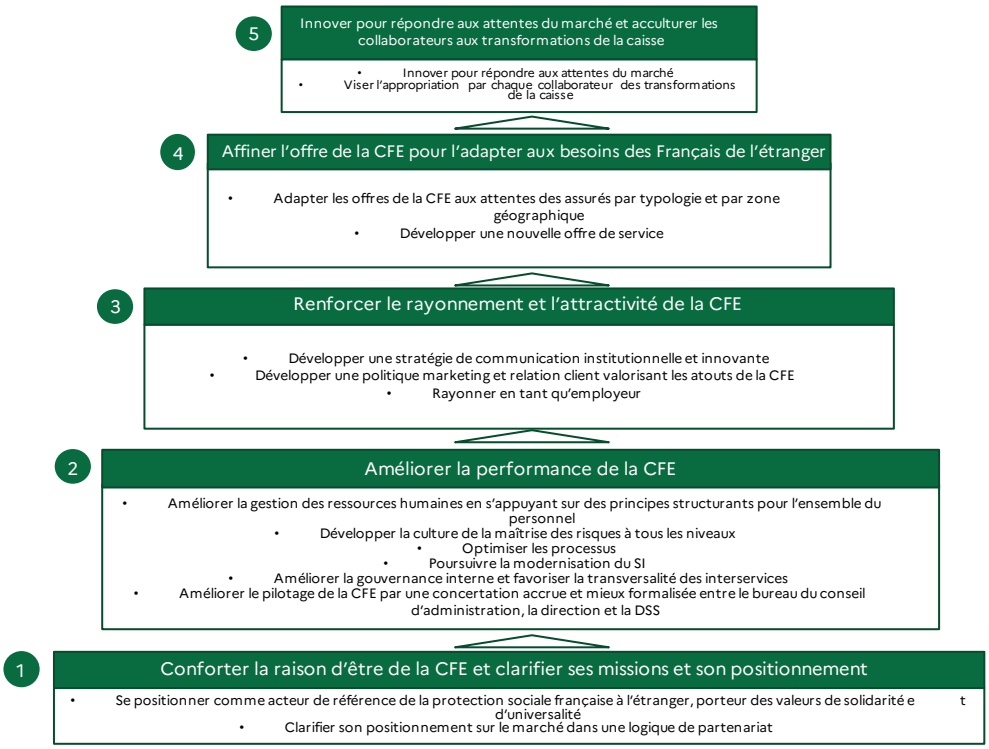
L'État et la CFE ont conclu fin 2022 une troisième convention pluriannuelle de partenariat pour la période 2022 à 2025[174].

Cette convention s'articule autour des cinq grandes orientations suivantes :

- conforter la raison d'être de la CFE et clarifier ses missions et son positionnement (axe 1) ;
- améliorer la performance de la CFE (axe 2) ;
- renforcer le rayonnement et l'attractivité de la CFE (axe 3) ;
- affiner l'offre de la CFE pour l'adapter aux besoins des Français de l'étranger (axes 4) ;
- favoriser l'innovation et acculturer les collaborateurs aux transformations de la caisse (axe 5).

De manière quelque peu originale, ces cinq orientations stratégiques de la convention de partenariat entre l'État et la CFE 2022 2025 ont été pensées de manière pyramidale, chaque axe portant les prérequis du suivant et avec l'idée qu'il conviendrait de n'engager une nouvelle étape qu'une fois que la précédente aurait été engagée sur des bases solides. Le cinquième axe, quant à lui, est de nature transversale et devait être conduit en parallèle aux autres (*cf.* figure 4).

Figure 4 : Les grandes orientations de la convention de partenariat entre l'Etat et la CFE pour la période 2022-2025



Source : CFE.

La mise en œuvre de cette convention fait l'objet d'un suivi régulier par les instances de la CFE, en lien avec les tutelles.

[174] Convention de partenariat entre l'État et la CFE 2022-2025.

La présente mission n'avait pas pour objet d'évaluer de manière approfondie les dispositions de cette convention, ni sa mise en œuvre.

Lors de la mise en œuvre de la présente mission, au printemps 2025, la DSS envisageait de proroger cette convention sur l'année 2026.

La direction de la CFE a établi un projet d'entreprise, « CAP 2025 », en cohérence avec l'actuelle convention de partenariat.

ANNEXE II

Le modèle économique de la Caisse des Français de l'étranger

(Version communicable)

Les occultations réalisées pour respecter le secret des affaires de la Caisse des Français de l'étranger sont signalées par les annotations **[Confidentiel – Secret des affaires]** ou **[-]**.

SOMMAIRE

1. LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER, QUI PROPOSE DES ASSURANCES VOLONTAIRES AUX EXPATRIÉS, CONNAÎT UNE ÉROSION RÉGULIÈRE DE SA BASE D'ASSURÉS DANS UN CONTEXTE DE TRANSFORMATION DE L'EXPATRIATION ..1

1.1. Après une accélération dans un contexte de reprise post-crise financière mondiale de 2008-2009, le nombre de Français inscrits au registre connaît une stabilité depuis une dizaine d'années 1

1.2. La CFE, qui propose des assurances volontaires aux Français résidant à l'étranger, constitue un organisme unique par ses missions et fondé sur un principe d'équilibre entre cotisations et prestations 4

1.3. Le nombre d'adhérents à la CFE, qui se concentrent en Afrique subsaharienne et en Asie et sur des tranches d'âge élevées, connaît une érosion régulière depuis 2019, en raison d'un repli de - 25 % des adhérents collectifs 5

1.3.1. La baisse du nombre d'assurés à la CFE, tirée par le déclin des contrats collectifs et qui s'est accélérée avec la crise du Covid-19, a atteint - 6 % en 2024 par rapport à 2019 5

1.3.2. La répartition géographique des assurés de la CFE, concentrée en Afrique subsaharienne, en Asie et en Europe occidentale, n'est pas homothétique à celle de l'ensemble des Français à l'étranger 9

1.3.3. Le portefeuille de bénéficiaires contient 54 % d'hommes pour 46 % de femmes et est déformé vers les tranches d'âge élevées par rapport à la population des Français inscrits au registre 11

1.3.4. Le déclin des contrats collectifs s'explique par la diminution des « grands comptes », en particulier dans le secteur privé, et la diminution du nombre moyen de contrats souscrits par entreprise 13

2. L'OFFRE DE LA CFE PROPOSE UN NIVEAU DE PRESTATIONS HARMONISÉ DANS TOUS LES PAYS, ADOSSÉ À DES COTISATIONS EN RATTRAPAGE TARIFAIRE APRÈS DES ANNÉES DE RELATIVE STAGNATION 15

2.1. L'offre de la CFE, fondée sur le barème de prestations de la sécurité sociale, a été simplifiée par la réforme de 2018 afin d'en améliorer la lisibilité commerciale 15

2.1.1. L'offre de la CFE est structurée autour de chacun des risques couverts et de la distinction entre adhésion individuelle et collective 15

2.1.2. Le niveau de couverture santé, fondé sur le barème de remboursement de la sécurité sociale, est harmonisé dans tous les pays de résidence 18

2.2. Les tarifs de cotisation maladie, après une période de hausses modérées entre 2019 et 2023, ont connu une progression de plus de 25 % depuis 2024, tant pour les adhésions individuelles que collectives 20

2.2.1. Les tarifs de cotisation individuelle, en hausse cumulée modérée de + 15 % entre 2019 et 2023, ont connu une accélération de + 28 % depuis 2024 ... 20

2.2.2. Les tarifs de cotisation collective ont progressé moins rapidement que pour les adhérents individuels, mais enregistrent une accélération de + 25 % depuis 2024 24

2.2.3. Les tarifs de cotisations individuelles maladie de la CFE sont inférieurs à la contribution maladie des salariés en France mais supérieurs à celle des retraités en France 27

2.3. Les tarifs de cotisation au risque accidents du travail et maladie professionnelle n'ont progressé que de + 13 % entre 2018 et 2024 29
2.4. Les dépenses de prestation progressent en raison d'une augmentation généralisée des coûts de santé mondiaux mais également de facteurs spécifiques à la CFE liés à la hausse des dépenses d'hospitalisation à l'étranger et aux dépenses des assurés les plus âgés 30
2.4.1. La CFE évolue dans un environnement de forte hausse des coûts de santé mondiaux 30
2.4.2. La dépense de soins des assurés de la CFE a progressé de + 18 % entre 2019 et 2023, tirée par les dépenses d'hospitalisation à l'étranger et la consommation de soin des tranches d'âge les plus élevées 31
2.4.3. Les prestations en espèces (rentes d'invalidité) ont connu un repli de – 22 % entre 2019 et 2023, en cohérence avec la diminution des effectifs couverts, mais sont de plus en plus concentrées sur les assurés âgés 37

3. LE CARACTÈRE ATYPIQUE DE LA CFE, DU FAIT NOTAMMENT DE SES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC, SE TRADUIT PAR UN POSITIONNEMENT CONCURRENTIEL UNIQUE ET A FACILITÉ LE DÉVELOPPEMENT DE PARTENARIATS COMMERCIAUX ET DE GESTION 43

3.1. La CFE apparaît compétitive par rapport aux assureurs privés, en raison de ses avantages concurrentiels et de son positionnement atypique, et malgré une qualité de service perfectible, mais le développement de régimes obligatoires de base dans le monde constitue un risque important à long terme alors que les relais de croissance à court terme sont limités 43
3.1.1. La CFE est positionnée sur l'ensemble de la chaîne de valeur de l'assurance santé internationale 43
3.1.2. La CFE dispose d'avantages concurrentiels liés à son statut d'organisme de sécurité sociale 44
3.1.3. Alors que le caractère atypique de la CFE la distingue de ses concurrents privés, ses offres couplées à une complémentaire apparaissent compétitives par rapport au prix des assurances au premier euro 44
3.1.4. À court terme, les relais de croissance via la diversification des clients collectifs apparaissent limités 49
3.1.5. À long terme, le développement de régimes obligatoires de sécurité sociale de plus en plus performants constitue un risque pour la CFE 50
3.2. La qualité de service, malgré des progrès, continue de présenter des faiblesses importantes, dans un contexte où elle constitue un critère prépondérant en particulier pour les clients collectifs 52
3.3. La politique de partenariats engagée par la CFE a permis d'améliorer la qualité de gestion et de service mais le pilotage de son coût apparaît perfectible 54
3.3.1. La CFE a développé une politique de partenariats conduisant à déléguer une partie de la gestion des assurés 54
3.3.2. Les partenaires de la CFE jouent un rôle opérationnel croissant et liquidaient en 2023 63 % des actes des assurés 56
3.3.3. Si la politique de partenariat a contribué à l'amélioration de la qualité de service de la CFE, son coût invite à négocier au plus juste la rémunération des partenaires 57

4. SI LA CATÉGORIE AIDÉE ET LES « CONTRATS EX » PÈSENT SUR L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA CFE, SON MODÈLE ÉCONOMIQUE EST EN PREMIER LIEU REMIS EN CAUSE PAR LA POSITION DÉFICITAIRE DE L'ENSEMBLE DES OFFRES INDIVIDUELLES 59

4.1. Le déficit structurel de l'ensemble des contrats individuels maladie n'est que partiellement compensé par les excédents réalisés sur les contrats collectifs et le risque AT-MP 59

4.1.1. L'ensemble des catégories d'assurés et des types de contrats présentent un déséquilibre financier, à l'exception des contrats collectifs, et plus marginalement des contrats Monde Expat, qui dégagent des excédents... 59

4.1.2. L'Océanie, l'Europe et l'Amérique du Nord présentent les portefeuilles les plus équilibrés tandis que les régions de résidence des bénéficiaires de la catégorie aidée se caractérisent par de forts déséquilibres 62

4.1.3. Les assurances AT-MP permettent de dégager des excédents importants de l'ordre de [-] par an, qui sont toutefois fragilisés par la baisse du nombre de contrats et une rentabilité qui s'érode 62

4.2. Le coût du dispositif de la catégorie aidée, dont le financement repose à 85 % sur les fonds propres de la CFE, a été multiplié par trois en raison d'une stagnation du tarif de cotisation et malgré des effectifs stables 63

4.2.1. Le dispositif de la catégorie aidée introduit une logique de solidarité, sous condition de ressources, dans l'offre de la CFE 63

4.2.2. La catégorie aidée représente environ 3 % des contrats individuels et fait l'objet d'une forte concentration géographique, dix pays regroupant 83 % des bénéficiaires 63

4.2.3. Le financement de la catégorie aidée repose à près de 85 % sur les fonds propres de la CFE 66

4.2.4. Le seuil d'éligibilité à la catégorie est déconnecté du niveau de vie des pays de résidence des bénéficiaires 68

4.2.5. Dans un contexte d'effectifs en très légère hausse, les dépenses de santé de la catégorie aidée sont restées stables depuis 2019 71

4.3. Les « contrats ex » ont engendré plus de 50 M€ de pertes cumulées entre 2020 et 2023 en raison d'un dispositif législatif mal calibré empêchant toute convergence tarifaire 72

4.3.1. Le dispositif des « contrats ex » visait à limiter les effets négatifs de la réforme de 2018 sur le portefeuille de clients existants de la CFE 72

4.3.2. L'attrition naturelle des effectifs des « contrats ex » n'a pas permis d'atténuer les effets de leur déséquilibre financier, qui atteint 12 M€ en 2023 73

4.4. L'action sanitaire et sociale est utilisée pour diminuer le reste à charge des demandeurs sans s'appuyer sur des critères et une doctrine d'octroi préétablis ...74

1. La Caisse des Français de l'étranger, qui propose des assurances volontaires aux expatriés, connaît une érosion régulière de sa base d'assurés dans un contexte de transformation de l'expatriation

1.1. Après une accélération dans un contexte de reprise post-crise financière mondiale de 2008-2009, le nombre de Français inscrits au registre connaît une stabilité depuis une dizaine d'années

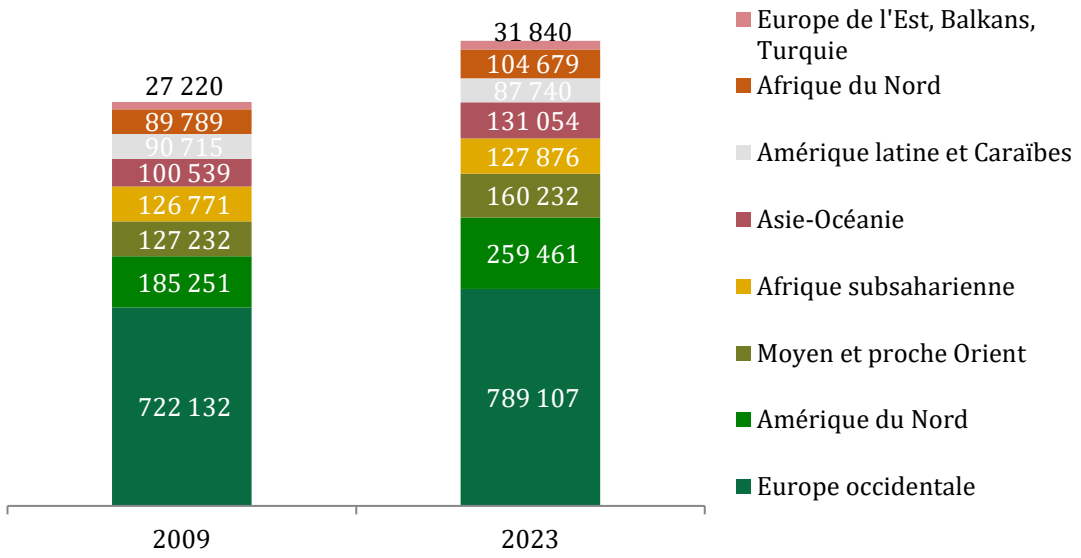
En 2023, 1,69 million de personnes étaient inscrites au registre des Français établis hors de France tenu par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE). Cela représente une progression du nombre d'inscrits de + 15 % par rapport à 2009, quand 1,47 million de Français étaient inscrits au registre.

La dynamique constatée depuis 2009 a toutefois connu un tassement ces dix dernières années. Le nombre d'inscrits au registre est ainsi quasi stable depuis 2014, celui-ci ne progressant que de +0,7 % sur la période. Un pic avait été atteint en 2017, avec 1,82 million de personnes inscrites. Un repli graduel avait ensuite été enregistré, s'accélérant à partir de 2020 en raison de la crise sanitaire, jusqu'à un point bas à 1,61 million en 2021.

Il convient de souligner que les Français inscrits au registre constituent un minorant du nombre total de Français résidant à l'étranger. En effet, l'inscription au registre n'étant pas obligatoire, certains Français ne s'inscrivent pas, par choix ou méconnaissance du dispositif, lors d'un séjour prolongé à l'étranger. Le MEAE estime, sur la base des flux de Français se rendant dans les consulats pour des démarches administratives, que le nombre d'expatriés français pourrait être de l'ordre du double du nombre de Français inscrits au registre consulaire, soit 2,5 à 3 millions de personnes.

L'évolution du nombre de Français inscrits au registre consulaire est hétérogène selon les zones géographiques et reflète les écarts relatifs de dynamisme économique (cf. graphique 1). L'Amérique du Nord est ainsi l'espace de plus fort dynamisme, avec une hausse du nombre d'inscrits de + 40 % entre 2009 et 2023, suivie par l'Asie-Océanie (+ 30 %) et le Proche et Moyen-Orient (+ 26 %). À l'inverse, l'Amérique Latine se distingue en étant la seule région ayant connu un repli du nombre de Français inscrits au registre (- 3 %). Le dynamisme des inscriptions est également inférieur à la moyenne mondiale en Afrique subsaharienne (+ 1 %) et en Europe occidentale (+ 9 %).

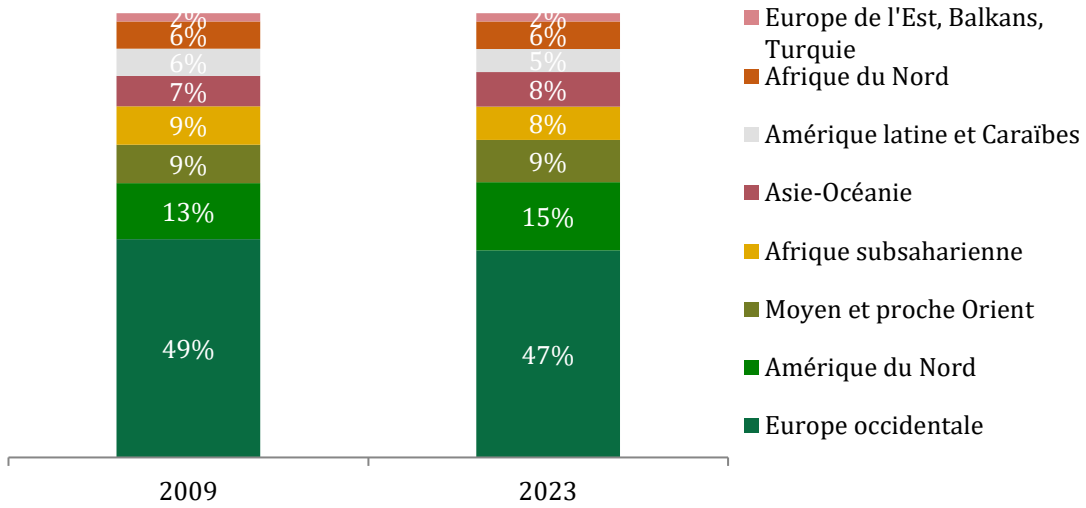
Graphique 1 : Nombre d'inscrits au registre des Français établis hors de France



Sources : rapport statistique 2018 du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss) ; Rapport 2024 du Gouvernement sur la situation des Français établis hors de France.

En 2023, près de la moitié (47 %) des personnes inscrites au registre des Français établis hors de France résidaient en Europe (cf. graphique 2). Six pays européens font ainsi partie des dix premiers pays de résidence des Français expatriés, la Suisse étant le premier pays d'accueil de résidents Français et le Royaume-Uni étant le troisième (cf. **tableau 1**). L'Amérique du Nord (États-Unis et Canada), est le second espace géographique de résidence des Français expatriés, avec 15 % des inscrits. Le Moyen-Orient et l'Afrique subsaharienne suivent, avec respectivement 9 % et 8 % des inscrits.

Graphique 2 : Évolution de la répartition géographique des personnes inscrites au registre des Français établis hors de France



Sources : rapport statistique 2018 du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss) ; Rapport 2024 du Gouvernement sur la situation des Français établis hors de France.

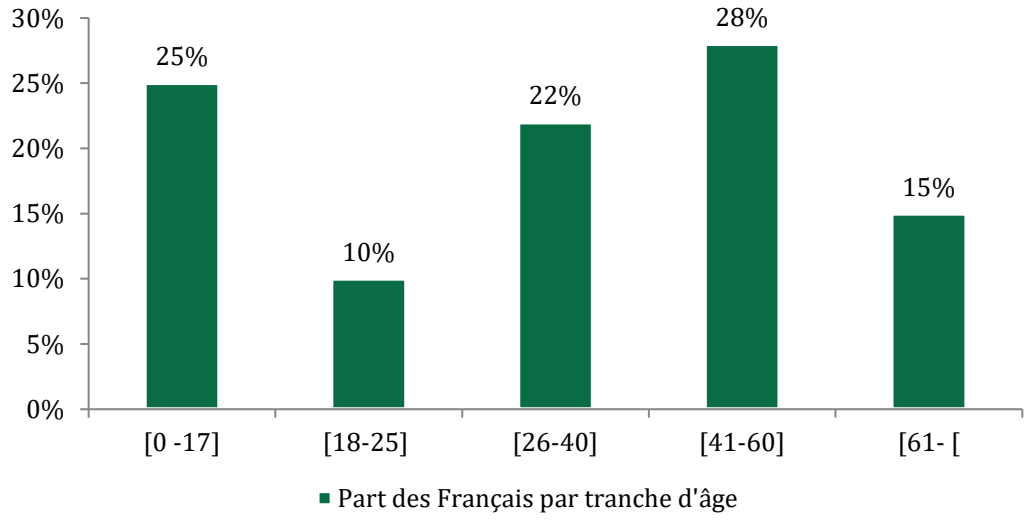
Tableau 1 : Dix premiers pays de résidence des Français établis hors de France inscrits au registre

Rang	Pays de résidence	Nombre d'inscrits	Évolution 2014-2023 (en %)
1	Suisse	169 166	+ 1 %
2	États-Unis	150 587	+ 11 %
3	Royaume-Uni	140 286	+ 11 %
4	Belgique	117 755	+ 0 %
5	Canada	108 874	+ 25 %
6	Allemagne	93 750	- 17 %
7	Espagne	81 831	- 10 %
8	Israël	65 137	+ 25 %
9	Maroc	53 562	+ 9 %
10	Italie	33 698	- 27 %

Source : Rapport statistique 2023 du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss).

Les Français inscrits au registre sont à parts égales des femmes et des hommes, principalement âgés entre 18 et 60 ans. Les femmes représentent ainsi 50,1 % des expatriés, contre 49,9 % pour les hommes. Les 18-60 ans représentent 60 % des expatriés, contre 15 % pour les plus de 60 ans et 25 % pour les moins de 18 ans (cf. graphique 3), suggérant que les expatriés sont principalement des actifs ou des étudiants. Parmi eux 68,2 % ont uniquement la nationalité française tandis que 31,8 % sont des binationaux disposant également de la nationalité de leur pays de résidence.

Graphique 3 : Structure par âge des Français de l'étranger inscrits au registre (2023)



Source : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, rapport du gouvernement sur la situation des Français établis hors de France (2024).

1.2. La CFE, qui propose des assurances volontaires aux Français résidant à l'étranger, constitue un organisme unique par ses missions et fondé sur un principe d'équilibre entre cotisations et prestations

La Caisse des Français de l'étranger (CFE) est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public créé en 1978[1] sous la dénomination de « Caisse des expatriés » puis transformée en Caisse des Français de l'étranger en 1984, dont la mission est de gérer des assurances volontaires des assurés résidant à l'étranger pour les risques maladie et maternité, accident du travail et maladie professionnelle (AT/MP) et vieillesse. Sa création, dans une période de généralisation de la sécurité sociale, s'inscrivait en particulier dans le contexte d'internationalisation des grandes entreprises françaises et de déploiement de leurs salariés à l'étranger pour plusieurs années dans le cadre de contrats d'expatriation.

Outre la couverture des soins reçus à l'étranger, la CFE assure la continuité de la couverture des soins avec la France. Ainsi, lors de leurs séjours en France, les assurés bénéficient d'un remboursement des soins selon les mêmes principes que l'assurance maladie. Depuis 2018[2], les assurés de la CFE disposent en outre d'une carte Vitale qui leur permet de bénéficier du règlement dématérialisé des soins reçus en France et dans certains cas du tiers payant (hospitalisation).

Pour le risque vieillesse, la CFE recouvre pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) les cotisations de ses adhérents mais ne verse pas de pension. Elle offre ainsi l'opportunité aux expatriés de continuer de cotiser à la CNAV pendant la durée de leur expatriation, en validant ainsi des trimestres de cotisation, et des salaires reportés au compte de l'assuré, pris en compte dans le calcul du salaire moyen des 25 meilleures années, sans devoir passer par la procédure, plus onéreuse, de rachat de trimestres lors du retour en France.

Le modèle économique de la CFE repose sur la couverture par les cotisations perçues des assurés, au titre d'une adhésion qui demeure facultative, des prestations règlementées qui sont versées. Elle doit ainsi équilibrer le coût des prestations versées au titre des risques maladie-maternité, accidents du travail et maladies professionnelles par les cotisations perçues (les cotisations collectées au titre de l'assurance vieillesse sont comptabilisées sur des comptes de tiers et n'impactent donc pas le compte de résultat de la CFE, cette dernière ne jouant qu'un rôle de collecteur entre la CNAV et les cotisants), conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale qui lui imposent un équilibre entre recettes et dépenses[3]. Pour cela, la CFE ajuste sa tarification et son niveau de prise en charge des soins[4]. Elle ne peut en revanche équilibrer son modèle en ajustant le profil ou le nombre des assurés dans la mesure où tous les Français expatriés ont le droit d'adhérer à la CFE[5], tout comme ils ont le droit résilier cette adhésion. La CFE ne peut donc ajuster son niveau de risque en faisant preuve de sélectivité dans le choix de ses adhérents. En outre, elle subit, notamment à la baisse, le nombre de ses assurés, en particulier ceux relevant de contrats collectifs.

---

[1] Loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 portant diverses mesures relatives à l'amélioration de la protection sociale des Français de l'étranger.

[2] Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

[3] Article R. 766-57 du code de la sécurité sociale.

[4] Le niveau de prise en charge ne peut être ajusté pour les soins qui sont réalisés en France, ce qui représente 48 % des dépenses totales d'assurance maladie prises en charge par la CFE en 2023.

[5] Articles L. 762-1 et R. 762-1 du code de la sécurité sociale.

La CFE ne reçoit pas de subventions, hormis pour le soutien à la catégorie aidée d'adhérents, dont les ressources sont inférieures à la moitié du plafond de la sécurité sociale (cf. section 4.2). Une dotation du programme 151 « Français à l'étranger et affaires consulaires », relevant du ministère de l'Europe et des affaires étrangères, contribue au financement partiel des cotisations des 2 173 adhérents relevant de cette catégorie, pour un montant, en 2024, de 700 000 (dont 380 000 € en loi de finances initiale et 320 000 € supplémentaires en cours d'exécution)[6]. Cette subvention est toutefois inférieure au coût total du dispositif de soutien à la catégorie aidée (qui s'élevait à 4,9 M€ en 2024).

1.3. Le nombre d'adhérents à la CFE, qui se concentrent en Afrique subsaharienne et en Asie et sur des tranches d'âge élevées, connaît une érosion régulière depuis 2019, en raison d'un repli de - 25 % des adhérents collectifs

1.3.1. La baisse du nombre d'assurés à la CFE, tirée par le déclin des contrats collectifs et qui s'est accélérée avec la crise du Covid-19, a atteint - 6 % en 2024 par rapport à 2019

Le nombre d'adhérents de la CFE a progressé entre 2010 et 2019, jusqu'à l'atteinte d'un point d'inflexion depuis lequel le portefeuille connaît une érosion régulière (cf. graphique 4).

En effet, alors que le nombre d'adhérents à la CFE avait enregistré une progression de + 10 % entre 2010 et 2019, celui-ci s'inscrit en repli de – 6 % entre 2019 et 2024. Un pic à 109 930 était atteint en 2019, lequel a reflué depuis pour atteindre 103 229 adhérents en 2024. Sur l'ensemble de la période 2010-2024, le portefeuille a néanmoins gagné néanmoins des adhérents, avec une hausse de + 3 %.

La tendance des adhésions en contrat individuel et contrat collectif connaissent toutefois des dynamiques inverses.

Les adhérents individuels ont connu une croissance significative de + 29 % entre 2010 et 2024. Celle-ci était particulièrement forte jusqu'en 2019, à + 34 %. Si la crise du Covid-19 a constitué une rupture de tendance, celle-ci est néanmoins restée positive, le nombre d'adhérents individuels progressant de + 4 % depuis 2019.

Inversement, le nombre d'adhérents collectifs a connu un net repli, de – 28 %, entre 2010 et 2024. Si cette baisse était relativement contenue entre 2010 et 2019 (- 6 % de baisse des adhérents sur la période), elle s'est brutalement accélérée après 2019, conduisant à un recul de – 24 % du nombre d'adhérents collectifs, qui passaient ainsi de 39 307 adhérents en 2019 à 29 518 adhérents en 2024.

Les bénéficiaires, qui incluent les titulaires du contrat et leurs ayants-droits dans le cadre de la couverture maladie, enregistrent quant à eux une baisse de - 2 % entre 2010 et 2024, quand le nombre d'adhérents, quant à lui, progressait. Le recul du nombre de bénéficiaires est le fait de la baisse des bénéficiaires collectifs (- 28 %), qui fait plus que compenser la progression du nombre de bénéficiaires individuels (+ 22 %).

[6] Projet annuel de performance du programme 151 pour l'exercice 2024. Le nombre d'adhérents au dispositif aidé correspond à l'année 2022.

L'évolution générale des adhérents et bénéficiaires est principalement tirée par celle des effectifs des assurés au titre du risque maladie (cf. tableau 2) Ce risque représente en effet [-] des adhérents à la CFE et [-] des bénéficiaires. Or, le nombre d'adhérents et de bénéficiaires au titre du risque maladie diminue respectivement de [-] et [-] entre 2019 et 2024. Cette tendance à la baisse est tirée par le fort recul des contrats collectifs ([-] d'adhérents et [-] de bénéficiaires). La progression enregistrée sur les contrats individuels ([-] d'adhérents et [-] de bénéficiaires) ne compense que partiellement la tendance générale.

Les risques accidents du travail et maladies professionnelles d'une part, et vieillesse d'autre part, connaissent également des dynamiques baissières. Entre 2019 et 2024, le nombre d'adhérents s'inscrit ainsi en repli de [-] et [-], respectivement.

L'analyse sur une période plus longue (2010-2024) confirme certaines des tendances observées depuis 2019 :

- le recul des contrats collectifs pour le risque maladie était amorcé depuis 2014, année où un pic de [-] adhérents a été atteint ;
- la progression des contrats individuels pour le risque maladie est une tendance constante depuis 2010 ;
- l'année 2014 marque également le début du déclin du nombre d'adhérents pour les contrats AT-MP et les contrats d'assurance vieillesse.

L'évolution différenciée entre adhérents et bénéficiaires pourrait être la traduction d'une évolution dans les formes d'expatriation. En effet, les entretiens conduits par la mission, ont mis en lumière que l'expatriation concerne davantage qu'auparavant des individus isolés (salariés, autoentrepreneurs, inactifs) et moins souvent des familles. Il en résulte notamment une diminution du nombre d'ayants-droits couverts par l'assurance maladie-maternité de la CFE, expliquant que le nombre de bénéficiaires ait diminué plus rapidement que le nombre d'adhérents.

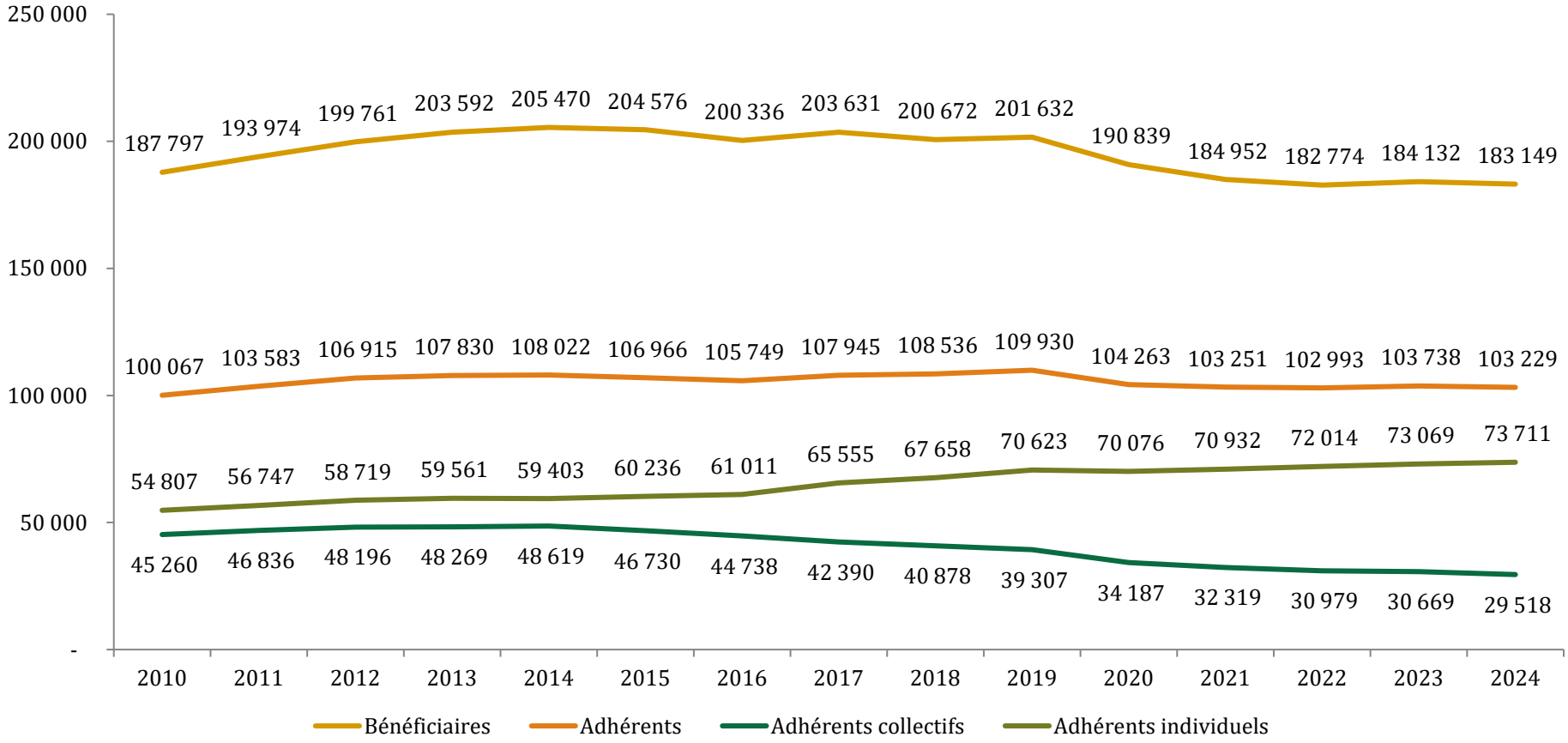
L'analyse depuis 2018 du taux d'attrition par catégorie d'assuré permet d'observer plusieurs tendances (cf. tableau 3)[7]**.** Plusieurs constats découlent de cette analyse (un taux d'attrition positif indiquant une perte d'adhérents et un taux négatif un gain d'adhérents) :

- la crise du Covid-19 s'est traduite par une hausse importante du taux d'attrition, qui s'est maintenu à des niveaux élevés en 2020 et 2021 ;
- les taux d'attrition les plus importants s'observent pour les contrats collectifs et pour les bénéficiaires (par rapport aux adhérents) ;
- si le taux d'attrition avait été contenu en 2023, il se dégrade toutefois à nouveau en 2024.

La crise du Covid-19 a ainsi marqué un tournant dans l'activité de la CFE. L'accélération des pertes sur les contrats collectifs n'a donné lieu à aucun rattrapage une fois la crise passée, suggérant une évolution structurelle des comportements des entreprises en matière d'expatriation. La poursuite de la diminution des bénéficiaires, plus rapide que celle des adhérents, confirme une évolution des structures de l'expatriation, plus souvent individuelle que par le passé.

[7] Le taux d'attrition, calculé comme le quotient entre, au numérateur, la différence du nombre d'adhérents en début de période et en fin de période et, au dénominateur, le nombre d'adhérents en début de période, permet de rendre compte du rythme annuel de perte de clients (un taux négatif indiquant un gain de clients).

Graphique 4 : Évolution des adhérents et bénéficiaires de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger.

Tableau 2 : Évolution des adhérents et bénéficiaires par type de risque couvert

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Caisse des Français de l'étranger. Légende : N.D.=non disponible ; Évol=évolution ; TCAM=taux de croissance annuel moyen.

Tableau 3 : Évolution du taux d'attrition des assurés à la CFE

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Mission. Note : un taux négatif (surligné vert) indique un gain de clients, un taux positif (surligné rouge) indique une perte de clients.

1.3.2. La répartition géographique des assurés de la CFE, concentrée en Afrique subsaharienne, en Asie et en Europe occidentale, n'est pas homothétique à celle de l'ensemble des Français à l'étranger

En 2024, les assurés aux offres de la CFE résident en premier lieu dans des pays d'Afrique subsaharienne, suivis par l'Asie et l'Europe occidentale (cf. graphique 4).

L'Afrique subsaharienne concentre ainsi 22 %, 28 % et 24 % des contrats souscrits auprès de la CFE pour les risques santé, accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse, respectivement. En Asie, les parts de ces différents risques atteignent respectivement 17 %, 19 % et 19 % du total des contrats. Enfin, en Europe occidentale, elles atteignent 17 %, 13 % et 14 %.

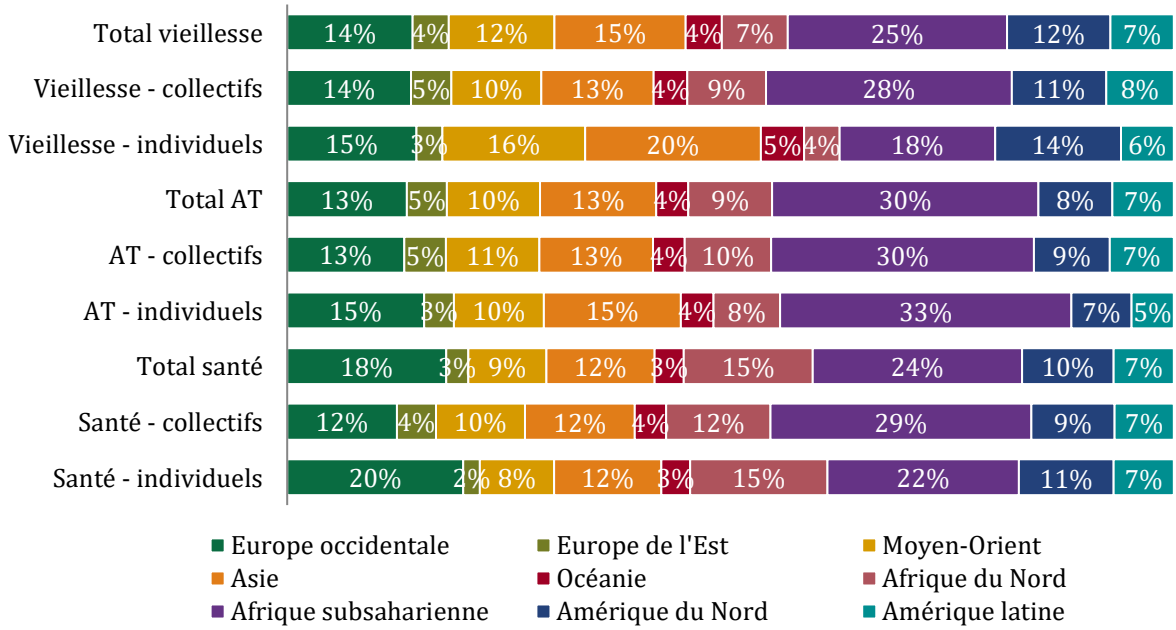
La répartition des assurés entre les zones géographiques en 2024 est dans l'ensemble similaire selon que l'on analyse séparément ou non les contrats individuels et les contrats collectifs. Quelques écarts peuvent toutefois être soulignés :

- les contrats collectifs santé sont plus concentrés en Afrique subsaharienne, par rapport aux contrats individuels (28 % vs. 20 %). Inversement, leur part en Europe occidentale est plus faible que celle des contrats individuels (12 % vs. 19 %) ;
- les contrats collectifs vieillesse sont plus concentrés en Afrique (Afrique subsaharienne et Afrique du Nord), par rapport aux contrats individuels (34 % vs. 21 %). Les contrats individuels sont en revanche davantage représentés en Asie (23 % vs. 17 % pour les contrats collectifs).

Dans les deux cas, le poids important de l'Afrique dans les contrats collectifs peut s'expliquer par un recours à l'expatriation plus important en Afrique que dans des zones géographiques où les compétences disponibles localement permettent d'envisager le recrutement en contrat local.

Dans le premier cas, les écarts observés peuvent également traduire une plus grande dépendance des clients collectifs aux offres de la CFE en Afrique (systèmes locaux de sécurité sociale limités, offre d'assurance privée encore réduite dans ces géographies, pris en charge des soins en France possible, permettant de pallier, en tant que de besoin, les insuffisances des systèmes de santé locaux), à l'inverse de l'Europe occidentale, où des systèmes de sécurité sociale obligatoire et l'abondance de l'offre privée rendent une adhésion à la CFE moins pertinente ou compétitive (en effet, si l'Europe occidentale présente un nombre important de contrats avec la CFE en valeur absolue, cette situation est due au nombre important de résidents français dans cette région et non à la pénétration des offres de la CFE parmi cette population, qui est singulièrement faible – cf. *infra*). À cet égard, l'indice universel de couverture des systèmes de santé suivi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre des objectifs de développement durable de l'Organisation des nations unies (ONU), qui est un indicateur synthétique rendant compte de la couverture de la population par des services de santé de base, est plus faible en Afrique que dans l'ensemble des autres régions du monde (l'indice s'élève à 47 en 2021, contre 68 en moyenne dans le monde) traduisant un développement plus limité des systèmes locaux de couverture santé (cf. 3.1.4).

Graphique 5 : Répartition par zone géographique des assurés de la CFE (2024)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

Les principaux pays (« top 5 ») de résidence des assurés à la CFE par le nombre de contrats sont similaires pour l'ensemble des risques couverts, qu'il s'agisse de contrats individuels ou collectifs (cf. tableau 4). Ils présentent une forte hétérogénéité en termes de niveau de richesse et de coût des soins : [-] et [-] sont ainsi parmi les premiers pays de résidence des assurés de la CFE, avec des niveaux de richesse et de coût des soins élevés (zone 5), au même titre que [-] ou [-], qui se trouvent dans la situation inverse (zone 1). Ces pays sont des pays de forte présence des Français à l'étranger, ce qui contribue à expliquer le nombre important, en valeur absolue, de contrats de la CFE.

Tableau 4 : Principaux pays par le nombre de contrats auprès de la CFE (2024)

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Caisse des Français de l'étranger. Légende : AT=accidents du travail.

La répartition géographique des assurés de la CFE n'est toutefois pas homothétique à celle de l'ensemble des Français à l'étranger. En effet, alors que l'Europe occidentale accueille 47 % de l'ensemble des Français à l'étranger (cf. 1.1), cette zone géographique ne concerne que de 13 % à 17 % (selon le risque couvert) des assurés de la CFE. De même, 15 % des Français à l'étranger résident en Amérique du Nord, alors qu'ils sont entre 8 % et 11 % parmi les assurés de la CFE. Inversement, seuls 8 % des Français à l'étranger résident en Afrique subsaharienne, contre entre 22 % et 28 % s'agissant des assurés de la CFE.

Il résulte de ce décalage une variabilité importante des « taux de pénétration » d'un pays à l'autre[8]**.** Ainsi, le taux de pénétration de l'assurance santé de la CFE dépasse 20 % dans plusieurs pays, dont certains accueillent une communauté française importante (par exemple [-] ou [-]) (cf. tableau 5). En revanche, dans d'autres pays, principalement en Europe, le taux de pénétration est très faible (de l'ordre de 1 %, par exemple [-], [-] ou [-], où le besoin de recourir à une assurance de la CFE pour la couverture santé en plus de l'offre du régime obligatoire local n'est pas établi).

Tableau 5 : Taux de pénétration de l'offre d'assurance santé de la CFE – dix taux les plus élevés et les moins élevés (2023)

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Caisse des Français de l'étranger.

1.3.3. Le portefeuille de bénéficiaires contient 54 % d'hommes pour 46 % de femmes et est déformé vers les tranches d'âge élevées par rapport à la population des Français inscrits au registre

Les bénéficiaires relevant de la CFE sont à 54 % des hommes et à 46 % des femmes. Cette répartition est moins équilibrée que pour les Français inscrits au registre.

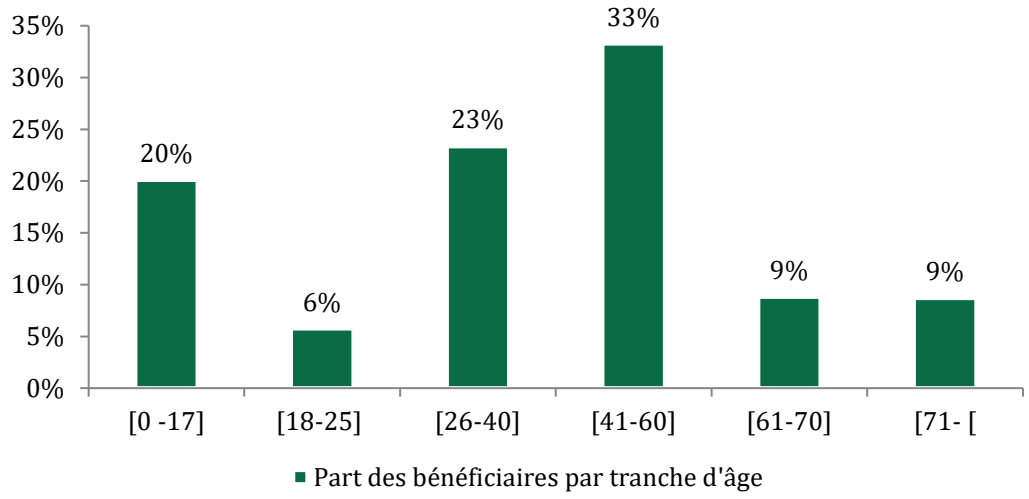
En matière d'âge, la distribution des bénéficiaires de la CFE entre tranches d'âge est déformée vers les âges plus élevés par rapport à celle des Français inscrits au registre (cf. graphique 6). En effet, alors que 43 % des Français inscrits au registre ont plus de 41 ans, c'est le cas de 51 % des bénéficiaires de la CFE. De même, 15 % des Français inscrits au registre ont plus de 61 ans contre 18 % pour les bénéficiaires de la CFE. Inversement, les moins de 25 ans représentent 35 % des Français inscrits au registre contre 26 % des bénéficiaires de la CFE.

La pyramide des âges légèrement déformée par rapport à celle des Français inscrits au registre pourrait traduire un phénomène d'antisélection pour certaines catégories d'assurés. Les assurés âgés, dont les dépenses de santé sont élevées, adhèrent à la CFE à défaut de pouvoir souscrire une offre privée (en particulier pour ceux dont l'âge dépasse, pour certains assureurs privés, l'âge d'assurabilité). Il en résulte une pondération plus importante des assurés âgés dans le portefeuille de la CFE.

L'analyse de la pyramide des âges en fonction du sexe des assurés révèle une proportion plus importante d'hommes aux âges les plus élevés. Les hommes de plus de 41 ans représentent ainsi 29 % des assurés, contre 21 % pour les femmes, et ceux de plus de 61 ans représentent 10 % des assurés contre 7 % pour les femmes. En-deçà de 40 ans, la représentation des femmes et des hommes dans les différentes tranches d'âge est en revanche équilibrée (cf. graphique 7).

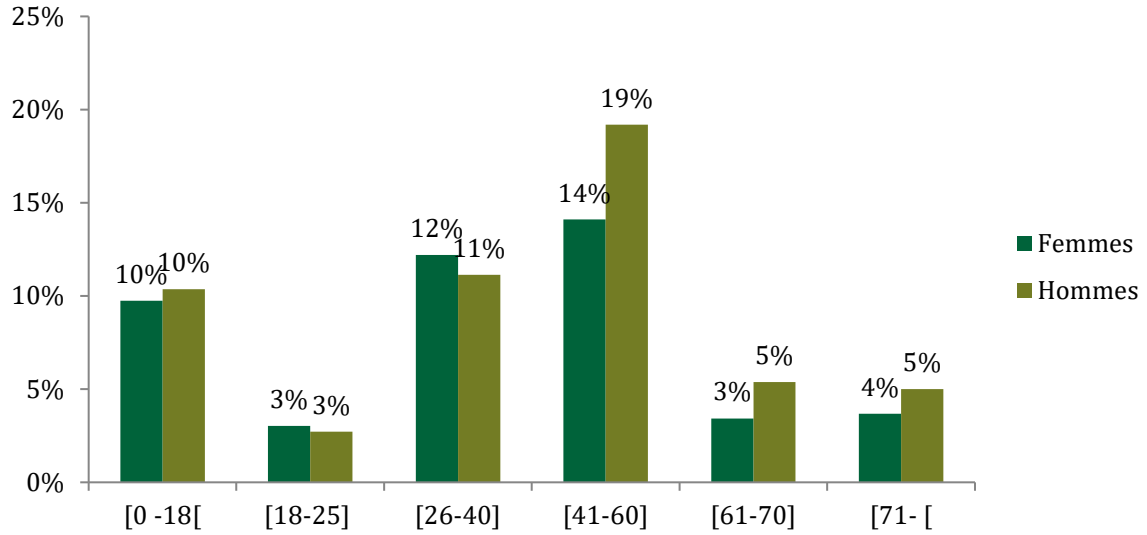
[8] La CFE désigne par taux de pénétration le rapport entre le nombre de contrats dans un pays donné et la population des Français inscrits au registre dans ce même pays, afin de rendre compte de la pénétration des offres de la CFE au sein de la population française expatriée.

Graphique 6 : Pyramide des âges des bénéficiaires relevant de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger. Données au 28 février 2025.

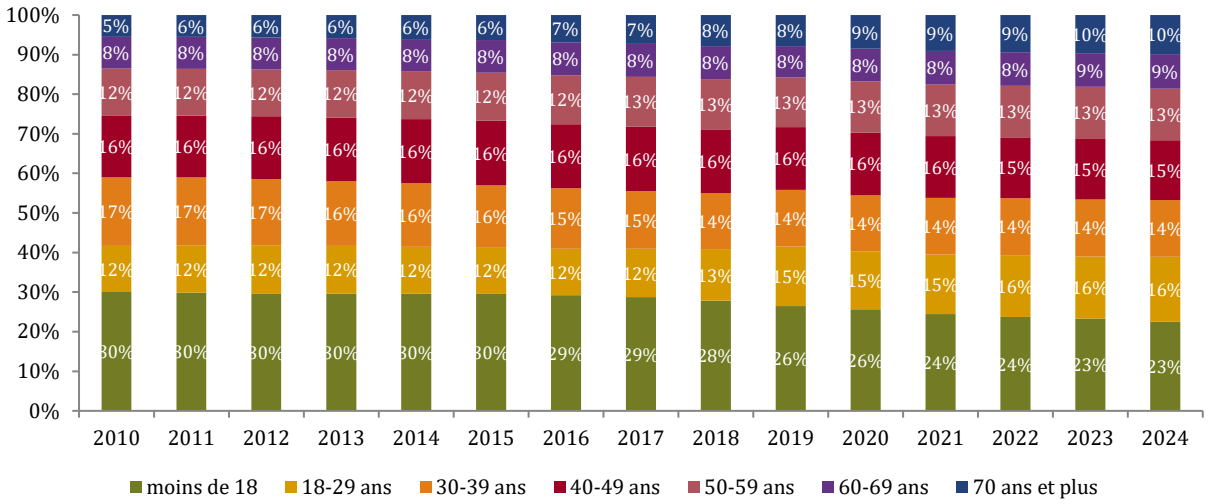
Graphique 7 : Pyramide des âges selon le sexe des bénéficiaires relevant de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger. Données au 28 février 2025.

L'analyse de l'évolution dans le temps de la pyramide des âges des assurés de la CFE confirme un phénomène de vieillissement du portefeuille des assurés (cf. graphique 8). La part des plus de 60 ans est en effet passée de 13 % du total des bénéficiaires en 2010 à 19 % en 2024. La part des 18-29 ans a également augmenté, passant de 12 % à 16 %, en lien avec l'augmentation de la mobilité étudiante à l'étranger. En revanche, les moins de 18 ans, correspondant aux ayants-droits d'assurés adultes, qui représentaient 30 % des bénéficiaires en 2010, ne représentent plus que 22 % du total en 2024 : cette baisse plus importante que celle des catégories d'âge « actives » (la part des 30-59 ans étant passée de 45 % à 42 % sur la période) peut suggérer que les départs en famille sont devenus moins fréquents que dans le passé.

Graphique 8 : Évolution dans le temps de la pyramide des âges des assurés maladie-maternité de la CFE (en pourcentage des bénéficiaires)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

1.3.4. Le déclin des contrats collectifs s'explique par la diminution des « grands comptes », en particulier dans le secteur privé, et la diminution du nombre moyen de contrats souscrits par entreprise

Les contrats collectifs, souscrits par des entreprises mandataires pour le compte de leurs salariés, ont connu une érosion de - 30 % (en termes d'adhérents) entre 2017 et 2024. Le nombre d'adhérents est ainsi passé de 32 166 à 22 458 sur cette période.

Cette érosion procède en particulier d'une diminution pour chaque entreprise mandataire du nombre de salariés couverts.

L'analyse des 40 premières entreprises clientes de la CFE en 2020 et en 2025, par le nombre de contrats (tous risques confondus), révèle une pénétration importante des grandes entreprises françaises par la CFE. Les principales entreprises françaises ayant une activité importante à l'international sont en effet clientes de la CFE au titre d'un ou plusieurs risques.

Néanmoins, le nombre moyen de contrats de chaque entreprise cliente de la CFE, parmi l'échantillon de grands comptes mentionné *supra*, a diminué (cf. graphique 9 et graphique 10). Alors que le nombre moyen de contrats des principales entreprises mandataires était de 1 259 contrats en 2020, celui-ci a enregistré un repli pour atteindre 957 contrats en 2025. Cette évolution est en particulier tirée par la baisse du nombre de contrats pour le risque maladie, dont le nombre moyen par entreprise diminue de - 28 % contre - 24 % pour l'ensemble des contrats, tous risques confondus.

Ce recul du nombre moyen de contrats n'est pas homogène. Certaines entreprises ont par exemple pu mettre fin à leur couverture maladie à la CFE pour privilégier un autre assureur, entraînant un repli immédiat d'un nombre important de contrats **[Confidentiel – Secret des affaires]**, quand pour d'autres, l'érosion du nombre de contrats est liée à la diminution graduelle du nombre de salariés expatriés.

Annexe II

Graphique 9 : Évolution des contrats des principales entreprises clientes de la CFE (2020-2025)

[Confidentiel – Secret des affaires]

*Source : Caisse des Français de l'étranger. Note de lecture : **[Confidentiel – Secret des affaires]**.*

Graphique 10 : Évolution des contrats des principales entités publiques ou associatives clientes de la CFE (2020-2025)

[Confidentiel – Secret des affaires]

*Source : Caisse des Français de l'étranger. Note de lecture : **[Confidentiel – Secret des affaires]**.*

Le portefeuille de contrats collectifs présente une proportion d'entreprises du secteur privé en diminution. Alors que celles-ci représentaient 65 % du total des contrats collectifs en 2020, leur part est passée à 58 % en 2025. Inversement, les organismes publics **[Confidentiel – Secret des affaires]** et associatifs ont vu leur part progresser de 35 % à 42 % sur la période (cf. graphique 11). Une telle évolution peut être une source de fragilité pour la CFE, dans la mesure où les entités publiques ou associatives sont davantage sensibles au prix que les entreprises privées et pourraient ajuster à la baisse leur nombre de contrats en cas de hausses de tarifs ou de diminution de leurs propres ressources.

Graphique 11 : Répartition entre secteur privé et secteur public/associatif des contrats des principaux clients collectifs de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger.

Dans le contexte d'attrition des effectifs des adhérents collectifs, la CFE a mis en place une équipe dédiée à la prospection et à la gestion des « grands comptes ». L'objectif de cette équipe est d'acquérir de nouveaux clients et d'améliorer le service dont bénéficient les adhérents collectifs les plus importants :

- la cellule entreprise est ainsi chargée de la prospection des adhérents collectifs ;
- la cellule gestion de la relation client met des interlocuteurs dédiés (contacts e-mail et téléphoniques) à disposition des entreprises qui expatrient plus de 50 salariés.

La mission a toutefois constaté dans ses échanges avec des entreprises clientes de la CFE que le fonctionnement de la cellule « grands comptes » était perfectible. Des clients importants de la CFE ont ainsi indiqué ne pas avoir d'interlocuteur dédié auprès de la caisse ou, s'ils disposaient d'une adresse e-mail nominative de contact, ne disposaient pas de ligne téléphonique dédiée et devaient passer par le même standard que les autres adhérents.

2. L'offre de la CFE propose un niveau de prestations harmonisé dans tous les pays, adossé à des cotisations en rattrapage tarifaire après des années de relative stagnation

2.1. L'offre de la CFE, fondée sur le barème de prestations de la sécurité sociale, a été simplifiée par la réforme de 2018 afin d'en améliorer la lisibilité commerciale

2.1.1. L'offre de la CFE est structurée autour de chacun des risques couverts et de la distinction entre adhésion individuelle et collective

Afin de tenir compte de l'évolution des formes de l'expatriation et dans un contexte de fragilisation du modèle économique de la CFE, la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 a mis en œuvre un renouvellement de l'offre de l'organisme.

La grille de remboursement de la CFE a ainsi été simplifiée. Les remboursements sont calculés pour certains soins sur une base forfaitaire (par exemple la maternité, les consultations médicales ou les dépenses d'optique), à partir des plafonds de remboursement de la sécurité sociale ou sur la base d'un pourcentage du coût réel des soins (par exemple pour les dépenses de pharmacie ou d'hospitalisation). Ces pourcentages de remboursement sont modulés en fonction du pays de résidence sur la base de cinq zones géographiques. Des taux différenciés de remboursement des coûts réels des soins sont appliqués dans chacune des zones pour certaines prestations et sont calculés de façon à ce que le montant remboursé soit, en moyenne dans chaque zone, similaire à celui qui serait acquitté en France pour les mêmes soins, selon une logique d'harmonisation des prestations.

L'offre et le barème de cotisation ont également été simplifiés. Dans les offres d'adhésion individuelle, les revenus des assurés ne sont ainsi plus pris en compte dans le calcul du montant des cotisations de l'assurance maladie et maternité, afin notamment de réduire le risque de fraude. La tarification repose désormais sur l'âge, la composition de la famille et le statut professionnel de l'assuré (salarié ou inactif). Les revenus continuent toutefois d'être pris en compte dans les contrats collectifs négociés avec les entreprises pour le compte de leurs salariés expatriés.

L'offre de la CFE se décline en fonction des risques couverts, des publics visés et de certains territoires pour lesquelles des offres dédiées ont été développées (cf. tableau 6 et tableau 7).

S'agissant des adhérents individuels, des formules de couverture santé s'adressent ainsi aux jeunes (Jeune Expat Santé), aux plus de 30 ans (Monde Expat Santé) et aux retraités d'un régime de sécurité sociale français (Retraite Expat Santé). Une formule couvrant uniquement les soins réalisés en France lors de courts séjours est également proposée (France Expat Santé). Des formules spécifiques pour les expatriés séjournant au Brésil et aux Émirats arabes unis complètent l'offre d'assurance santé (l'offre au Brésil ayant toutefois été arrêtée en 2025 en raison d'un échec commercial). À ces offres d'assurance santé s'ajoutent une formule d'assurance retraite, de couverture des accidents du travail et maladies professionnelles et des assurances complémentaires en partenariat avec d'autres sociétés d'assurance, selon des formats présentant des niveaux d'intégration variables.

Tableau 6 : Offres d'assurance santé de la CFE à destination des adhérents individuels

Offre d'assurance santé	Modalités de l'offre
Jeune Expat Santé	▪ Offre réservée aux moins de 30 ans ▪ Pour les salariés, offre combinable avec une offre d'indemnités journalières (arrêt de travail et maladie non professionnelle, congés maternité et paternité, invalidité, capital décès) ▪ Offre combinable avec une assistance médicale internationale assurée par un partenaire (VYV)
Monde Expat Santé	▪ Offre réservée aux actifs plus de 30 ans ▪ Pour les salariés, offre combinable avec une offre d'indemnités journalières (arrêt de travail et maladie non professionnelle, congés maternité et paternité, invalidité, capital décès) ▪ Offre combinable avec une assistance médicale internationale assurée par un partenaire (VYV)
Retraite Expat Santé	▪ Offre ouverte aux retraités d'un régime de sécurité sociale français, pour les seuls soins réalisés à l'étranger (la couverture en France étant assurée par le statut de retraité)

Offre d'assurance santé	Modalités de l'offre
France Expat Santé	▪ Offre permettant la couverture des soins réalisés en France lors de courts ou longs séjours mais ne couvrant pas les soins réalisés à l'étranger ▪ Pour les salariés, offre combinable avec une offre d'indemnités journalières (arrêt de travail et maladie non professionnelle, congés maternité et paternité, invalidité, capital décès)
Intégral Expat Santé	▪ Offre ouverte aux Français expatriés au Brésil proposant une prise en charge à 100 % des frais réels de santé ▪ Produit établi en partenariat avec l'assureur VYV combinant l'assurance santé de base de la CFE et l'assurance santé complémentaire de VYV ▪ Cette offre a été abandonnée au bout d'un an en raison de son échec commercial
Emirat Expat Santé	▪ Offre ouverte aux Français expatriés aux Émirats arabes unis proposant une prise en charge jusqu'à 100 % des frais réels de santé ▪ Produit établi en partenariat avec l'assureur Assurance Santé Monde dans le cadre d'une offre intégrée (la grille de remboursement d'Assurance Santé Monde intégrant les garanties de la CFE)

Source : Caisse des Français de l'étranger.

Tableau 7 : Offres d'assurance retraite, AT/MP et d'assurance maladie complémentaire de la CFE à destination des adhérents individuels

Offre	Modalités de l'offre
Assurance retraite	▪ Offre ouverte aux salariés Français à l'étranger ou aux inactifs affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale français pendant au moins six mois avant l'expatriation ▪ Les cotisations payées à la CFE sont reversées à la CNAV
Assurance risques professionnels (AT/MP)	▪ Offre ouverte aux salariés, indemnisant les situations d'incapacité de travail temporaires ou permanentes liées à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles
Assurance complémentaire	▪ Offre complémentaire proposée en partenariat avec des assurances tierces ▪ Offres intégrées « tout en un » : adhésion, contrat et remboursement unique (en partenariat avec Malakoff Humanis et Henner) ▪ Offres harmonisées : accords de gestion avec des complémentaires proposant un remboursement unique pour l'assuré (en partenariat avec dix-neuf organismes) ▪ Offres vérifiées : procédures de gestion des partenaires vérifiées par la CFE (en partenariat avec quatre organismes)

Source : Caisse des Français de l'étranger.

Les entreprises, assurant leurs salariés avec des contrats collectifs, bénéficient d'une offre spécifique. Comparable sur le fond à celle proposée aux adhérents individuels, celle-ci est toutefois simplifiée et structurée autour de trois assurances (cf. tableau 8). Elle comprend une assurance santé, une assurance retraite et une assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Ces assurances sont ouvertes quel que soit le nombre de salariés de l'entreprise.

Tableau 8 : Offres d'assurances de la CFE à destination des adhérents collectifs

Offre	Modalités de l'offre
Assurance santé	▪ Offre ouverte aux employeurs pour le compte de leurs salariés, quelle que soit la taille de l'entreprise et le nombre de salariés expatriés à assurer ▪ La couverture porte sur les soins reçus à l'étranger et en France ▪ Offre combinable avec une offre d'indemnités journalières (arrêt de travail et maladie non professionnelle, congés maternité et paternité, invalidité, capital décès)
Assurance retraite	▪ Offre ouverte aux employeurs pour le compte de leurs salariés expatriés ▪ Les cotisations payées à la CFE sont reversées à la CNAV ▪ Permet, le cas échéant, aux employeurs de respecter les obligations conventionnelles de traitement équitable des salariés à l'étranger et en France ▪ La CFE propose également une formule combinée avec une retraite complémentaire dans le cadre d'un partenariat avec Humanis (formule Expat'CFE Humanis)
Assurance risques professionnels (AT/MP)	▪ Offre ouverte aux employeurs pour le compte de leurs salariés, quelle que soit la taille de l'entreprise et le nombre de salariés expatriés à assurer ▪ Offre indemnisant les situations d'incapacité de travail temporaires ou permanentes liées à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles

Source : Caisse des Français de l'étranger.

2.1.2. Le niveau de couverture santé, fondé sur le barème de remboursement de la sécurité sociale, est harmonisé dans tous les pays de résidence

La couverture du risque maladie proposée par la CFE a été élaborée en référence au niveau de prestation offert en France par la sécurité sociale. L'article L. 762-6-1 du code de la sécurité sociale énonce ainsi que « *les soins dispensés à l'étranger […] ouvrent droit à des prestations servies, sur la base des dépenses réellement exposées, dans la limite d'un taux de prise en charge ou d'un forfait, déterminé par pays et par type de soins, par référence aux tarifs appliqués en France pour des soins analogues* ».

L'arrêté du 25 juin 2019 fixe les prestations servies aux adhérents volontaires de la CFE pour les soins dispensés à l'étranger en application de l'article L. 762-6-1 du code de la sécurité sociale. Il détermine, en se basant sur des référentiels de prise en charge applicables à la sécurité sociale française, des forfaits de remboursement, en distinguant plusieurs catégories de soins :

- l'hospitalisation ;
- les frais médicaux (consultations en médecine de ville, pharmacie, actes techniques médicaux, fournitures et appareillages, soins infirmiers, rééducation, biologie, actes dentaires) ;
- l'optique ;
- l'audition ;
- l'orthopédie dento-faciale ;
- les autres prestations médicales (transports sanitaires, cures thermales, prévention).

Si le principe général est celui d'une application uniforme du barème de prestations, quel que soit le pays de résidence, une modulation géographique de la prise en charge de certains soins a toutefois été mise en œuvre par la réforme de 2018 (cf. tableau 9). Cette modulation, applicable aux soins dont la prise en charge est exprimée non pas au forfait mais en pourcentage des frais réels, vise à harmoniser le niveau effectif de remboursement entre les pays en reconnaissant l'hétérogénéité des coûts des soins. Relèvent ainsi de cette modulation :

- les dépenses d'hospitalisation en médecine, réanimation et chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie ;
- les frais médicaux liés aux actes techniques médicaux (par exemple radiographie, scanner), à la pharmacie, aux fournitures et appareillages, aux soins infirmiers, à la rééducation, à la biologie et aux actes dentaires.

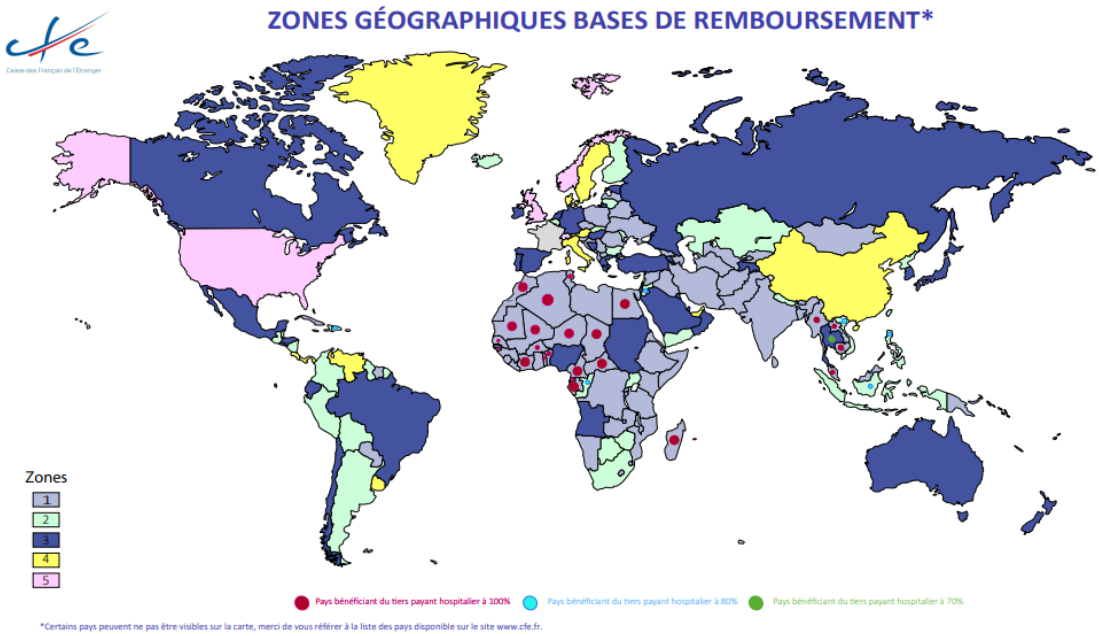
Un zonage géographique a été institué, classant les pays en cinq catégories (cf. figure 1). La catégorie 5 correspond au groupe de pays où le coût des soins est élevé (par exemple le Royaume-Uni, les États-Unis ou la Norvège) et la catégorie 1 au groupe où il est le plus faible (par exemple Cuba, Madagascar ou l'Inde). Un taux de remboursement différencié s'applique selon le zonage géographique, un taux plus faible s'appliquant aux pays où le coût des soins est le plus élevé, et inversement pour ceux où le coût des soins est le plus faible : ainsi, le niveau de remboursement est harmonisé en modulant le taux de prise en charge en fonction du coût réel des soins.

Tableau 9 : Exemples de garanties de la CFE (2025)

Garanties	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5
Hospitalisation en médecine, réanimation et chirurgie, y compris ambulatoire	67 %	50 %	42 %	31 %	19 %
Accouchement par voie basse	3 158,22 €				
Consultation généraliste ou spécialiste	18,55 €				
Consultation dentiste	13,80 €				
Actes techniques médicaux	55 %	40 %	30 %	20 %	15 %
Pharmacie	65 %		55 %		45 %
Fournitures et appareillages	60 %		40 %		20 %
Biologie et anatomo-cytopathologie	50 %		30 %		20 %

Source : Caisse des Français de l'étranger, tableau des garanties pour 2025. Note : les montants en pourcentage indiquent un niveau de remboursement exprimé en pourcentage des coûts réels des soins engagés par l'assuré.

Figure 1 : Zonage géographique des prestations de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger, cartographie des zones géographiques, 2025.

L'uniformité du barème de prestations a pour conséquence de placer la CFE dans une position concurrentielle différente selon les pays :

- dans les pays où le coût des soins est faible, les prestations de la CFE peuvent être suffisantes pour que le reste à charge de l'assuré soit faible ou nul. La CFE peut alors concurrencer des offres privées proposant, de la même manière, un niveau de couverture élevé du coût des soins ;
- inversement, dans les pays où le coût des soins est élevé, les prestations de la CFE induisent un reste à charge important pour l'assuré. Dans ce cas, l'offre de la CFE peut difficilement être compétitive de manière autonome (sauf à ce que l'assuré accepte le risque de faire face à un reste à charge élevé) et doit être couplée à une assurance complémentaire pour rehausser le niveau de prise en charge et concurrencer les offres privées au premier euro.

2.2. Les tarifs de cotisation maladie, après une période de hausses modérées entre 2019 et 2023, ont connu une progression de plus de 25 % depuis 2024, tant pour les adhésions individuelles que collectives

2.2.1. Les tarifs de cotisation individuelle, en hausse cumulée modérée de + 15 % entre 2019 et 2023, ont connu une accélération de + 28 % depuis 2024

L'article L. 762-6-4 du code de la sécurité sociale, créé par la loi du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la CFE, prévoit que la couverture des charges résultant des prestations servies au titre des risques maladie et maternité est assurée par une cotisation forfaitaire. Cette cotisation est déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris sur proposition du conseil d'administration de la CFE. Le montant de cette cotisation est fixé en fonction de l'appartenance à une catégorie d'âge et de la composition familiale de l'assuré volontaire. En revanche, il n'est pas modulé en fonction du pays de résidence et du coût des soins, en corollaire avec le principe d'harmonisation des prestations servies. Ces modulations sont toutefois employées de manière limitée (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Recours aux critères de modulation des tarifs de cotisation

Type de modulation	Contrats individuels	Contrats collectifs
Âge	O	O
Composition familiale	O	N
Ressources de l'assuré	N	O
Nombre de salariés adhérents	N.A.	O
Ancienneté de l'adhésion	N	N

Source : Caisse des Français de l'étranger ; article L. 762-6-4 du code de la sécurité sociale. Légende : O=oui ; N=non ; N.A.=non applicable.

Un arrêté a été pris en application de ces dispositions le 3 janvier 2019. Cet arrêté détermine les montants de cotisations dues au titre des contrats individuels, pour le seul adhérent ou pour l'ensemble de sa famille, en fonction de l'âge et en distinguant la situation où la couverture s'applique aux soins reçus à l'étranger et en France ou uniquement en France. Il détermine également les montants de cotisations dues au titre des contrats collectifs, en fonction de la rémunération et de l'âge de l'assuré, dans le cadre d'une tarification dégressive selon le nombre de contrats souscrits par l'entreprise auprès de la CFE. Cet arrêté prévoit enfin le montant de la cotisation due au titre de la catégorie aidée (cf. 4.2).

Les révisions successives de l'arrêté du 3 janvier 2019 ont conduit à une hausse cumulée des tarifs moyens de cotisations pour les contrats individuels de + 15 % jusqu'à fin 2023.

Les tarifs couvrant les soins en France et à l'étranger avaient ainsi augmenté de + 12 % pour un adhérent seul et de + 11 % pour une adhésion familiale en 2023 par rapport au niveau de 2019, en moyenne pour l'ensemble des tranches d'âge. Dans le détail, le tarif applicable aux moins de 30 ans est celui qui a connu la hausse la plus importante sur cette période, de + 30 % et + 28 % ; respectivement, pour une adhésion solo ou familiale. En retraitant cette catégorie, la hausse moyenne pour ces contrats n'est ainsi que de + 9 %, pour une adhésion solo comme pour une adhésion familiale.

Les tarifs couvrant les seuls soins réalisés en France, quant à eux, ont progressé de + 20 % entre 2019 et 2023, en moyenne pour l'ensemble des tranches d'âge, pour une adhésion solo ou familiale.

Entre 2019 et 2023, l'évolution moyenne des tarifs de cotisation est ainsi restée inférieure à l'inflation cumulée en France. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'indice des prix à la consommation a ainsi progressé de + 16 %, en cumulé, sur cette période. Ce niveau d'évolution des prix est supérieur à la hausse des cotisations pour les contrats d'assurance individuelle pour la France et l'étranger ainsi qu'à la hausse constatée sur les contrats collectifs. En termes réels, les tarifs sur ces contrats ont donc diminué. Seuls les tarifs des contrats individuels pour la couverture des soins en France seulement ont été plus dynamiques que l'inflation sur la période, la hausse en termes réels s'élevant à + 4 %.

À compter de 2024, des hausses plus importantes ont été décidées. Adoptées par le conseil d'administration de la CFE des 11 et 12 décembre 2023 et entrées en vigueur au 1er avril 2024, ces révisions tarifaires prévoyaient :

- la création de deux tranches d'âge au-delà de 60 ans : les catégories 65-69 ans et supérieure ou égale à 70 ans ;
- une augmentation des tarifs de + 5,4 % pour les contrats France Expat, Monde Expat et Retraite Expat ;
- une augmentation des tarifs de + 23,5 % pour les contrats Jeune Expat.

Des hausses tarifaires plus importantes encore ont été décidées par le conseil d'administration les 16 et 17 décembre 2024. Entrées en vigueur au 1er avril 2025, à la suite de la publication de l'arrêté du 6 mars 2025, modifiant l'arrêté du 3 janvier 2019, celles-ci prévoient :

- la création d'une tranche d'âge pour les moins de 24 ans, scindant ainsi la groupe d'âge inférieur à 30 ans en deux sous-groupes (0-24 ans et 25-29 ans) ;
- des hausses tarifaires de +12 % et 18 % pour les deux tranches d'âge ainsi créées dans le contrat Jeune Expat ;
- de très fortes revalorisations, pour ces mêmes tranches d'âge, des tarifs de cotisation du contrat France Expat solo (+125 % pour la tranche 25-29 ans et +92 % pour la tranche des moins de 24 ans) ;
- une hausse de + 12 % des cotisations pour les autres tranches d'âge du contrat France Expat et pour l'adhésion famille des tranches 25-29 et moins de 24 ans ;
- une hausse de + 8 % de l'ensemble de la grille du contrat Monde Expat et du contrat Retraite Expat.

Ainsi, en moyenne, la grille tarifaire des adhérents individuels a progressé de + 28 % entre 2024 et 2025.

Ces hausses de tarifs pour 2024 et 2025 n'ont dans un premier temps pas donné lieu à une mise à jour de l'arrêté du 3 janvier 2019. L'arrêté du 19 décembre 2024, mettant à jour l'arrêté du 3 janvier 2019, ne prend pas non plus acte de ces évolutions en ne modifiant pas la grille tarifaire figurant dans l'arrêté. **Un nouvel arrêté a été pris le 6 mars 2025 afin d'entériner les évolutions de tarifs décidées par le conseil d'administration de décembre 2024.** Les tarifs appliqués entre le 1er avril 2024 et le 1er avril 2025 n'auraient ainsi pas eu de fondement juridique.

Le tarif de cotisation de la catégorie aidée, uniforme quels que soient l'âge et la composition du foyer, n'a quant à lui été modifié qu'à une reprise entre 2019 et 2025. La révision de l'arrêté en date du 23 février 2023 a ainsi réévalué ce tarif de 201 € à 210 € par trimestre, soit une hausse de + 4 %.

Une révision à la hausse a cependant été décidée par le conseil d'administration les 16 et 17 décembre 2024, pour une entrée en vigueur au 1er avril 2025. La décision portera le tarif de cotisation à 228 € par trimestre, soit une hausse de + 8 % par rapport à son niveau précédent.

Tableau 11 : Tarifs de cotisations trimestrielles maladie des adhésions individuelles à la CFE

Tarification pour les contrats individuels						
Date de modification de l'arrêté/décision du CA	3 janvier 2019	9 décembre 2021	23 février 2023	27 septembre 2023	Décision CA avril 2024	Décision CA avril 2025/arrêté du 6 mars 2025
Tranche d'âge	Montant de la cotisation					
	Formule « Etranger et France »					
	Adhésion solo					
0-24 ans	90 €	93 €	117 €	117 €	144 €	162 €
25-29 ans(1)	90 €	93 €	117 €	117 €	144 €	171 €
30-34 ans	213 €	216 €	231 €	231 €	243 €	261 €
35-39 ans	228 €	234 €	249 €	249 €	261 €	282 €
40-44 ans	297 €	303 €	324 €	324 €	342 €	369 €
45-49 ans	330 €	336 €	360 €	360 €	378 €	408 €

Annexe II

50-54 ans	396 €	405 €	432 €	432 €	456 €	492 €
55-59 ans	462 €	471 €	504 €	504 €	531 €	573 €
60-64 ans[2]	600 €	612 €	654 €	654 €	690 €	744 €
65-69 ans	600 €	612 €	654 €	654 €	723 €	780 €
Supérieur ou égal à 70 ans	600 €	612 €	654 €	654 €	759 €	819 €
	Adhésion famille					
0-24 ans	270 €	276 €	345 €	345 €	426 €	477 €
25-29 ans[1]	270 €	276 €	345 €	345 €	426 €	504 €
30-34 ans	435 €	444 €	474 €	474 €	501 €	540 €
35-39 ans	528 €	540 €	576 €	576 €	606 €	654 €
40-44 ans	612 €	624 €	666 €	666 €	702 €	759 €
45-49 ans	708 €	723 €	774 €	774 €	816 €	882 €
50-54 ans	774 €	789 €	843 €	843 €	888 €	960 €
55-59 ans	894 €	912 €	975 €	975 €	1 029 €	1 110 €
60-64 ans[2]	1 071 €	1 092 €	1 167 €	1 167 €	1 230 €	1 329 €
65-69 ans	1 071 €	1 092 €	1 167 €	1 167 €	1 290 €	1 392 €
Supérieur ou égal à 70 ans	1 071 €	1 092 €	1 167 €	1 167 €	1 353 €	1 461 €
	Catégorie aidée					
Catégorie aidée	201 €	201 €	210 €	210 €	210 €	228 €
	Formule « France »					
	Adhésion solo					
0-24 ans	60 €	60 €	63 €	69 €	72 €	138 €
25-29 ans[1]	60 €	60 €	63 €	69 €	72 €	162 €
30-34 ans	132 €	135 €	144 €	159 €	168 €	189 €
35-39 ans	156 €	159 €	171 €	189 €	198 €	222 €
40-44 ans	192 €	195 €	207 €	228 €	240 €	270 €
45-49 ans	237 €	243 €	261 €	288 €	303 €	339 €
50-54 ans	288 €	294 €	315 €	348 €	366 €	411 €
55-59 ans	333 €	339 €	363 €	399 €	420 €	471 €
60-64 ans[2]	390 €	399 €	426 €	468 €	492 €	552 €
65-69 ans	390 €	399 €	426 €	468 €	519 €	582 €
Supérieur ou égal à 70 ans	390 €	399 €	426 €	468 €	543 €	609 €

	Adhésion famille					
0-24 ans	180 €	183 €	195 €	216 €	228 €	255 €
25-29 ans(1)	180 €	183 €	195 €	216 €	228 €	255 €
30-34 ans	279 €	285 €	306 €	336 €	354 €	396 €
35-39 ans	330 €	336 €	360 €	396 €	417 €	468 €
40-44 ans	402 €	411 €	438 €	483 €	510 €	570 €
45-49 ans	495 €	504 €	540 €	594 €	627 €	702 €
50-54 ans	573 €	585 €	624 €	687 €	723 €	810 €
55-59 ans	633 €	645 €	690 €	759 €	801 €	897 €
60-64 ans(2)	702 €	717 €	765 €	843 €	888 €	996 €
65-69 ans	702 €	717 €	765 €	843 €	933 €	1 044 €
Supérieur ou égal à 70 ans	702 €	717 €	765 €	843 €	981 €	1 098 €

Sources : arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger ; documents du conseil d'administration de la CFE des 11 et 12 décembre 2023 et des 16 et 17 décembre 2024. Note : (1) La catégorie « moins de 30 ans » a été scindée en deux catégories 0-24 ans et 25-29 ans en 2024. (2) La catégorie « plus de 60 ans » a été scindée en trois catégories 60-64 ans, 65-69 ans et plus de 70 ans en 2023. Les cellules grisées correspondent à une catégorie d'âge inexistante à la date de l'arrêté ou du conseil d'administration (une autre catégorie englobait cette catégorie).

Tableau 12 : Évolution des tarifs moyens de cotisations individuelles trimestrielles maladie

	03/01/ 2019	23/12/ 2021	02/03/ 2023	05/10/ 2023	01/04/ 2024	01/04/ 2025	Évolution 2019-2023	Évolution 2023-2025
Cotisation moyenne monde/solo	327 €	334 €	359 €	359 €	425 €	460 €	*10 %*	*28 %*
Cotisation moyenne monde/famille	662 €	615 €	728 €	728 €	842 €	915 €	*10 %*	*26 %*
Cotisation moyenne France/solo	224 €	228 €	244 €	269 €	308 €	359 €	*20 %*	*34 %*
Cotisation moyenne France/famille	449 €	458 €	490 €	539 €	608 €	681 €	*20 %*	*26 %*

Sources : arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger ; documents du conseil d'administration de la CFE des 11 et 12 décembre 2023 et des 16 et 17 décembre 2024. Note : les dates correspondent soit aux dates de mise à jour de l'arrêté du 3 janvier 2019, soit aux dates de conseil d'administration n'ayant pas donné lieu à une mise à jour de l'arrêté.

2.2.2. Les tarifs de cotisation collective ont progressé moins rapidement que pour les adhérents individuels, mais enregistrent une accélération de + 25 % depuis 2024

Les tarifs des cotisations des contrats collectifs souscrits par les entreprises pour le compte de leurs salariés sont fonction de l'âge de chaque salarié et du niveau de leurs ressources, en référence au plafond annuel de la sécurité sociale (cf. tableau 14). La grille tarifaire tient également compte du nombre de salariés de l'entreprise couverts par la CFE, afin de proposer une tarification dégressive aux clients les plus importants.

Entre 2019 et 2023, les tarifs des cotisations des contrats collectifs ont progressé dans des proportions moins importantes que pour les contrats individuels. Cela s'explique notamment par la rentabilité plus importante des contrats collectifs, qui sont à l'équilibre, par rapport aux contrats individuels, dont le déséquilibre financier a justifié des augmentations rapides de tarifs (l'analyse de la rentabilité des différents contrats est présentée en détail au 4.1.1). Entre le 3 janvier 2019 et la révision de l'arrêté survenue le 27 décembre 2023, la hausse est ainsi comprise entre + 6 % et + 8 % selon l'âge des assurés et leur niveau de ressources, pour une hausse moyenne, toutes catégories confondues, de + 7 % (cf. tableau 13).

Le conseil d'administration, lors de ses réunions des 11 et 12 décembre 2023 et des 16 et 17 décembre 2024, a, comme pour les contrats individuels, décidé de hausses de tarifs importantes pour les contrats collectifs. Une augmentation de + 15 %, votée fin 2023 et appliquée à l'ensemble de la grille tarifaire, est ainsi entrée en vigueur au 1er avril 2024. S'y ajoute une hausse de + 6,4 %, votée fin 2024 et entrée en vigueur le 1er avril 2025.

En outre, l'arrêté du 19 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 3 janvier 2019 a introduit le principe d'une actualisation automatique des tarifs des cotisations des contrats collectifs. À compter du 1er janvier 2025, ceux-ci seront réévalués annuellement sur la même base que le plafond annuel de la sécurité sociale. Cette modification rend ainsi le barème de cotisation glissant, crée un plancher d'évolution des tarifs de cotisation indexé sur l'évolution des salaires (le plafond de la sécurité sociale étant fixé par référence à l'évolution du salaire moyen par tête) et empêche la bascule de certains assurés collectifs dans une catégorie de tarifs plus favorable par le seul mécanisme de l'évolution du plafond de la sécurité sociale. À ce titre, les contrats collectifs ont été revalorisés de + 1,6 % au 1er avril 2025, cette hausse s'ajoutant à celle décidée par le conseil d'administration les 16 et 17 décembre 2024. L'application de ce principe ces dernières années aurait conduit à une réévaluation tarifaire légèrement supérieure à celle décidée par la CFE pour les contrats collectifs : en effet, entre 2019 et 2023, le plafond annuel de la sécurité sociale a connu une progression de + 9 %, passant de 40 524 € à 43 992 €, alors que les hausses cumulées de tarifs décidées par le conseil d'administration atteignaient pour la même période une moyenne de + 7 %.

Tableau 13 : Évolution des tarifs moyens de cotisations collectives trimestrielles maladie

	03/01 /2019	09/12 /2021	23/02 /2023	27/09 /2023	01/04 /2024	01/04 /2025	Évolution 2019-2023	Évolution 2023-2025
Cotisation moyenne mandataires < 100 salariés	361 €	361 €	385 €	385 €	451 €	480 €	7 %	25 %
Cotisation moyenne mandataires entre 100 et 399 salariés	311 €	311 €	332 €	332 €	389 €	413 €	7 %	24 %
Cotisation moyenne mandataires > 400 salariés	295 €	295 €	314 €	314 €	369 €	393 €	6 %	25 %

Sources : arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger ; documents du conseil d'administration de la CFE des 11 et 12 décembre 2023 et des 16 et 17 décembre 2024. Note : les dates correspondent soit aux dates de mise à jour de l'arrêté du 3 janvier 2019, soit aux dates de conseil d'administration n'ayant pas donné lieu à une mise à jour de l'arrêté.

Annexe II

Tableau 14 : Tarifs de cotisations trimestrielles maladie des adhésions collectives à la CFE

Tarification pour les contrats collectifs (risques maladie, maternité, invalidité)																		
Date de l'arrêté ou décision du CA	**3 janvier 2019**			**9 décembre 2021**			**23 février 2023**			**27 septembre 2023**			**Décision du CA avril 2024**			**Décision du CA avril 2025 / arrêté du 6 mars 2025**		
Rémunération du salarié	**> ou = au PASS**	**>. ou = aux 2/3 du PASS**	**<. aux 2/3 du PASS**	**> ou = au PASS**	**>. ou = aux 2/3 du PASS**	**<. aux 2/3 du PASS**	**> ou = au PASS**	**>. ou = aux 2/3 du PASS**	**<. aux 2/3 du PASS**	**> ou = au PASS**	**>. ou = aux 2/3 du PASS**	**<. aux 2/3 du PASS**	**> ou = au PASS**	**>. ou = aux 2/3 du PASS**	**<. aux 2/3 du PASS**	**> ou = au PASS**	**>. ou = aux 2/3 du PASS**	**<. aux 2/3 du PASS**
Entreprises mandataires de moins de 100 salariés																		
Moins de 30 ans	444 €	294 €	222 €	444 €	294 €	222 €	471 €	318 €	237 €	471 €	318 €	237 €	555 €	369 €	279 €	591 €	393 €	294 €
30-35 ans	498 €	333 €	252 €	498 €	333 €	252 €	531 €	357 €	267 €	531 €	357 €	267 €	624 €	417 €	312 €	663 €	444 €	333 €
Plus de 35 ans	555 €	369 €	279 €	555 €	369 €	279 €	591 €	396 €	297 €	591 €	396 €	297 €	693 €	462 €	348 €	738 €	492 €	369 €
Entreprises mandataires de 100 à 399 salariés																		
Moins de 30 ans	384 €	255 €	192 €	384 €	255 €	192 €	408 €	273 €	204 €	408 €	273 €	204 €	477 €	318 €	240 €	510 €	339 €	255 €
30-35 ans	432 €	285 €	216 €	432 €	285 €	216 €	459 €	309 €	228 €	459 €	309 €	228 €	537 €	360 €	270 €	573 €	381 €	285 €
Plus de 35 ans	480 €	318 €	240 €	480 €	318 €	240 €	510 €	342 €	255 €	510 €	342 €	255 €	597 €	399 €	300 €	636 €	423 €	318 €
Entreprises mandataires de plus de 400 salariés																		
Moins de 30 ans	363 €	243 €	183 €	363 €	243 €	183 €	387 €	258 €	195 €	387 €	258 €	195 €	453 €	303 €	228 €	483 €	321 €	243 €
30-35 ans	408 €	273 €	204 €	408 €	273 €	204 €	435 €	288 €	219 €	435 €	288 €	219 €	510 €	339 €	258 €	543 €	363 €	273 €
Plus de 35 ans	453 €	303 €	228 €	453 €	303 €	228 €	483 €	321 €	243 €	483 €	321 €	243 €	567 €	378 €	285 €	603 €	402 €	303 €

Source : arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger. Légende : PASS=plafond annuel de la sécurité sociale ; CA=conseil d'administration.

2.2.3. Les tarifs de cotisations individuelles maladie de la CFE sont inférieurs à la contribution maladie des salariés en France mais supérieurs à celle des retraités en France

En France, le financement de l'assurance maladie est assuré par des cotisations. La mission a analysé le montant de ces cotisations, pour un salarié et un retraité, afin de le comparer aux cotisations acquittées par un assuré de la CFE, étant entendu que les prestations maladies de la CFE sont calquées sur celles de l'assurance maladie en France[9].

Le montant des cotisations acquittées par un salarié en France est supérieur à celui acquitté par un assuré de la CFE. En France, la maladie est financée par un prélèvement de 9,20 % sur les revenus d'activité au titre de la contribution sociale généralisée (CSG) dont 4,8 % sont affectés à l'assurance maladie. À cela s'ajoute une cotisation sociale « employeur » de 13 %, réduite à 7 % au titre des exonérations de charge pour les revenus n'excédant pas 2,5 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Un salarié en France acquittera dans la quasi-totalité des cas un montant de cotisations maladie supérieur à celui qui serait acquitté par un assuré de la CFE (cf. graphique 12) :

- pour un salaire net mensuel inférieur à 2 000 €, le tarif de la catégorie aidée est inférieur au montant des cotisations acquittées en France, même en tenant compte des exonérations et de l'application du taux réduit ;
- pour un salaire net mensuel supérieur ou égal à 2 400 €, le taux réduit ne s'applique plus et un salarié en France acquittera au moins 383 € par mois de cotisations maladie, soit un montant supérieur à la cotisation la plus élevée à la CFE (le tarif mensuel du contrat Monde Expat plus de 70 ans est de 273 €) ;
- pour un salaire net mensuel compris entre 2 000 € et 2 400 €, l'analyse dépend du type de contrat CFE retenu. À cet égard, pour un salaire net de 2 200 €, un salarié en France acquittera 158 € de cotisations, en intégrant les exonérations. Les tarifs de la CFE sont moins élevés s'agissant des contrats Monde Expat 30-34 ans et 40-44 ans mais plus élevés pour les contrats Monde Expat 60-64 ans et plus de 70 ans.

En outre, il convient de souligner que l'offre de la CFE est plus large que celle dont bénéficie un salarié en France puisque dans les contrats Monde Expat utilisés dans la comparaison, les assurés de la CFE bénéficient d'une prise en charge des soins en France mais également dans leur pays de résidence à l'étranger.

Le constat diffère s'agissant des retraités qui versent en France une contribution inférieure au montant des tarifs de la CFE. En France, les retraités sont redevables de la CSG assise sur leur retraite, selon trois taux dont une partie est versée à la branche maladie : un taux normal de 1,88 %, un taux médian de 0,18 % et un taux réduit de 1,27 %[10]. Il en résulte que la contribution des retraités en France est toujours inférieure aux tarifs de la CFE (cf. graphique 13) :

- pour une retraite mensuelle nette inférieure à 2 000€, la contribution sera au maximum de 16 € par mois en raison des taux réduit et médian, soit un niveau inférieur au tarif de la catégorie aidée de 76 € ;

[9] Si les prestations sont identiques pour des soins en France entre un assuré du régime obligatoire et un assuré de la CFE, elles diffèrent pour les soins à l'étranger dans la mesure où certaines prestations couvertes par la CFE font l'objet d'un taux de prise en charge spécifique. Ce taux est cependant déterminé de façon à ce que le montant nominal couvert soit similaire à l'étranger et dans le régime obligatoire en France à prestation équivalente.

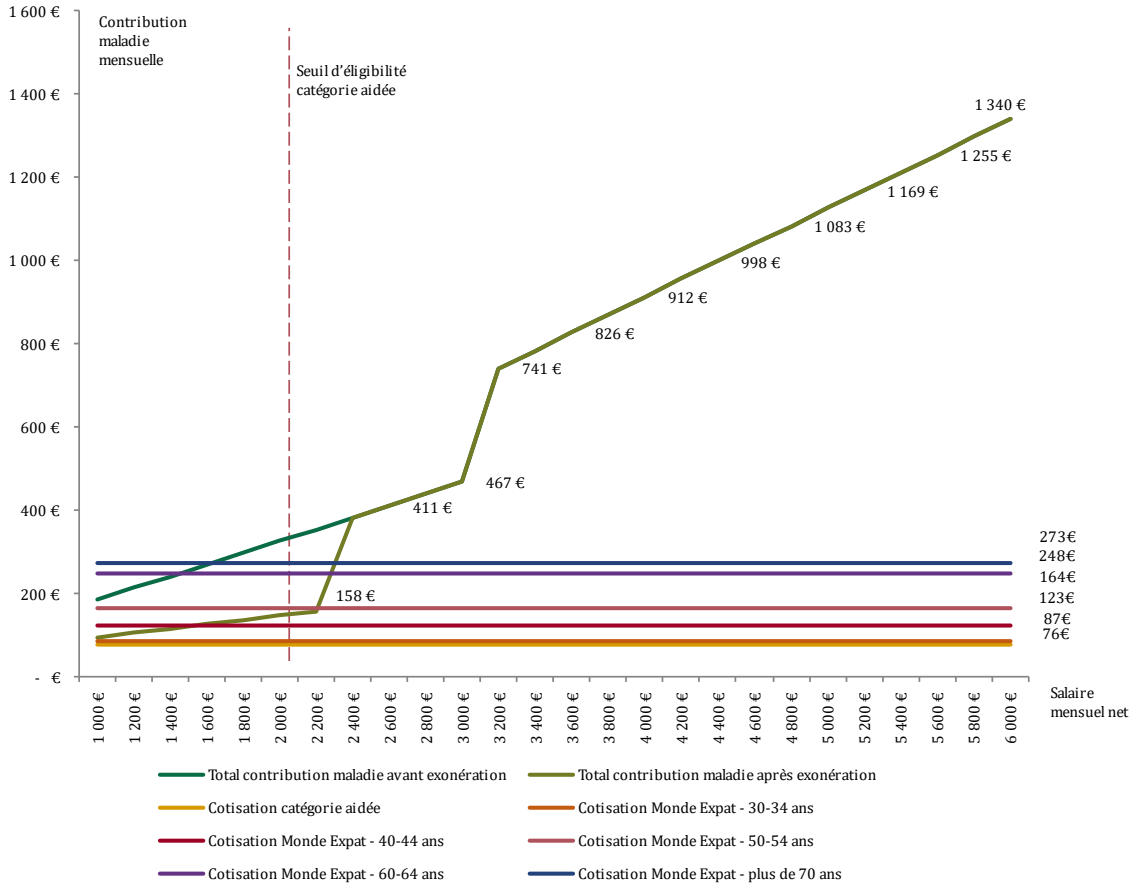
[10] Les seuils de revenus applicables à ces taux sont, respectivement, 1 068 €, 1 396 € et 2 167 €. En-deçà de 1 068 €, le taux applicable est nul.

- pour un retraite mensuelle nette supérieure à 2 000 €, la contribution maladie ne progresse que très graduellement. Ainsi, le montant acquitté sur une retraite de 6 000€ s'élèvera à 116 € en France, soit un niveau inférieur aux tarifs de cotisation des contrats Retraite Expat (147 €), Monde Expat 60-64 ans (248 €) et Monde Expat plus de 70 ans (273 €).

Pour autant, comme pour les salariés, il convient de souligner que le panier de soins des contrats Monde Expat est plus large que celui dont bénéficient les retraités en France puisqu'il intègre des soins en France et dans le pays de résidence.

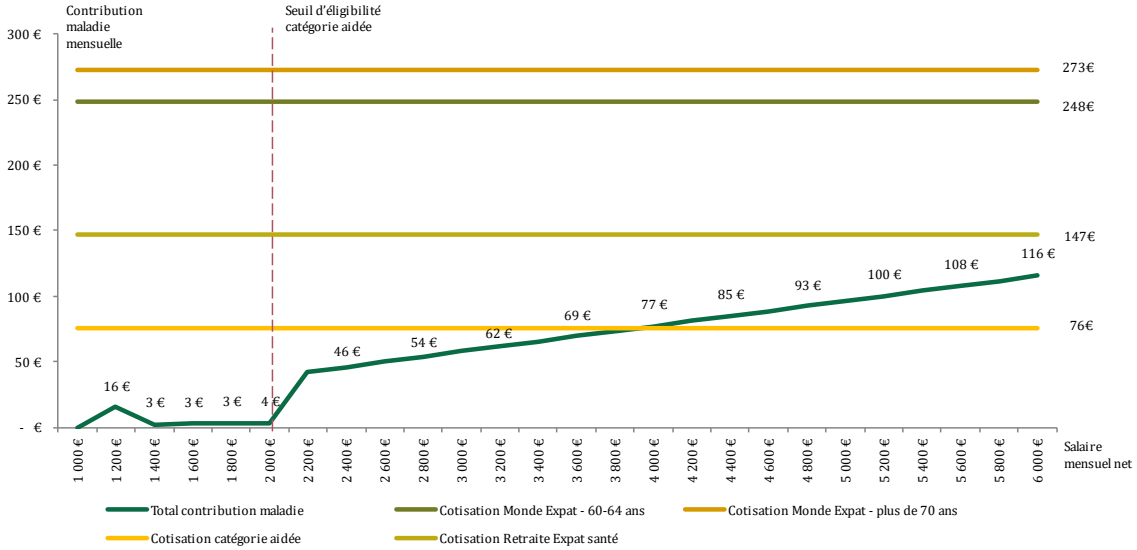
Enfin, dans les deux cas (salarié et retraité), la contribution maladie en France doit s'apprécier au regard de la contribution plus globale à l'économie, notamment *via* le paiement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, les dépenses de consommation et le versement de la taxe sur la valeur ajoutée.

Graphique 12 : Comparaison du coût mensuel de l'assurance maladie entre le régime général et la CFE – cas d'un salarié



Source : Caisse des Français de l'étranger ; ministère du travail, Urssaf. Note : simulation pour un salarié en contrat à durée indéterminée au 2 avril 2025. Exonérations jusqu'à 2200 € de salaire net. À partir de 2 400 € de salaire, les courbes avant et après exonération sont confondues s'agissant des cotisations dans le régime général.

Graphique 13 : Comparaison du coût mensuel de l'assurance maladie entre le régime général et la CFE – cas d'un retraité



Source : Caisse des Français de l'étranger ; ministère du travail, Urssaf. Note : simulation pour un retraité au 2 avril 2025. La contribution maladie d'un retraité en France correspond à la part de CSG affectée à cette branche de la sécurité sociale, selon trois taux (taux réduit, taux médian et taux normal).

2.3. Les tarifs de cotisation au risque accidents du travail et maladie professionnelle n'ont progressé que de + 13 % entre 2018 et 2024

L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles de la CFE fait l'objet d'une cotisation dont les modalités sont prévues dans le code de la sécurité sociale. L'article L. 762-10 prévoit que cette cotisation est calculée sur la base d'un niveau de salaire choisi par l'assuré, entre un minimum et un maximum dans des conditions fixées par décret. Il énonce également que le montant de la cotisation est révisé si l'équilibre financier de l'assurance volontaire l'exige.

L'article R. 762-24 du code de la sécurité sociale précise que l'assuré informe la CFE de son niveau de salaire annuel servant de base au calcul des cotisations et des prestations. Ce salaire ne peut être inférieur à un montant minimum révisé annuellement[11] et supérieur à un plafond fixé à huit fois le montant de ce montant minimum.

Un taux de 1,15 %, prévu à l'article D.763 du code de la sécurité sociale, est appliqué à l'assiette du salaire annuel pour déterminer la cotisation due à la CFE. Des abattements sont prévus, pour les contrats collectifs, en fonction du nombre de contrats souscrits par les entreprises (risques maladie, maternité, invalidité et AT-MP confondus) :

- 0,15 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant moins de 100 contrats ;
- 0,25 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 100 et 399 contrats ;
- 0,35 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant plus de 399 contrats.

[11] Ce niveau de salaire minimum a été fixé à 18 281,80 € au 1er avril 2016. Il est révisé chaque année sur la base de l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac (article L. 161-25 du code de la sécurité sociale). Son niveau au 1er avril 2024 était de 20 971,34 € (circulaire 11/24 de la CNAM en date du 22 mars 2024).

Compte tenu du caractère fixe du taux et du mécanisme d'indexation de l'assiette sur l'évolution annuelle moyenne des prix, le tarif de cotisation à l'assurance AT-MP de la CFE n'a progressé que de manière limitée depuis 2018 (cf. tableau 15). En effet, entre 2018 et 2024, le salaire utilisé comme référence pour déterminer l'assiette de cotisation n'a progressé que de + 13 %. Par conséquent, le tarif de cotisation a lui-aussi progressé de + 13 % au cours de cette période, cette hausse correspondant à un taux de croissance annuel moyen de +2,1 %.

Tableau 15 : Évolution du tarif de cotisation annuelle AT-MP

	1er avril 2018	1er avril 2019	1er avril 2022	1er avril 2023	1er avril 2024	Évolution 2018-2024	TCAM
Salaire minimum	18 520 €	18 576 €	18 986 €	20 049 €	20 971 €	13 %	2,1 %
Salaire maximum	148 160 €	148 604 €	151 885 €	160 393 €	167 771 €	13 %	2,1 %
Cotisation annuelle minimum au taux de 1,15 %	213 €	214 €	218 €	231 €	241 €	13 %	2,1 %
Cotisation annuelle maximum au taux de 1,15 %	1 704 €	1 709 €	1 747 €	1 845 €	1 929 €	13 %	2,1 %

Source : code de la sécurité sociale ; circulaires de l'assurance maladie sur la revalorisation des rentes AT-MP (2018-2024). Légende : TCAM=taux de croissance annuel moyen. Note : aucune circulaire mettant à jour l'assiette de cotisation n'a été publiée par la CNAM pour les années 2020 et 2021.

2.4. Les dépenses de prestation progressent en raison d'une augmentation généralisée des coûts de santé mondiaux mais également de facteurs spécifiques à la CFE liés à la hausse des dépenses d'hospitalisation à l'étranger et aux dépenses des assurés les plus âgés

2.4.1. La CFE évolue dans un environnement de forte hausse des coûts de santé mondiaux

Les coûts de santé mondiaux connaissent une dynamique haussière depuis plusieurs années. Cette dynamique s'explique par un contexte inflationniste mondial à la suite de la crise du Covid-19 mais également par des facteurs spécifiques au secteur de la santé. Ainsi, selon le cabinet Aon[12], l'évolution du coût des soins s'est élevée à 10,1 % en 2024 dans le monde et devrait atteindre 10,0 % en 2025. Corrigées de l'inflation, l'augmentation du coût des soins s'élève à 6,5 % en 2024 et 7,2 % en 2025 (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Évolution des coûts de santé mondiaux (en % d'évolution annuelle)

Région	2024			2025		
	Inflation annuelle	Évolution des coûts des soins		Inflation annuelle	Évolution des coûts des soins	
		Brute	Nette		Brute	Nette
Amérique du Nord	2,3	7,6	5,3	2,0	8,8	6,8
Monde	**3,6**	**10,1**	**6,5**	**2,8**	**10,0**	**7,2**
Asie-Pacifique	3,6	9,7	6,1	2,8	11,1	8,3

[12] Aon, 2025 Global Medical Trend Rates Report.

Europe	3,7	10,4	6,7	2,2	8,9	6,7
Amérique latine et Caraïbes	4,1	11,7	7,6	3,0	10,7	7,7
Moyen-Orient et Afrique	7,4	15,1	7,7	8,2	15,5	7,3

Source : Aon - 2025 Global Medical Trend Rates Report. Note : l'évolution brute des coûts des soins intègre l'inflation de l'ensemble des prix à la consommation tandis que l'inflation nette représente l'inflation spécifique aux coûts de santé.

Si la tendance est à la hausse partout dans le monde, des disparités importantes existent entre les pays. Certains pays présentent ainsi des augmentations brutes du coût des soins de l'ordre de 15 % par an en 2024 (Royaume-Uni, Mexique, Brésil). Dans d'autres pays la hausse est de l'ordre de 5 % (France, Canada). Corrigés de l'inflation, les écarts restent importants, avec par exemple une hausse nette de 12 % au Royaume-Uni et de 2,5 % ou 0,6 % en France et en Tunisie, respectivement (cf. tableau 17).

Tableau 17 : Évolution des coûts de santé dans une sélection de pays (en % d'évolution annuelle)

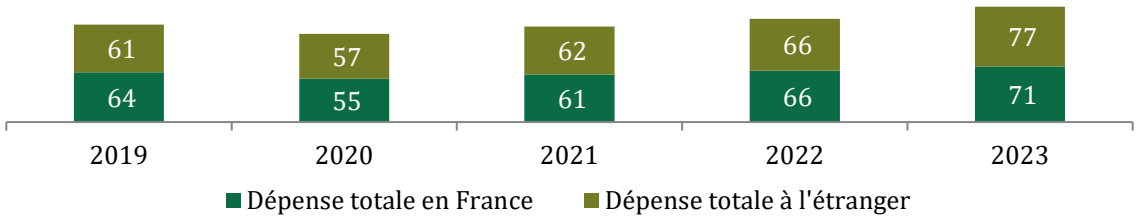
Pays	2024			2025		
	Inflation annuelle	Évolution des coûts des soins		Inflation annuelle	Évolution des coûts des soins	
		Brut	Net		Brut	Net
Sénégal	2,0	10,0	8,0	2,0	10,0	8,0
Thaïlande	2,0	9,1	7,1	1,2	14,3	13,1
Chine	2,2	7,9	5,7	2,0	8,0	6,0
Etats-Unis	2,3	8,0	5,7	2,0	9,0	7,0
Canada	2,4	5,0	2,6	1,9	7,4	5,5
France	2,5	5,0	2,5	1,8	4,5	2,7
Royaume-Uni	3,0	15,0	12,0	2,0	17,0	15,0
Mexique	3,9	14,0	10,1	3,3	14,5	11,2
Brésil	4,8	14,1	9,3	3,0	12,9	9,9
Tunisie	9,5	10,2	0,7	6,9	7,5	0,6

Source : Aon - 2025 Global Medical Trend Rates Report.

2.4.2. La dépense de soins des assurés de la CFE a progressé de + 18 % entre 2019 et 2023, tirée par les dépenses d'hospitalisation à l'étranger et la consommation de soin des tranches d'âge les plus élevées

Les dépenses de santé des assurés de la CFE ont connu une évolution dynamique de + 18 % depuis 2019. La crise du Covid-19 s'est traduite par un reflux des dépenses de soins, qui n'a été que temporaire, et les dépenses repartant par la suite à la hausse pour atteindre 148 M€ en 2023 (cf. graphique 14). Alors que la France représentait une part majoritaire des dépenses de santé en 2019, un rééquilibrage avec les soins réalisés à l'étranger s'est opéré à compter de 2020, jusqu'à une inversion du rapport en 2023 où les dépenses de santé à l'étranger ont atteint 52 % du total. Cette inversion résulte d'une croissance plus rapide des dépenses de santé à l'étranger, qui s'est élevée à + 26 % entre 2019 et 2023, contre + 11 % pour les dépenses de santé en France.

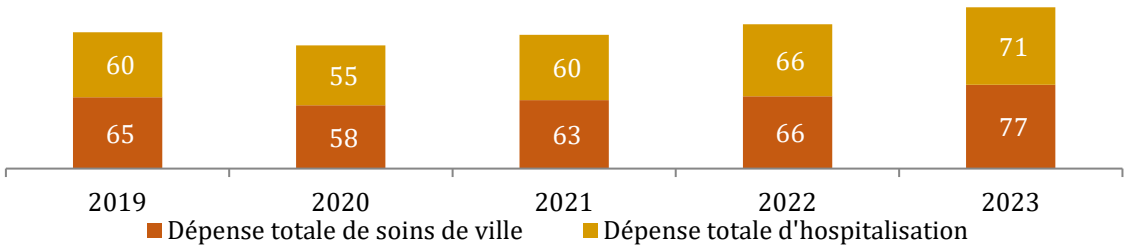
Graphique 14 : Évolution des dépenses de santé entre 2019 et 2023 (en M€)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

La croissance des dépenses de santé s'explique autant par le dynamisme des dépenses de soins de ville que d'hospitalisation. Celles-ci ont en effet augmenté de + 18 % et + 19 %, respectivement, entre 2019 et 2023 (cf. graphique 15). S'agissant des dépenses d'hospitalisation, elles ont été particulièrement dynamiques à l'étranger (+ 40 % sur la période) alors qu'elles sont dans le même temps restées plus contenues en France (+ 4 %).

Graphique 15 : Évolution des dépenses de soins de ville et d'hospitalisation entre 2019 et 2023 (en M€)



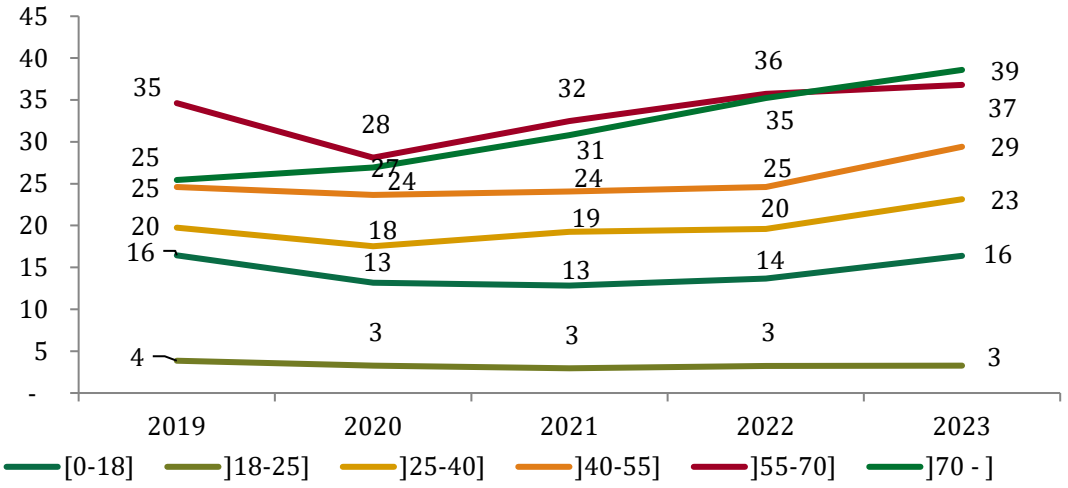
Source : Caisse des Français de l'étranger.

La dépense moyenne par acte de soin a progressé moins rapidement que la dépense totale, avec + 7 % d'augmentation entre 2019 et 2023 (+ 18 % à l'étranger et – 7 % en France). Elle n'explique donc pas à elle-seule la progression de la dépense de santé, qui procède également d'une augmentation du nombre d'actes réalisés. La dépense est en outre de plus en plus concentrée, la dépense moyenne par contrat progressant de+ 51 % sur la période.

Alors que les bénéficiaires de la CFE sont à parité des femmes et des hommes, et ce de manière stable depuis 2019, les hommes concentrent 56 % des dépenses de santé et les femmes 44 % (cf. tableau 21)**.** Il en résulte une dépense moyenne moindre pour les femmes (1 063 €) que pour les hommes (1 347 €).

La croissance des dépenses de santé a été tirée à la hausse par les dépenses des assurés de plus de 55 ans et, parmi eux, des plus de 70 ans. Les dépenses de santé des plus de 55 ans ont progressé de + 26 % entre 2019 et 2023 pour atteindre 75 M€ cette dernière année (cf. graphique 16). À l'intérieur de cette tranche d'âge, les dépenses de santé des plus de 70 ans ont augmenté de + 52 %.

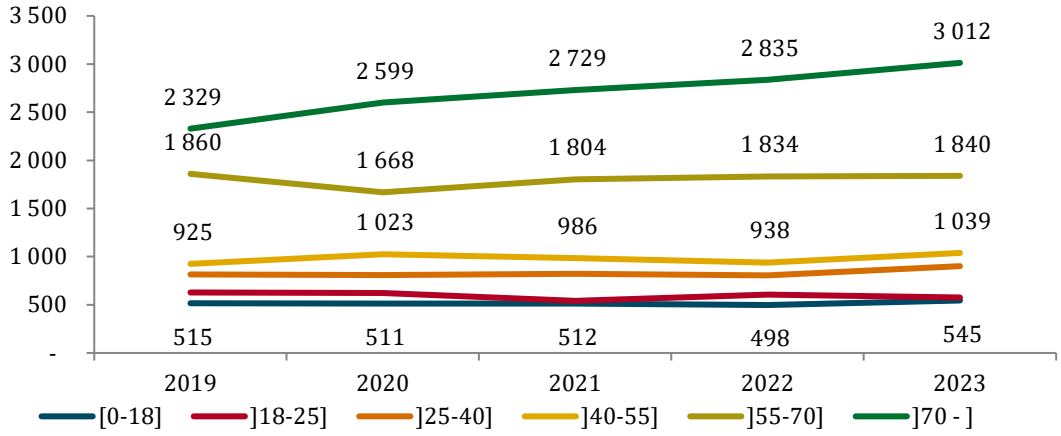
Graphique 16 : Répartition de la dépense de soins par tranche d'âge (en M€)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

Si la dépense moyenne par tranche d'âge a été particulièrement dynamique pour les plus de 70 ans, elle progresse également pour d'autres catégories d'âge. La dépense moyenne de santé des plus de 70 ans a augmenté de + 29 %. En particulier, la dépense moyenne d'hospitalisation et de soins de ville des bénéficiaires de plus de 70 ans a augmenté de +25 % et + 11 %, respectivement, entre 2019 et 2023. Cette progression moins rapide de la dépense moyenne que celle de la dépense totale des plus de 70 ans implique que le nombre d'assurés relevant de cette catégorie a dans le même temps augmenté. Par ailleurs, la dépense moyenne par bénéficiaire a également progressé pour les moins de 18 ans (+ 6 %), les 25-40 ans (+ 10 %) et les 40-55 ans (+ 12 %) (cf. graphique 17). *A contrario*, la dépense moyenne des 55-70 ans stagne, tandis que celle des 18-25 ans est en repli de – 8 %.

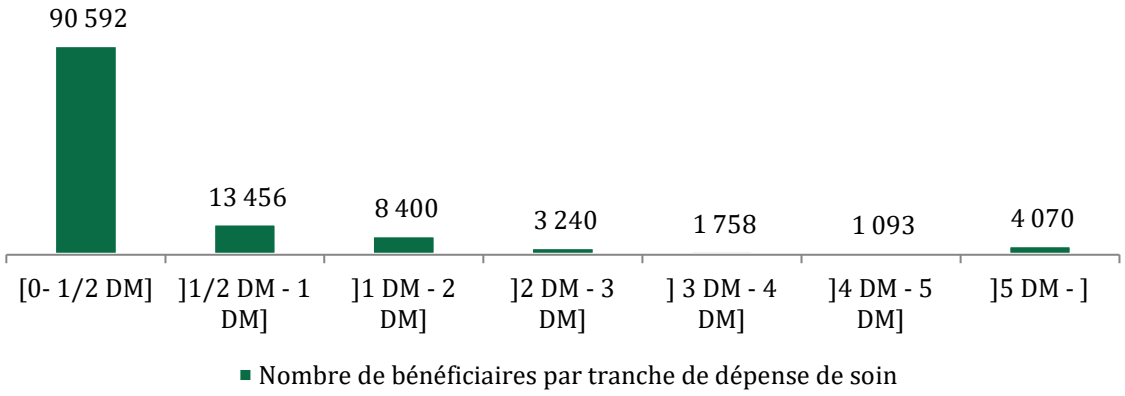
Graphique 17 : Évolution de la dépense moyenne par tranche d'âge (en €)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

En 2023, 85 % des bénéficiaires de soins présentaient une dépense de soin inférieure à la dépense moyenne de 1 204 €. Inversement, 8 % des bénéficiaires présentaient une dépense de soin supérieure à deux fois la dépense moyenne de soin et 3 % une dépense supérieure à cinq fois la dépense moyenne. Les dépenses importantes de soin restent ainsi concentrées sur un nombre limité de bénéficiaires, la grande majorité de ces derniers présentant une dépense de soin inférieure ou proche de la moyenne, même si la distribution montre également une concentration notable sur les très fortes dépenses, au-delà de cinq fois la dépense moyenne (cf. graphique 18).

Graphique 18 : Distribution des bénéficiaires en fonction de la dépense moyenne de soins (2023) – en nombre de bénéficiaires



Source : Caisse des Français de l'étranger. Légende : DM=dépense moyenne de soins (soit 1 204 € par bénéficiaire en 2023).

Certains assurés de la CFE présentent des dépenses de santé très élevées. La CFE a identifié sous le terme de « méga-consommants » les bénéficiaires dont la consommation de soins est significative au point de mettre en jeu à elle-seule l'équilibre financier de certains produits (cf. tableau 18 et encadré 1).

Tableau 18 : Dépense de santé des cinq premiers « méga-consommants » par type de contrat

Méga-consommants - 2022	
Monde Expat famille	1 631 253€
Monde Expat solo	886 659€
Jeune Expat	903 260€
France Expat solo	480 833€
France Expat famille	479 511€

Source : Caisse des Français de l'étranger. Conseil d'administration des 11 et 12 décembre 2023. Note : les données pour le produit Retraite Expat ne sont pas disponibles. Note : chaque ligne agrège les dépenses des cinq plus gros consommateurs de soins de la catégorie de contrat correspondante.

Encadré 1 : La question des « méga-consommants

La CFE ne procédant à aucune sélection du risque et ne fixant pas de limite d'âge à l'adhésion, certains de ses assurés présentent des niveaux de dépense élevés en raison de pathologies lourdes. Ces « méga-consommants », dans la terminologie de la CFE, sont principalement des personnes âgées ou en fin de vie ou des personnes plus jeunes avec des pathologies lourdes et/ou orphelines qui rentreraient dans le système de sécurité sociale français dans la catégorie des affections de longue durée.

Les dépenses de santé des « méga-consommants » peuvent dépasser 100 000 € par an. Les dépenses les plus importantes concernent des dépenses de pharmacie réalisées en France afin de bénéficier d'un remboursement à 100 % (par exemple, en 2022, un ayant-droit avait généré 560 000 € de dépenses de pharmacie en France) mais elles peuvent également concerner des dépenses engagées à l'étranger (par exemple, en 2022, la prise en charge hospitalière d'une maladie orpheline avait généré un coût de 308 000 €).

Des instruments de régulation de la dépense de santé existent :

- carence de trois et six mois à l'adhésion ;
- carence de douze mois après une radiation ;
- absence de prise en charge des soins de maternité si la grossesse débute avant l'adhésion (sauf en cas de continuité depuis la France) ;
- carence de 30 jours sur les arrêts maladie ;
- reste à charge élevé dans les pays chers.

La portée de ces mécanismes est toutefois limitée en l'absence de sélection du risque ou de plafonnement de la dépense individuelle, la régulation qu'ils permettent n'étant que temporaire.

Source : Mission.

Afin d'apprécier l'incidence des « méga-consommants » ou, plus largement, des assurés atteints d'affectation de longue durée (ALD), dans la dépense de santé, la mission a analysé les dépenses des bénéficiaires de la CFE atteints d'affections de longue durée (ALD) pour l'année 2023. Les garanties de la CFE prévoient des taux majorés de prise en charge pour des assurés relevant de « catégories exonérantes » (ces assurés bénéficient en outre d'une prise en charge à 100 % pour les soins en France, en cohérence avec les règles applicables aux affections de longue durée). Les « catégories exonérantes » incluent les affections de longue durée, mais également les maternités, cette dernière catégorie ayant été exclue de l'analyse car ne correspondant pas à des dépenses de maladie.

En 2023, 10 616 bénéficiaires de la CFE étaient atteints d'une ALD, dont 59,7 % d'hommes et 40,3 % de femmes, pour un âge moyen de 55 ans. Ils représentent 8,7 % des 122 610 bénéficiaires de la CFE ayant consommé des soins en 2023.

L'analyse permet d'établir les constats suivants (cf. tableau 19) :

- le niveau de concentration de la dépense est élevé, 46 % de la dépense de santé (68 M€) étant le fait des 8,7 % d'assurés présentant une affection de longue durée. La concentration de la dépense de santé sur les ALD apparaît plus importante que dans le régime général. En effet, en France, les affections de longue durée représentent 66 % de la dépense totale remboursée par l'assurance maladie pour 20 % de la population[13]. ;
- les bénéficiaires en ALD ont une dépense annuelle moyenne de santé de 7 258 €, soit un niveau six fois supérieur à celui de l'ensemble des bénéficiaires. Dans le régime général, la dépense annuelle moyenne de santé des patients en ALD s'élève à 9 300 €, soit sept fois la dépense annuelle moyenne des patients hors ALD[14] ;
- la dépense totale des ALD est concentrée sur les tranches d'âge les plus élevées, 59 % de la dépense totale étant le fait de bénéficiaires de plus de 55 ans (cf. graphique 19).

La situation des ALD ne semble pas différer significativement de celle observée pour le régime général, mais la concentration de leurs dépenses de santé est toutefois plus concentrée à la CFE.

[13] Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005, assurance maladie, 22 juillet 2024.

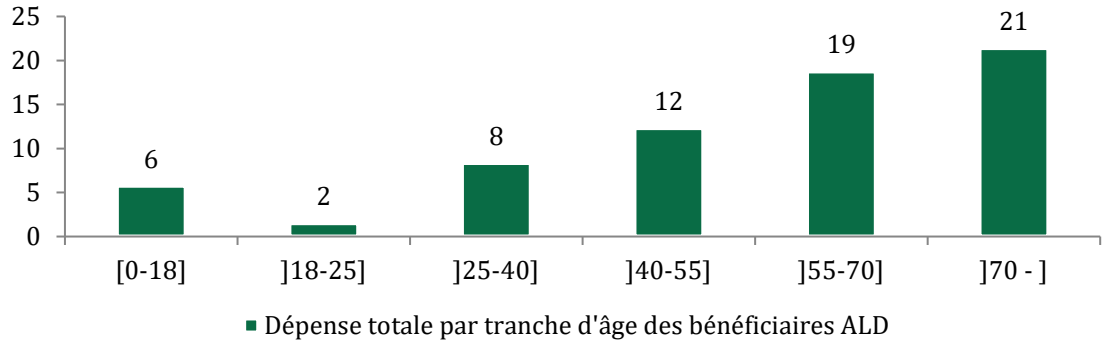
[14] Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales relatif aux affections de longue durée, juin 2024.

Tableau 19 : Analyse de la dépense des bénéficiaires atteints d'affections de longue durée

Dépense des bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée	
Dépense totale des bénéficiaires en ALD	68 089 368 €
dont dépense totale d'hospitalisation	*33 988 121 €*
dont dépense totale de soins de ville	*34 101 247 €*
Part de la dépense des bénéficiaires en ALD dans la dépense totale	46 %
dont part dans la dépense totale d'hospitalisation	*48 %*
dont part dans la dépense total des soins de ville	*44 %*
Dépense moyenne des bénéficiaires ALD	7 258 €
Dépense moyenne des bénéficiaires ALD par rapport à la dépense moyenne de l'ensemble des bénéficiaires	603 %
Dépense moyenne d'hospitalisation des bénéficiaires ALD	10 904 €
Dépense moyenne de soins de ville des bénéficiaires ALD	3 662 €

Source : Caisse des Français de l'étranger, dépenses de santé pour l'année 2023.

Graphique 19 : Répartition par tranche d'âge de la dépense des bénéficiaires de la CFE en affection de longue durée (en M€)

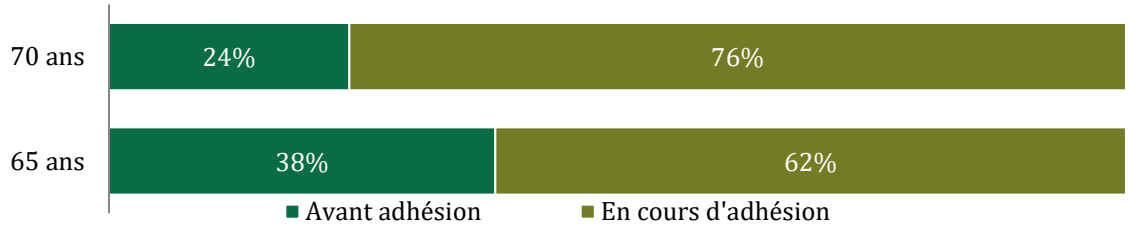


Source : Caisse des Français de l'étranger.

Les adhésions tardives constituent une spécificité de la CFE, qui ne pratique pas de barrière d'âge contrairement aux assureurs privés. Ces derniers fixent en effet une limite à 65 ou 70 ans pour adhérer, sans pour autant exclure les assurés qui atteindraient cet âge en cours d'adhésion. En l'absence de mécanisme de régulation, l'adhésion tardive de personnes âgées à la CFE tire à la hausse la dépense de santé (la dépense moyenne par bénéficiaire étant plus élevée aux tranches d'âge élevées – cf. *supra*) sans que la solidarité interne au régime ait pu jouer préalablement à cette adhésion : les adhérents tardifs n'ont en effet pas cotisé à un âge où leurs dépenses de santé étaient moindres, contribuant ainsi à la mutualisation des risques.

Parmi les bénéficiaires de la CFE de plus de 65 ans et 70 ans ayant reçu des soins en 2023, respectivement 38 % et 24 % avaient passé cet âge lors de leur adhésion (cf. graphique 20). Cela représente, sur l'échantillon constitué par la mission, 7 672 adhérents tardifs passé 65 ans et 3 496 adhérents tardifs passé 70 ans. Ces adhérents tardifs ont représenté en 2023 une dépense de santé totale de 21 M€ et 11 M€, respectivement, pour les plus de 65 ans et les plus de 70 ans, soit une dépense moyenne de 2 751 € et 2 993 €. Ce niveau de dépense moyenne est d'un ordre de grandeur comparable à celui de la dépense moyenne pour l'ensemble de ces tranches d'âge (cf. *supra*).

Graphique 20 : Part des adhésions tardives après 65 ans et 70 ans



Source : Mission, d'après des données de la Caisse des Français de l'étranger. Note : calcul sur la base des bénéficiaires de la CFE ayant reçu des soins au cours de l'année 2023.

La mission a estimé le surcroît de dépenses de santé généré par les adhérents tardifs qui, chez un assureur privé, auraient été confrontés à une barrière d'âge. Pour cela, la mission a calculé la dépense supplémentaire générée par les adhérents tardifs par rapport à la dépense moyenne par bénéficiaire (en utilisant un contrefactuel substituant des adhérents « moyens » aux adhérents tardifs et pour neutraliser, du moins partiellement, l'effet des cotisations, difficile à estimer compte tenu de la répartition des plus de 65 ans entre un grand nombre de contrats, dont les « contrats ex » et la catégorie aidée). Il en résulte un surcroît de dépenses lié aux adhésions tardives après 65 ans et 70 ans de l'ordre de 12 M€ et 5 M€, respectivement.

Tableau 20 : Surcroît de dépenses de santé lié aux adhésions tardives

	Dépense de santé
Dépense moyenne par bénéficiaire	1 204 €
Écart à la dépense moyenne des dépenses adhérents tardifs après 65 ans	1 547 €
Écart à la dépense moyenne des dépenses adhérents tardifs après 70 ans	1 789 €
Surcroît de dépenses des adhérents tardifs après 65 ans	11 868 584 €
Surcroît de dépenses des adhérents tardifs après 70 ans	5 408 312 €

Source : Mission d'après des données de la Caisse des Français de l'étranger.

2.4.3. Les prestations en espèces (rentes d'invalidité) ont connu un repli de – 22 % entre 2019 et 2023, en cohérence avec la diminution des effectifs couverts, mais sont de plus en plus concentrées sur les assurés âgés

Les prestations en espèces versées au titre des assurances invalidité, maternité et accidents du travail et maladies professionnelles ont diminué de – 22 % entre 2019 et 2023, passant de 11,0 M€ à 8,6 M€. La baisse est la plus prononcée pour les prestations versées au titre d'un décès (- 71 %), d'une maladie (- 48 %) et de la maternité (41 %). Elle est en revanche moins marquée s'agissant des accidents du travail (- 11 %) (cf. tableau 22).

La prestation moyenne par type d'assurance a connu une relative stabilité. Elle augmente ainsi de + 2 % pour les pensions d'invalidité et de +7 % pour les accidents du travail, mais recule de – 6 % pour les décès et de – 2 % pour les rentes liées à une maladie.

Les prestations en espèces diminuent pour l'ensemble des tranches d'âge, à l'exception des plus de 70 ans. Pour cette dernière tranche d'âge, elles augmentent de + 24 %, passant de1,9 M€ en 2019 à 2,4 M€ en 2024.

Enfin, la prestation moyenne progresse nettement chez les plus de 70 ans (+ 16 % entre 2019 et 2023) mais reste stable pour les moins de 18 ans, les 25-40 ans et les 55-70 ans. Elle connaît en revanche un net repli, de – 21 %, pour les 18-25 ans.

Il résulte de ces évolutions une concentration accrue de la dépense totale de prestations en espèces sur les tranches d'âge élevées. Les plus de 55 ans représentaient ainsi 65 % de la dépense totale de prestations espèces en 2023, contre 54 % en 2019. Cette concentration accrue est principalement imputable aux plus de 70 ans, dont la part dans la dépense totale de prestations en espèces progresse de 10 points de pourcentage entre 2019 et 2023, passant de 17 % à 27 %.

Tableau 21 : Dépenses de santé des assurés de la CFE

Dépenses de santé	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2019-2023
Dépenses de santé (en €)						
Dépense totale	124 692 520	112 690 770	122 361 120	132 078 310	147 623 410	18 %
Dépense totale en France	63 840 210	55 360 756	60 832 844	65 765 664	70 986 260	11 %
Dépense totale à l'étranger	60 847 784	57 328 984	61 527 360	66 310 904	76 629 700	26 %
Dépense totale de soins de ville	65 156 819	57 848 199	62 659 010	66 084 864	76 717 654	18 %
Dépense totale de soins de ville en France	29 240 075	25 647 456	28 314 376	30 561 085	34 936 746	19 %
Dépense totale de soins de ville à l'étranger	35 916 743	32 200 742	34 344 634	35 523 778	41 780 909	16 %
Dépense totale d'hospitalisation	59 535 457	54 842 773	59 702 545	65 993 563	70 899 446	19 %
Dépense totale d'hospitalisation en France	34 602 306	29 713 966	32 519 145	35 205 339	36 050 114	4 %
Dépense totale d'hospitalisation à l'étranger	24 933 151	25 128 807	27 183 400	30 788 223	34 849 332	40 %
Dépense totale par sexe :						
Femmes	55 517 404	49 106 692	52 142 424	57 275 932	65 427 850	18 %
Hommes	69 106 560	63 540 172	70 159 590	74 737 560	82 117 630	19 %
Dépense totale par tranche d'âge :						
[0-18]	16 442 678	13 189 132	12 830 547	13 672 016	16 396 918	0 %
]18-25]	3 856 167	3 266 788	2 952 763	3 223 812	3 279 432	-15 %
]25-40]	19 738 348	17 529 280	19 269 886	19 611 608	23 144 148	17 %
]40-55]	24 595 470	23 657 560	24 067 834	24 621 530	29 411 306	20 %
]55-70]	34 620 090	28 112 894	32 462 580	35 725 850	36 800 130	6 %
]70 -]	25 443 332	26 940 480	30 791 496	35 230 970	38 591 310	52 %
Dépense d'hospitalisation par tranche d'âge :						
[0-18]	3 305	4 294	3 783	2 846	1 887	-43 %
]18-25]	4 015	4 605	3 680	4 119	2 706	-33 %
]25-40]	2 737	3 022	2 919	2 612	2 475	-10 %

]40-55]	3 289	4 783	4 056	3 435	2 991	-9 %
]55-70]	5 356	4 994	5 101	5 031	4 346	-19 %
]70 -]	5 019	6 239	6 315	6 264	6 276	25 %
Dépense de soins de ville par tranche d'âge :						
[0-18]	311	288	307	299	365	17 %
]18-25]	312	285	284	285	327	5 %
]25-40]	466	460	475	473	535	15 %
]40-55]	534	543	551	509	576	8 %
]55-70]	872	886	895	883	921	6 %
]70 -]	1 132	1 164	1 185	1 200	1 253	11 %
Dépense moyenne par sexe :						
Femmes	928	944	969	987	1063	14 %
Hommes	1 181	1 245	1 304	1 307	1 347	14 %
Dépense moyenne par tranche d'âge :						
[0-18]	515	511	512	498	545	6 %
]18-25]	628	623	541	607	576	-8 %
]25-40]	816	808	822	806	901	10 %
]40-55]	925	1 023	986	938	1 039	12 %
]55-70]	1 860	1 668	1 804	1 834	1 840	-1 %
]70 -]	2 329	2 599	2 729	2 835	3 012	29 %

Source : Caisse des Français de l'étranger.

Tableau 22 : Prestations en espèces des assurés de la CFE

Prestations en espèces (en €)	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2019-2023
Total des prestations	11 045 783	10 443 181	10 048 983	9 608 548	8 586 147	-22 %
Prestation totale pour pension d'invalidité	1 454 509	1 407 373	1 304 219	1 234 978	1 127 771	-22 %
Prestation totale pour maladie (tous types)	2 269 428	2 102 122	1 957 356	1 918 524	1 345 653	-41 %
Prestation totale pour maternité	1 243 936	1 044 923	1 063 038	757 971	772 392	-38 %
Prestation totale pour décès	150 276	178 256	166 258	113 124	43 992	-71 %
Prestation totale pour accident du travail	5 802 296	5 584 792	5 434 491	5 458 244	5 186 971	-11 %
Prestation totale par sexe :						
Femmes	5 584 385	5 329 887	5 256 747	4 967 567	4 791 204	-14 %
Hommes	5 461 398	5 113 295	4 792 236	4 640 981	3 794 943	-31 %
Prestation totale par tranche d'âge :						
[0-18]	205 140	192 076	173 409	179 909	160 903	-22 %
]18-25]	84 279	51 765	55 695	37 395	30 668	-64 %
]25-40]	1 928 548	1 700 864	1 529 365	1 144 249	1 044 720	-46 %
]40-55]	2 868 014	2 538 343	2 474 417	2 236 646	1 765 105	-38 %
]55-70]	4 049 826	3 892 832	3 611 660	3 730 455	3 225 606	-20 %
]70 -]	1 909 975	2 067 301	2 204 436	2 279 893	2 359 146	24 %
Prestation moyenne						
Prestation moyenne pour pension d'invalidité	13 344	13 153	12 541	13 138	13 588	2 %
Prestation moyenne pour maladie (tous types)	3 552	3 850	3 801	4 493	3 495	-2 %
Prestation moyenne pour maternité	4 133	4 019	4 136	3 592	4 517	9 %
Prestation moyenne pour décès	9 392	8 913	8 750	9 427	8 798	-6 %
Prestation moyenne pour accident du travail	9 638	9 867	9 501	10 127	10 292	7 %
Prestation moyenne par contrat	6 630	7 071	6 930	7 566	7 552	14 %
Prestation moyenne par bénéficiaire	6 748	7 104	6 969	7 578	7 532	12 %

Prestation moyenne par sexe :						
Femmes	8 578	9 318	9 063	9 798	10 577	23 %
Hommes	5 539	5 694	5 559	6 099	5 524	0 %
Prestation moyenne par tranche d'âge :						
[0-18]	9 769	9 146	9 127	9 469	10 056	3 %
]18-25]	3 512	4 706	5 570	2 493	2 788	-21 %
]25-40]	3 325	3 429	3 332	2 980	3 359	1 %
]40-55]	7 012	7 294	6 817	7 506	6 611	-6 %
]55-70]	10 411	10 465	10 088	11 621	10 473	1 %
]70 -]	8 925	9 312	9 461	9 870	10 393	16 %

Source : Caisse des Français de l'étranger.

3. Le caractère atypique de la CFE, du fait notamment de ses missions de service public, se traduit par un positionnement concurrentiel unique et a facilité le développement de partenariats commerciaux et de gestion

3.1. La CFE apparaît compétitive par rapport aux assureurs privés, en raison de ses avantages concurrentiels et de son positionnement atypique, et malgré une qualité de service perfectible, mais le développement de régimes obligatoires de base dans le monde constitue un risque important à long terme alors que les relais de croissance à court terme sont limités

3.1.1. La CFE est positionnée sur l'ensemble de la chaîne de valeur de l'assurance santé internationale

Le marché de l'assurance santé internationale mobilise plusieurs types d'acteurs qui interviennent sur les différents segments de la chaîne de valeur. Il se compose ainsi :

- d'assureurs, qui structurent des offres d'assurances et portent le risque de l'assuré dans leur bilan ;
- de gestionnaires, qui gèrent la relation avec les assurés, la liquidation des actes et développent des réseaux de prestataires de soins ;
- de courtiers, qui commercialisent les offres des assureurs.

Seul un nombre limité d'acteurs est positionné sur l'ensemble de la chaîne de valeur. Il s'agit des grands assureurs mondiaux comme Aetna, Cigna ou Bupa. En effet, l'assurance internationale constitue un métier de niche qui implique d'être capable de développer des plateformes de gestion fonctionnant en continu (24h/24h, 7 jours sur 7, afin de couvrir l'ensemble des fuseaux horaires) offrant une qualité de service élevée aux clients. Elle exige également de connaître l'offre de soins dans une variété de pays, de développer des réseaux de soin avec des prestataires locaux et d'être capable de contrôler et de liquider des actes relevant de législations, de langues et de devises variées.

Par conséquent, une partie de la chaîne de valeur, sur laquelle les assureurs ne souhaitent pas se positionner, a été investie par des gestionnaires et des courtiers, exerçant parfois les deux métiers conjointement (courtiers-gestionnaires).

À cet égard, la CFE, est positionnée sur l'ensemble de la chaîne de valeur : elle structure des offres d'assurance et porte le risque à son bilan, elle commercialise ses offres et elle assure la gestion des assurés. Pour autant, la CFE délègue une partie de la chaîne de valeur, pour la commercialisation de ses offres et dans le cadre de ses partenariats (ses partenaires réalisant pour son compte une partie de la gestion des assurés).

3.1.2. La CFE dispose d'avantages concurrentiels liés à son statut d'organisme de sécurité sociale

La CFE dispose de plusieurs avantages concurrentiels qu'elle met en avant dans le cadre de la promotion de ses offres :

- le monopole conféré à la CFE en matière de recouvrement des cotisations retraite pour le compte de la CNAV constitue un produit d'appel pour les clients individuels et collectifs. La faculté de cotiser à l'assurance vieillesse de la CNAV proposée *via* la CFE n'est pas liée aux autres offres et peut être mobilisée indépendamment de celles-ci. Pour autant, cette possibilité joue le rôle de produit d'appel et peut susciter des adhésions pour d'autres risques de la part de clients, notamment collectifs, recherchant une simplicité de gestion (et un seul prestataire) ;
- le monopole de distribution d'une carte Vitale à ses assurés facilite la prise en charge des soins en France de résidents Français à l'étranger ;
- l'absence de délai de carence en cas de retour définitif en France évite la rupture de prise en charge ou le coût de souscription d'une assurance temporaire avant la réouverture des droits auprès du régime général. En principe, un délai de carence de trois mois s'applique lors d'un retour en France avant la réouverture de ces droits, même si ce délai peut être supprimé, notamment lorsque la personne concernée reprend une activité professionnelle dès son retour en France ;
- la prise en charge des cotisations retraite en cas d'incapacité permanente, prévue dans l'assurance invalidité et AT-MP, est une spécificité de la CFE. En cas d'incapacité permanente, si l'assuré cotisait à l'assurance vieillesse *via* la CFE, cette dernière assure la prise en charge des cotisations vieillesse, même en cas de rupture du contrat de travail de l'assuré (le cas échéant). Aucune assurance privée ne propose un produit similaire.

3.1.3. Alors que le caractère atypique de la CFE la distingue de ses concurrents privés, ses offres couplées à une complémentaire apparaissent compétitives par rapport au prix des assurances au premier euro

Le positionnement de la CFE dans l'environnement concurrentiel de l'assurance santé internationale est atypique. Plusieurs éléments la distinguent des autres acteurs du marché.

En premier lieu, la CFE propose une structure de cotisations et de prestations uniforme quel que soit le pays de résidence de l'assuré. Le niveau des prestations est calculé pour reproduire le niveau de couverture qui serait apporté par la sécurité sociale française à un résident en France. Il ne s'ajuste pas au coût des soins dans le pays de résidence de l'assuré, de sorte que le reste à charge connaît des variations importantes selon que le coût des soins est élevé ou non. Il découle du caractère uniforme des prestations une détermination forfaitaire des tarifs de cotisation, qui ne dépendent en effet que de l'âge et de la composition familiale et pas du pays de résidence. La démarche des assurances santé privées est inverse : le niveau de prestations est défini pour viser un certain niveau de couverture (par exemple 100 %, 80 %, *etc.* suivant des formules de différentes gammes) dans le cadre d'offres au premier euro et les cotisations sont ajustées pour équilibrer les coûts induits par le niveau de couverture ainsi déterminé. Par conséquent, le niveau de cotisation varie en fonction du coût des soins et donc des pays.

En second lieu, la définition du panier de prestations de la CFE, sur la base de la nomenclature des actes de la sécurité sociale, se traduit par un périmètre de remboursement différent de celui proposé par des acteurs privés. Par exemple, certaines molécules médicamenteuses qui seraient commercialisées dans un pays donné, car ayant reçu l'autorisation des autorités de régulation locales, pourraient ne pas être prises en charge par la CFE au motif qu'elles ne seraient pas couvertes par la sécurité sociale en France (par exemple parce que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou la Haute autorité de santé n'aurait pas autorisé ce médicament ou son remboursement). Les acteurs privés, à l'inverse, structurent leurs offres en fonction de l'offre et des pratiques de soin locales. Cette situation peut être un handicap vis-à-vis de ses concurrents dont l'offre est adaptée au marché local.

En troisième lieu, l'absence de sélection du risque à la CFE ne correspond pas à la pratique de marché. Les assureurs privés sélectionnent en effet les risques, sur la base d'un questionnaire médical préalable à l'adhésion (les pathologies lourdes pouvant alors être exclues du panier de soins couverts) ou en instituant des limites d'âge pour l'adhésion (généralement autour de 70 ans). La CFE ne pratique quant à elle aucune sélection de ses assurés et ne peut donc pas piloter son profil de risque.

Il en résulte que la CFE ne connaît aucun concurrent direct parmi les assureurs privés qui proposerait une offre comparable. Si cette situation peut à certains égards la préserver de la concurrence, elle traduit aussi une inadéquation de son offre à certains marchés, qui ne peut devenir pertinente qu'adossée à une complémentaire.

L'analyse par la mission d'un échantillon d'offres d'assurances privées, au premier euro, confirme le caractère atypique des offres de la CFE (cf. tableau 23). Cette simulation, fondée sur le cas d'un célibataire de 35 ans partant en expatriation au Canada (**profil 1**), appelle les remarques suivantes :

- le tarif de cotisation de l'offre de la CFE seule est nettement inférieur (de l'ordre de 55 % plus bas) à celui des offres correspondant à la gamme « basique » au premier euro d'assurance privées ;
- les niveaux de couverture des assurances au premier euro sont plus élevés que celui proposé par la CFE, quel que soit le type de soins (hospitalisation, médecin de ville, pharmacie, optique, dentaire) ;
- les assurances au premier euro proposent une couverture moins « universelle » que la CFE : alors que la CFE couvre un panier de soins très large (en lien avec celui couvert par la sécurité sociale), les assurances au premier euro adaptent leurs offres en excluant la prise en charge de certains types de soins (par exemple maternité, psychiatrie, dentaire).

La mission a également examiné un échantillon d'offres d'assurances privées, commercialisées en complément d'une offre de la CFE (cf. tableau 24). Réalisée sur la base du même profil (profil 1), cette simulation appelle les remarques suivantes :

- le niveau de couverture proposé par les assurances privées dans le cadre d'une offre en complément de la CFE est équivalent à celui proposé dans le cadre d'une offre au premier euro ;
- en revanche, le tarif de cotisation de l'assurance privée est ajusté à la baisse, pour tenir compte de l'intervention de l'assurance de la CFE au premier euro. La baisse moyenne du tarif de l'assurance privée sur l'échantillon considéré atteint ainsi 50 %, avec des écarts allant de - 20 % à - 70 % ;

- le coût total des offres en complément CFE (intégrant la cotisation CFE et la cotisation de la complémentaire) est, dans l'échantillon analysé, en moyenne inférieur aux offres au premier euro (de l'ordre de 10 %), même si ce constat n'est pas systématique pour toutes les offres (sur les six offres analysées, le coût global en complément CFE est supérieur au coût de l'offre au premier dans deux cas).

Afin d'apprécier les écarts de coût entre les offres couplées entre une CFE et un complémentaire d'une part, et les offres au premier euro d'autre part, la mission a réalisé une simulation supplémentaire (cf. tableau 25). Cette simulation est fondée sur deux profils d'assurés différents :

- assuré de 65 ans partant en expatriation en Côte d'Ivoire (**profil 2**) ;
- assuré de 45 ans, avec un conjoint de 45 ans et un enfant de 15 ans, partant en expatriation au Royaume-Uni (**profil 3**).

Il ressort de cette simulation que les offres associant la CFE et une complémentaire présentent un tarif de l'ordre de 20 % inférieur aux offres au premier euro pour le profil 2 et de l'ordre de 15 % inférieur pour le profil 3.

Ainsi, la CFE ne semble pas souffrir d'un déficit de compétitivité prix par rapport aux assurances privées, soit parce que le caractère atypique de son offre la rend difficilement comparable aux offres alternatives, soit parce que le coût global d'une offre de la CFE associée à une complémentaire apparaît inférieur aux autres au premier euro proposées par le marché pour des garanties similaires. Les entretiens conduits par la mission corroborent ce constat : sans qu'il soit possible de conclure que les offres de la CFE sont systématiquement moins chères que les offres au premier euro, car l'inverse peut être vrai selon certaines entreprises rencontrées, il semble en tout état de cause que le positionnement prix de la CFE (assortie d'une complémentaire) soit aligné sur le marché des assurances privées, à garanties équivalentes.

Tableau 23 : Comparaison entre l'offre de la CFE et un échantillon d'assurances privées au premier euro (profil 1)

Profil 1	CFE	April (basic)	Henner formule 1	L'Equité Generali starter	MSH Quartz	Henner formule 2	April (essential)
Cotisation mensuelle premier euro	**94 €**	**197 €**	**211 €**	**239 €**	**251 €**	**312 €**	**329 €**
Prestations							
Hospitalisation (en % du coût réel)	42 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accouchement en voie basse	3 158 €	Non pris en charge.	Non pris en charge.	Non pris en charge.	3 500 €	Non pris en charge.	3 000 €
Consultations généraliste ou spécialiste	18,55 €	2 visites par an couvertes à 100 %. A partir de la 3ème visite, couverture jusqu'à 80€ par visite.	50 € par consultation	40 € pour les généralistes, 60 € pour les spécialistes	80 € par consultation	100 € par consultation	5 visites par an couvertes à 100 %. A partir de la 6ème visite, jusqu'à 100€ par visite
Consultations psychiatre	32,69 €	Non pris en charge.	Non pris en charge.	Non pris en charge.	80 € par consultation (max. 5 séances par an)	100€ par consultation	60€ par visite (4 visites par an)
Consultations dentiste	13,80 €	500€ maximum par an.	Non pris en charge.	100 %, maximum de 600 € par an	250 € maximum par dent / 1000€ par an	300 € maximum par année d'adhésion	100 %
Pharmacie	55 % du coût réel	100 %	Non pris en charge.	100 %, maximum de 3 000 € par an	3000 € maximum par an (10 000€ si ALD)	90 %	100 %
Optique	Montures/verres jusqu'à 6,76 €	Montures/verres jusqu'à 150 €	Non pris en charge.	Montures/verres jusqu'à 200 €	Montures/verres jusqu'à 100 €	300 € maximum pour deux années d'adhésion	Montures/verres jusqu'à 250 €

Source : Mission, sur la base de simulations en date du 13 mars 2025.

Tableau 24 : Comparaison entre l'offre de la CFE et un échantillon d'assurances privées en complément CFE (profil 1)

Profil 1	CFE	Henner formule 1	April (basic)	MSH Quartz	Henner formule 2	April (essential)	L'Equité Generali starter
Cotisation mensuelle assurance privée	N.A.	62 €	113 €	124 €	140 €	144 €	186 €
Cotisation CFE	94 €	94 €	94 €	94 €	94 €	94 €	94 €
Cotisation mensuelle totale	**94 €**	**156 €**	**207 €**	**218 €**	**234 €**	**238 €**	**280 €**
Prestations							
Hospitalisation (en % du coût réel)	42 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accouchement en voie basse	3 158 €	Non pris en charge	Non pris en charge	3 500 €	Non pris en charge	3 000 €	Non pris en charge
Consultations généraliste ou spécialiste	18,55 €	50 € par consultation	2 visites par an couvertes à 100 %. A partir de la 3ème visite, couverture jusqu'à 80€ par visite.	80 € par consultation	100€ par consultation	5 visites par an couvertes à 100 %. A partir de la 6ème visite, jusqu'à 10 € par visite.	40 € pour les généralistes, 60 € pour les spécialistes
Consultations psychiatre	32,69 €	Non pris en charge.	Non pris en charge.	80 € par consultation (max. 5 séances par an)	Non pris en charge.	Non pris en charge.	Non pris en charge.
Consultations dentiste	13,80 €	Non pris en charge.	500€ maximum par an.	250 € maximum par dent / 1000 € par an	300 € maximum par année d'adhésion	100 € maximum par an.	100 %, maximum de 600 € par an
Pharmacie	55 % du coût réel	Non pris en charge.	100 %	300 € maximum par an (10 000 € si ALD)	90 %	100 %	100 %, maximum de 3000€ par an
Optique	Montures/verres jusqu'à 6,7 €	Non pris en charge.	Montures/verres jusqu'à 150€	Montures/verres jusqu'à 10 €	300 € maximum pour deux années d'adhésion	Montures/verres jusqu'à 25 €	Montures/verres jusqu'à 200 €

Source : Mission, sur la base de simulations en date du 13 mars 2025.

Tableau 25 : Analyse des écarts de coûts entre un échantillon d'offres couplées à la CFE et d'offres au premier euro (profils 2 et 3)

Profil	CFE	April essential	Henner formule 2	April basic	Allianz confort	Henner formule 1	MSH Quartz	Verspieren confort
	Profil 2							
Cotisation mensuelle premier euro	N.A.	560 €	465 €	408 €	678 €	262 €	410 €	303 €
Cotisation mensuelle CFE et complément CFE	147 €	339 €	321 €	295 €	522 €	215 €	371 €	279 €
dont cotisation CFE	147 €	147 €	147 €	147 €	147 €	147 €	147 €	147 €
dont cotisation complémentaire	N.A.	192 €	174 €	148 €	375 €	68 €	224 €	132 €
Cotisation CFE + complément / cotisation premier euro	N.A.	61 %	69 %	72 %	77 %	82 %	90 %	92 %
	Profil 3							
Cotisation mensuelle premier euro	N.A.	1 218 €	1 017 €	911 €	1 235 €	687 €	865 €	1 300 €
Cotisation mensuelle CFE et complément CFE	294 €	1 044 €	748 €	899 €	1 132 €	494 €	860 €	1 081 €
dont cotisation CFE	294 €	294 €	294 €	294 €	294 €	294 €	294 €	294 €
dont cotisation complémentaire	N.A.	750 €	454 €	605 €	838 €	200 €	566 €	787 €
Cotisation CFE + complément / cotisation premier euro	*N.A.*	*86 %*	*74 %*	*99 %*	*92 %*	*72 %*	*99 %*	*83 %*

Source : Mission, sur la base de simulations en date des 13 et 20 mars 2025.

3.1.4. À court terme, les relais de croissance *via* la diversification des clients collectifs apparaissent limités

Dans un contexte de diminution des contrats collectifs traditionnels liés à l'expatriation des salariés d'entreprise, la CFE a pu envisager de rechercher des relais de croissance auprès d'autres employeurs tels que les organisations internationales présentes en France. Un total de 70 organisations internationales sont en effet implantées en France selon le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, soit qu'elles y ont leur siège, soit qu'elles disposent d'un bureau de représentation. Pour la seule agglomération du Grand Paris, les organisations qui y sont implantées représentent un total de 11 500 employés selon l'étude de Paris-Île-de-France Capitale économique[15].

[15] Étude exploration sur les organisations internationales dans le Grand Paris. Paris-Île-de-France Capitale économique, 2025.

Les organisations internationales bénéficient de privilèges et immunités qui leur permettent de choisir le régime de protection sociale de leurs salariés en France. Elles concluent des accords de sécurité sociale qui complètent leur accord de siège et précisent les modalités d'application des règles de la sécurité sociale à leurs employés, en particulier lorsqu'une dérogation à l'adhésion au régime obligatoire est demandée[16]. En pratique, la protection sociale des employés d'organisations internationales prend trois formes :

- système interne de protection sociale (en particulier pour la retraite) ;
- affiliation à une assurance privée (en particulier pour la santé) ;
- affiliation au régime de protection sociale français.

L'offre de la CFE pourrait être adéquate pour des organisations internationales qui ne souhaitent pas adhérer au régime obligatoire et régler les cotisations afférentes tout en bénéficiant de certaines facilités comme la carte Vitale.

Pour autant, les attentes des organisations internationales et la concurrence des assurances privées limitent ce potentiel. Les organisations internationales exigent en effet un niveau de couverture élevé pour leurs employés, que la CFE seule ne peut octroyer. Cette dernière devrait donc soumettre des offres conjointement à une complémentaire, ce que les appels d'offres ne prévoient pas toujours, comme la mission a pu le constater.

D'une part, les cotisations à la CFE étant plus faibles que les cotisations acquittées par un salarié en France (cf. 2.2.3), le recours à la CFE plutôt qu'au régime général induirait un coût net pour la sécurité sociale prise dans son ensemble (régime général et CFE), pour des dépenses de soin identiques (la dépense de soin étant indépendante du régime d'assurance retenu dans un contexte de prestations identiques). D'autre part, la vocation de la CFE est d'assurer des Français à l'étranger, et non des ressortissants étrangers en France, quand bien même le fait d'être employé par une organisation internationale leur confèrerait un statut extraterritorial au sens de la sécurité sociale.

3.1.5. À long terme, le développement de régimes obligatoires de sécurité sociale de plus en plus performants constitue un risque pour la CFE

La CFE a été pensée comme le prolongement à l'étranger du régime obligatoire de base de la sécurité sociale française. Celle-ci ne se suffit à elle-même, en termes de couverture des soins, que dans les pays où le coût des soins est faible. Le niveau de remboursement proposé permet alors d'annuler le reste à charge ou de le maintenir à des niveaux soutenables pour les assurés. Dans les pays où le coût des soins est plus élevé, les offres de la CFE doivent être assorties d'une complémentaire pour diminuer le reste à charge de l'assuré.

Or, le développement de systèmes plus performants de sécurité sociale dans le monde crée une concurrence pour la CFE à deux titres :

- d'une part, la mise en place de régimes obligatoires de sécurité sociale fondés sur des cotisations obligatoires pour les assurés induit un coût supplémentaire pour ces derniers, qui peuvent être conduits à réaliser un arbitrage financier avec les offres de la CFE, afin de ne pas devoir s'acquitter de deux cotisations pour la couverture d'un même risque ;

[16] L'ordonnance n° 2022-533 du 13 avril 2022 définissant la nature, les conditions et les modalités d'octroi par le Gouvernement de privilèges, immunités et facilités à des organisations internationales, des agences décentralisées de l'Union européenne et à certaines associations ou fondations prévoit ainsi que « *sous réserve qu'ils soient couverts pour chacun de ces risques par le régime particulier de l'organisation, les membres du personnel d'une organisation internationale [...] qui travaillent en France bénéficient d'une exemption d'affiliation au régime obligatoire de sécurité sociale français* ».

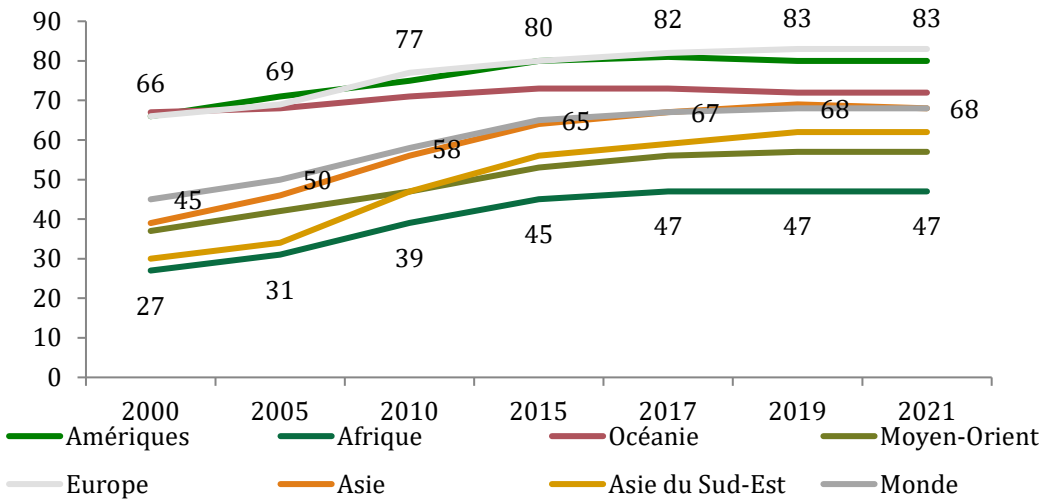
- la progression des niveaux de remboursement des soins peut rendre la prise en charge de la CFE superflue.

À cet égard, le faible taux de pénétration (par rapport au nombre important de résidents français dans cette région) de la CFE dans les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (cf. 1.3.2) s'explique :

- d'une part, du fait de l'obligation résultant de l'application de la directive qui interdit la double affiliation à un régime de sécurité sociale au sein de l'Union européenne ;
- et d'autre part, parce que l'existence même dans ces pays de régimes obligatoires de base de sécurité sociale rend la CFE superflue en matière de prise en charge des soins ou peu compétitive dans le cadre d'une double cotisation.

Si la crise du Covid-19 a ralenti le développement des systèmes de protection sociale dans le monde, la tendance sur plus longue période est celle d'une amélioration régulière de la couverture sociale. L'indice de couverture universelle des systèmes de santé suivi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre des objectifs de développement durable de l'Organisation des nations unies (ONU) est un indicateur synthétique rendant compte de la couverture de la population par des services de santé de base. Cet indicateur a enregistré une progression constante depuis les années 2000, l'indice passant de 45 en 2000 à 68 en 2021 (cf. graphique 21). En parallèle, la part des dépenses de santé dans la dépense publique a également augmenté, passant de 9,6 % en 2000 dans l'ensemble des pays du monde à 11,2 % en 2021[17].

Graphique 21 : Évolution de l'indice de couverture universelle des systèmes de santé



Source : Organisation mondiale de la santé. Note : les étiquettes de données représentent la valeur maximale de l'indice (Europe), la valeur minimale (Afrique) et la valeur moyenne (monde).

Dans ce contexte, la CFE est confrontée au risque d'une érosion de sa base de clients à mesure que le nombre et la qualité des régimes obligatoires de sécurité sociale s'accroissent dans le monde.

[17] Source : organisation mondiale de la santé (https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD).

3.2. La qualité de service, malgré des progrès, continue de présenter des faiblesses importantes, dans un contexte où elle constitue un critère prépondérant en particulier pour les clients collectifs

La qualité de service est un facteur de différenciation important sur le marché de l'assurance santé internationale, en particulier dans le cadre des contrats collectifs. En effet, la mission a constaté que les considérations de tarifs venaient généralement en second rang par rapport aux considérations de qualité de la gestion et de fluidité de l'expérience client dans les critères retenus par les entreprises pour choisir un contrat collectif. De fait, les principaux griefs exprimés à l'égard de la CFE par les entreprises portent sur le service client.

La CFE, dont la qualité de service constituait une faiblesse ancienne, a réalisé des progrès en matière de prospection et de gestion des contrats. La qualité de service de la CFE se caractérisait par des délais de remboursement importants et une gestion de la relation clientèle caractérisée par un standard téléphonique peu réactif. Or, la qualité du service client est d'autant plus importante que, contrairement aux soins dispensés en France, le tiers-payant ne s'applique en principe pas pour les soins à l'étranger, obligeant les assurés à avancer les frais. Dans ce contexte, des délais de remboursement trop longs peuvent induire des renoncements aux soins. Des efforts ont été entrepris ces dernières années pour améliorer le service client, à la fois en matière de prospection et de gestion des contrats :

- en matière de prospection, le taux de décroché s'est amélioré, passant de 72 % en 2021 à 82 % en 2024 tandis que les délais de traitement des e-mails ont été divisés par deux, passant de six à trois jours (cf. tableau 26) ;
- en matière de gestion de la relation clientèle, le taux de décroché a également progressé, passant de 67 % à 80 % en 2023. Ce taux enregistre toutefois un repli en 2024, à 70 % (cf. tableau 27) ;
- les délais de réalisation des actes de gestion des contrats ont diminué à partir de mi-2022, après une phase de dégradation débutée en 2021 (cf. graphique 22). À cet égard, les délais nécessaires aux radiations sont passés de 19 jours en juin 2021 à 9 jours en décembre 2024 ;
- les délais de certains actes de gestion des soins ont diminué, comme en matière de traitement des soins à l'étranger déposés sur le portail internet, passé de 19 à 5 jours entre juin 2021 et décembre 2024 (cf. graphique 23).

Tableau 26 : Évolution de la qualité de service de l'activité prospection

Cellule prospection	2021	2022	2023	2024
Total activité prospection	58 159	70 878	68 681	53 942
Taux de décroché	72 %	73 %	73 %	82 %
Réactivité du traitement des e-mails (en jours)	6,0	6,5	5,8	3,2

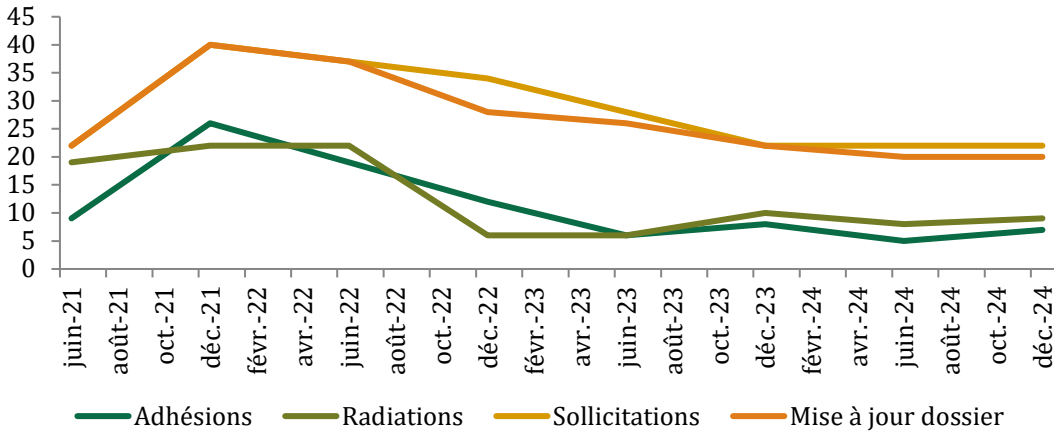
Source : Caisse des Français de l'étranger. Note : l'activité de prospection est calculée en faisant la somme des appels entrants, des appels sortants et des e-mails entrants ; le taux de décroché correspond au quotient des appels téléphoniques répondus par les appels reçus.

Tableau 27 : Évolution du taux de décroché de la cellule de gestion de la relation clientèle

Cellule relations clientèle	2021	2022	2023	2024
Taux de décroché	67 %	77 %	80 %	70 %

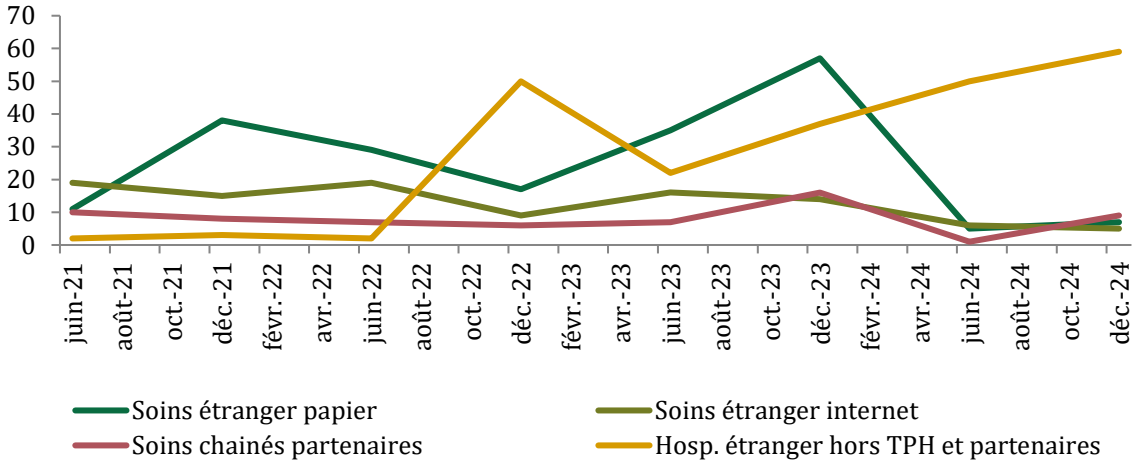
Source : Caisse des Français de l'étranger. Note : les données pour 2024 s'arrêtent à fin octobre.

Graphique 22 : Délais de traitement des actes de gestion des contrats (en jours)



Source : Caisse des Français de l'étranger.

Graphique 23 : Délais de traitement des actes de gestion des soins (en jours)



Source : Caisse des Français de l'étranger. Légende : hosp.=hospitalisation ; TPH=tiers payant hospitalier.

Ces progrès semblent toutefois fragiles et n'ont pas éteint tous les motifs d'insatisfaction exprimés par les clients. Certains indicateurs de qualité de service ne progressent pas, par exemple s'agissant des délais de traitement d'une sollicitation d'un client ou de mise à jour des dossiers clients. D'autres régressent fortement, comme en matière de traitement des soins hospitaliers réalisés à l'étranger, dont les délais de traitement atteignent 59 jours en décembre 2024. La mission a constaté dans ses entretiens avec les clients collectifs des faiblesses importantes dans la qualité de service : absence de communication d'un interlocuteur dédié à des « grands comptes », absence de prise en compte des clients mandataires pendant plusieurs mois, malgré le versement des cotisations. Dans un environnement concurrentiel, ces faiblesses, si elles n'étaient pas résolues, pourraient s'avérer déterminantes dans la capacité de la CFE non seulement à acquérir de nouveaux contrats collectifs mais également à conserver son portefeuille à son niveau actuel.

3.3. La politique de partenariats engagée par la CFE a permis d'améliorer la qualité de gestion et de service mais le pilotage de son coût apparaît perfectible

3.3.1. La CFE a développé une politique de partenariats conduisant à déléguer une partie de la gestion des assurés

La CFE a conclu des partenariats afin d'externaliser certaines fonctions dans une logique d'amélioration de la qualité de service et d'adaptation aux évolutions de la demande des clients. La stratégie de partenariat recouvre quatre domaines d'activité :

- la plateforme téléphonique ;
- la liquidation des soins de ville reçus en France, *via* la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- la liquidation d'une partie des soins à l'étranger, *via* des partenaires de l'assurance privée internationale (partenariats dits de « *fronting* ») ;
- la mise en place dans certains pays d'une offre de tiers payant hospitalier (cf. encadré 2).

Le *fronting* consiste à proposer une offre intégrée aux assurés, qui disposent ainsi d'une offre couplée, au premier euro, de la CFE et d'un assureur privé. Cette forme de partenariat a été introduite par la loi du 24 décembre 2018 et est désormais prévue à l'article L. 766-4-3 du code de la sécurité sociale. Outre qu'elles apportent une plus grande lisibilité aux assurés, les offres en *fronting* permettent de réduire les délais de remboursement, le « fronteur » liquidant à la fois la part de remboursement de la CFE et la part complémentaire, puis se fait rembourser auprès de la CFE.

La CFE dispose de cinq partenaires dans le cadre d'offres en *fronting* : April, Henner, la MGEN, MSH et Owello. L'intérêt pour ces partenaires en *fronting* est de pouvoir bénéficier de la notoriété et du référencement de la CFE pour commercialiser des offres couplées ou faire connaître leurs propres offres au premier euro.

Une « cellule *fronting* » à la CFE est chargée des relations avec les partenaires pour les opérations suivantes :

- gestion des adhésions et radiations (« chaînage » de l'adhésion avec le partenaire et « déchaînage » après une radiation) ;
- liquidation des soins en France non traités par les partenaires ou la MSA ;
- supervision des liquidation réalisées en *fronting* (respect de la convention de partenariat et des règles de gestion, vérification de la liquidation).

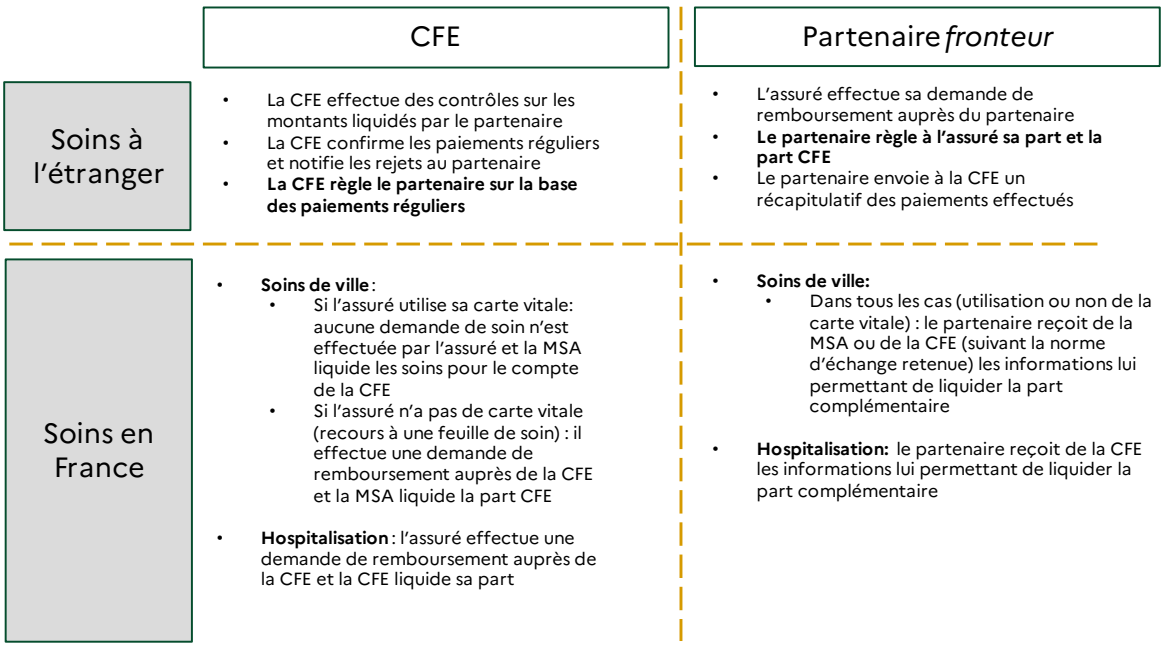
L'étendue du rôle du *fronteur* est différente selon que les soins sont réalisés en France ou à l'étranger (cf. figure 2) :

- le partenaire *fronteur* est chargé de la liquidation de l'ensemble des soins réalisés à l'étranger. L'adhérent a alors un interlocuteur unique pour sa demande de remboursement ;
- pour les soins réalisés en France, les modalités opérationnelles du partenariat diffèrent selon les *fronteurs*.

Si les responsabilités respectives des *fronteurs* et de la CFE sont homogènes pour les soins réalisés à l'étranger, elles sont en revanche hétérogènes, et complexes, pour les soins réalisés en France. La demande de remboursement pouvait ainsi être déposée auprès de la CFE ou auprès du *fronteur* selon le partenariat. De même, la liquidation est ainsi partagée entre le *fronteur*, la CFE ou la MSA selon le partenaire concerné et selon les modalités de remboursement des soins (feuille de soin papier, tiers payant, carte Vitale).

La CFE s'est engagée dans un processus de simplification et d'harmonisation de la gestion des soins en France. À compter du 1er janvier 2025, les demandes de remboursement pour des soins réalisés en France se font intégralement auprès de la CFE, quel que soit le partenaire *fronteur* (les adhérents à la CFE et MSH et Owello n'introduisent plus leurs demandes de remboursement de soins en France auprès de ces derniers). Cette démarche d'harmonisation des processus en France a toutefois conduit à créer une divergence avec le processus suivi pour les soins à l'étranger, pour lequel la demande de remboursement est introduite auprès du seul partenaire en *fronting* : les assurés sont donc désormais confrontés à deux processus différents selon que les soins sont réalisés en France ou à l'étranger. Si ce circuit est en principe neutre pour les assurés qui utilisent leur carte Vitale pour les soins en France (auquel cas, la télétransmission permet un remboursement de la part CFE et de la part complémentaire sans qu'aucune démarche ne soit nécessaire de la part de l'assuré), il peut être source de confusion et nuire à l'appréciation de la qualité de service rendu par la CFE. Des entreprises clientes de la CFE rencontrées par la mission ont ainsi fait état de mécontentements de leurs salariés vis-à-vis du nouveau circuit et d'un manque de communication de la part de la CFE en amont de la bascule des processus. Cette situation est, pour certains clients, de nature à dégrader la perception du service client de la CFE.

Figure 2 : Organisation des opérations de *fronting*



Source : Caisse des Français de l'étranger, point sur l'activité de fronting*, 16 décembre 2024.*

Encadré 2 : Mise en place du tiers-payant hospitalier (TPH)

Afin d'améliorer l'adéquation de son offre aux pratiques de marché dans certains pays, la CFE a développé une offre de tiers-payant hospitalier. Par le passé, la CFE proposait une offre de TPH, par le biais de conventionnement avec des hôpitaux avec lesquels elle négociait des tarifs. En 2019, un marché d'externalisation du TPH a été passé avec MSH et VYV. Depuis 2024, seul VYV est détenteur de ce marché.

L'accès au TPH est conditionné à plusieurs critères. Les assurés doivent être adhérents à titre individuel, à jour de leurs cotisations et ne pas être affiliés à une complémentaire santé. En outre, les soins, qu'il s'agisse de soins programmés ou de soins d'urgence, doivent être réalisés dans un hôpital relevant du réseau du partenaire VYV. L'offre de TPH intègre une assistance médicale fonctionnant en continu et les transferts sanitaires vers la structure médicale garantissant des soins appropriés.

Dans le cadre du TPH, un barème dérogatoire de prise en charge s'applique. L'hospitalisation est remboursée à 70 %, 80 % ou 100 % des frais engagés, selon le pays de réalisation des soins (une prise en charge à 100 % s'applique par exemple dans les pays d'Afrique de l'Ouest tandis que la prise en charge ne sera que de 70 % au Liban ou en Malaisie). Le solde est à la charge de l'assuré.

La mise en place du partenariat avec VYV s'est traduite par des difficultés de gestion. Des flux importants de soins relevant du TPH, associés à des difficultés de prise en main de l'extranet d'échange avec VYV mis en place pour la CFE, ont conduit à des délais importants de remboursement et à des erreurs de liquidation.

3.3.2. Les partenaires de la CFE jouent un rôle opérationnel croissant et liquidaient en 2023 63 % des actes des assurés

Les partenaires *fronteurs* jouent un rôle croissant dans la liquidation des prestations couvertes par la CFE (cf. tableau 28). L'ensemble des actes liquidés par les partenaires, en incluant la MSA, représente ainsi, en 2024, 69 % du total des actes liquidés, contre 7 % en 2019. La MSA représente la majeure partie des actes liquidés par les partenaires (41 % du total des actes liquidés et 59 % des actes liquidés par les partenaires en 2024), pour des soins réalisés en France uniquement. Hors MSA, la part des actes liquidés par les *fronteurs* est passée de 7 % à 28 %, **[Confidentiel – Secret des affaires]** représentant à elle seule 17 % du total.

Tableau 28 : Évolution des actes liquidés par les partenaires de la CFE

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
En nombre d'actes						
Actes liquidés	3 105 711	3 098 381	3 111 350	3 271 070	3 527 096	3 719 910
Dont part liquidée par la CFE	2 889 083	2 295 319	1 705 259	1 501 447	1 283 986	1 155 014
Dont part liquidée par les partenaires	216 628	803 062	1 406 091	1 769 623	2 243 110	2 564 896
MSA	[Confidentiel – Secret des affaires]					
MSH						
Henner						
MGEN						
April						
Owello						
En pourcentage du total des actes						
CFE	93 %	74 %	55 %	46 %	36 %	31 %
MSA	[Confidentiel – Secret des affaires]					
MSH						
Henner						
MGEN						
April						
Owello						

Source : Caisse des Français de l'étranger Note : Owello liquidait 0,001 % des actes en 2021 et 0,02 % en 2022 et 2023.

Le rattachement à un partenaire en *fronting* pour la couverture du risque maladie est proportionnellement plus importante pour les adhérents collectifs que pour les adhérents individuels (cf. graphique 24 et graphique 25). Alors que 33 % de l'ensemble des bénéficiaires de la CFE relèvent d'adhésions collectives, les bénéficiaires rattachés à une offre de *fronting* relèvent de cette catégorie dans 59 % des cas. En particulier, 69 % et 84 % des bénéficiaires d'une offre de *fronting* de **[Confidentiel – Secret des affaires]**, respectivement, sont rattachés à une adhésion collective. La plus forte représentation des adhésions collectives

chez les bénéficiaires rattachés à une offre de *fronting* traduit la préférence des entreprises pour les offres intégrées au premier euro proposées dans le cadre du *fronting*.

Graphique 24 : Nombre de bénéficiaires individuels et collectifs des offres de *fronting* et relevant de la CFE seule

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Présentation sur le fronting *du 16 décembre 2024, conseil d'administration de la CFE des 16 et 17 décembre 2024.*

Graphique 25 : Proportion de bénéficiaires individuels et collectifs rattachés à un partenaire en *fronting*

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Présentation sur le fronting*, 16 décembre 2024, conseil d'administration de la CFE des 16 et 17 décembre 2024.*

3.3.3. Si la politique de partenariat a contribué à l'amélioration de la qualité de service de la CFE, son coût invite à négocier au plus juste la rémunération des partenaires

La politique de partenariat a contribué à l'amélioration de la qualité de service de la CFE. En effet, des objectifs de qualité de service sont fixés au partenaire dans le cadre de la contractualisation. Ces indicateurs portent notamment sur le service client (réactivité de la plateforme de relation clientèle du partenaire *fronteur*), sur la gestion des sinistres (remboursement des soins aux assurés et paiement aux prestataires de santé) et sur la gestion des réclamations, comme l'illustre le cas des indicateurs retenus pour le partenariat avec [-] (cf. tableau 29). Les cibles d'amélioration du taux de décroché et des délais de réalisation des actes de gestion répondent ainsi à des faiblesses anciennes, et pour partie persistantes, du service client de la CFE.

Tableau 29 : Exemple d'indicateurs de qualité de service d'un partenaire *fronteur* de la CFE ([-])

Catégorie	Indicateur	Définition	Cible
Service client	Efficience de la réponse téléphonique	Pourcentage des appels répondus en moins de 20 secondes	95 % < 20 secondes
	Taux de décroché (appels)	Nombre d'appels décrochés divisé par nombre d'appels reçus	97 %
	Délai de traitement moyen des e-mails	Délai moyen pour répondre de façon circonstanciée par email, aboutissant à la clôture de la requête	80 % sous 2 jours ouvrés et 100 % sous 4 jours ouvrés
Sinistres	Délai de traitement moyen d'une demande de remboursement assuré	Délai moyen entre la réception de tous les documents nécessaires pour adjudiquer le sinistre et la clôture du sinistre	90 % entre 0 à 4 jours ouvrés et 100 % sous 8 jours ouvrés

Catégorie	Indicateur	Définition	Cible
	Délai de traitement des paiements aux prestataires de santé	Délai moyen entre la réception de tous les documents nécessaires pour adjudiquer le sinistre et la clôture du sinistre	60 % en 20 jours ouvrés et 100 % en 30 jours ouvrés
Réclamations	Délai de traitement des réclamations	Traitement et clôture des réclamations	100 % en moins de 21 jours ouvrés

Source : Caisse des Français de l'étranger.

En outre, certaines modalités opérationnelles du *fronting* ont contribué à l'amélioration de la qualité de service. En particulier, le fait que les partenaires *fronteurs* assurent le paiement à l'assuré de la part CFE et de la part complémentaire a permis de réduire les délais de remboursement des soins. Avant cela, le partenaire était obligé d'attendre que la CFE ait liquidé sa part pour en faire de même avec la part complémentaire : les retards de liquidation de la CFE se répercutaient ainsi sur l'ensemble des remboursements. Désormais, le *fronteur* avance la part de la CFE puis se fait rembourser par celle-ci dans le cadre d'un processus transparent pour l'assuré.

Le coût des partenariats contribue à la hausse des coûts de gestion de la CFE. Les dépenses liées au paiement des partenaires en *fronting* sont ainsi passées de 144 524 € en 2018 à 964 026 € en 2023 (cf. tableau 30 et annexe III sur l'analyse budgétaire et financière de la CFE). La part de ces dépenses dans l'ensemble des charges de gestion courante a augmenté en 2019 par rapport à 2018 puis s'est stabilisée autour de 3 % depuis cette date. Le coût des partenariats devrait augmenter alors que certains partenaires, qui n'étaient pas rémunérés jusqu'en 2023, ont négocié avec la CFE une rémunération du partenariat ([-]).

Si ce coût apparaît en ligne avec les pratiques de marché, il n'en demeure pas moins hétérogène selon les partenaires [Confidentiel – Secret des affaires] (cf. tableau 31). Selon les interlocuteurs auditionnés par la mission, la pratique de marché consisterait à retenir un taux de rémunération plus élevé et à l'appliquer sur l'assiette de cotisations et non pas de prestations. À ce titre, la rémunération versée par la CFE à ses partenaires serait préférentielle par rapport à ces pratiques de marché (car assise sur les prestations), même si la diversité des taux de rémunération appliqués, pour des prestations similaires, suggère de renégocier les conventions présentant les taux les plus élevés.

Tableau 30 : Évolution des dépenses liées au paiement des partenaires en *fronting*

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Coût annuel	144 542 €	1 032 168 €	852 317 €	697 341 €	1 328 731 €	964 026 €
Charges de gestion courante	25 618 098 €	32 741 005 €	30 285 904 €	30 975 976 €	32 023 427 €	33 96 814 €
Part des dépenses de fronting dans les charges de gestion courante	0,6 %	3,2 %	2,8 %	2,3 %	4,1 %	2,8 %

Source : Audit de la mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale, sur la base de données de la CFE ; comptes de la CFE.

Tableau 31 : Rémunération des partenaires en *fronting*

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Conventions de partenariat de la CFE.

4. Si la catégorie aidée et les « contrats ex » pèsent sur l'équilibre financier de la CFE, son modèle économique est en premier lieu remis en cause par la position déficitaire de l'ensemble des offres individuelles

4.1. Le déficit structurel de l'ensemble des contrats individuels maladie n'est que partiellement compensé par les excédents réalisés sur les contrats collectifs et le risque AT-MP

4.1.1. L'ensemble des catégories d'assurés et des types de contrats présentent un déséquilibre financier, à l'exception des contrats collectifs, et plus marginalement des contrats Monde Expat, qui dégagent des excédents

Les contrats individuels présentent un déséquilibre financier structurel qui ne s'est pas résorbé depuis l'entrée en vigueur de la réforme en 2019. En effet, les cotisations perçues apparaissent insuffisantes pour compenser le niveau des prestations de sorte que les contrats individuels ont présenté un solde déficitaire cumulé de [-] en 2023[18].

Cette situation de déséquilibre concerne les nouveaux contrats lancés dans le cadre de la refonte de l'offre consécutive à la réforme de 2018 (cf. graphique 27). **[Confidentiel – Secret des affaires]**

Au-delà des nouveaux contrats, des catégories d'assurés en extinction (dont les *contrats ex*) pèsent le plus fortement sur l'équilibre des contrats individuels. Le solde cumulé des « contrats ex retraités », « contrats ex-salariés » et des contrats non-salariés (dont les « contrats ex-non-salariés ») s'élève ainsi à - 11,8 M€. La diminution progressive du nombre d'assurés relevant de ces contrats réduit néanmoins progressivement leur incidence financière, qui s'élevait à - 13,6 M€ à son pic de 2021.

L'analyse des ratios de cotisations sur les prestations corrobore cette analyse (cf. graphique 28)[19]**.** **[Confidentiel – Secret des affaires]**

Compte tenu de l'entrée en vigueur de la réforme et du début de la commercialisation des nouveaux contrats en 2019, l'analyse des résultats par contrat doit être prise avec précaution en début de période. En effet, les nouveaux contrats ont coexisté de manière transitoire avec d'anciens contrats – et continuent de coexister avec les « contrats ex », de sorte que leur rentabilité doit s'apprécier à l'issue d'une période de montée en charge de la réforme, c'est-à-dire à partir de 2020, voire 2021 compte tenu de la crise du Covid-19.

En outre, il convient de noter que les soldes entre cotisations et prestations et les ratios P/C correspondants n'intègrent pas les coûts de gestion de la CFE. Ils sont dits « non chargés » dans la terminologie de la CFE. Par conséquent, un solde nul ou un P/C égal à 1 n'implique pas une situation d'équilibre du modèle économique de la CFE : compte tenu des frais de gestion de la caisse, qui représentent de l'ordre de 20 % des dépenses, des P/C proches de 0,8 seraient dès lors nécessaires pour assurer la rentabilité de l'organisme.

---

[18] Ce solde n'intègre pas celui de catégories d'assurés en extinction (retraités au forfait, inactifs, étudiants, CovidExpat) dont les montants sont faibles.

[19] Le ratio P/C ou S/P (sinistres/primes) est utilisé dans le secteur assurantiel pour mesurer l'équilibre économique d'un portefeuille d'assurés. Un P/C égal à 1, ou 100 %, traduit un équilibre économique du portefeuille (mais pas nécessairement un équilibre financier global dans la mesure où les frais de gestion s'ajoutent aux coûts liés aux prestations).

À l'inverse, les contrats collectifs sont historiquement équilibrés et permettent de dégager des marges suffisantes pour financer les coûts de gestion (cf. graphique 26). Bien que volatils, les excédents dégagés sur les contrats collectifs sont importants ([-] en moyenne annuelle entre 2019 et 2023, [-] en 2023), malgré une évolution peu dynamique des cotisations au cours de cette période. Le ratio P/C s'est quant à lui élevé à [-] en moyenne sur cette période, soit un niveau permettant de financer des frais de gestion de l'ordre de 20 %. Il s'est amélioré entre 2022 et 2023 pour atteindre [-] cette dernière année.

Graphique 26 : Équilibre financier des contrats collectifs

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger. Légende : P/C=ratio des prestations sur les cotisations. Note : la catégorie des comptes contenant le résultat des contrats collectifs est la catégorie des « salariés ». Jusqu'au 1er avril 2019, cette catégorie incluait les contrats collectifs mais également certains contrats individuels relevant de la catégorie des salariés. L'année 2019 contient donc un biais sur le premier trimestre, au cours duquel les cotisations et prestations concernent les deux types de population.

Graphique 27 : Solde des cotisations et des prestations des contrats individuels (en M€)

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger.

Graphique 28 : Ratio des cotisations sur les prestations (P/C) des contrats individuels

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger.

Tableau 32 : Rentabilité par type de contrats maladie-maternité proposés par la CFE

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger. Légende : P/C=ratio des prestations sur les cotisations.

4.1.2. L'Océanie, l'Europe et l'Amérique du Nord présentent les portefeuilles les plus équilibrés tandis que les régions de résidence des bénéficiaires de la catégorie aidée se caractérisent par de forts déséquilibres

L'équilibre du portefeuille d'assurés de la CFE connaît des variations importantes selon les zones géographiques. Les ratios de P/C variaient ainsi, en 2023, de [-] dans la région Océanie à [-] au Moyen-Orient (cf. graphique 29). L'Amérique du Nord et l'Europe présentaient des portefeuilles globalement équilibrés tandis que l'Afrique du Nord, l'Amérique latine, l'Afrique subsaharienne et l'Asie se trouvaient en situation de déséquilibre.

Ces écarts sont la traduction des différences dans les populations d'assurés par zone géographiques. Des profils d'expatriés plus jeunes, salariés, peuvent se rencontrer plus fréquemment en Océanie et en Amérique du Nord. Inversement, les bénéficiaires de la catégorie aidée et les retraités seront concentrés en Afrique du Nord, au Moyen-Orient et dans une partie de l'Asie.

Graphique 29 : Ratios de prestations sur cotisations par zone géographique (2023)

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Caisse des Français de l'étranger.

4.1.3. Les assurances AT-MP permettent de dégager des excédents importants de l'ordre de [-] par an, qui sont toutefois fragilisés par la baisse du nombre de contrats et une rentabilité qui s'érode

Les excédents des assurances accidents du travail et maladies professionnelles de la CFE permettent de compenser la position déficitaire sur le risque maladie. Entre 2018 et 2023, le risque AT-MP a généré en moyenne [-] d'excédents annuels (cf. tableau 33). La dynamique est toutefois baissière : le solde des cotisations et des prestations a atteint [-] en 2023 alors qu'il s'élevait à [-] en 2018.

Cette évolution des excédents du risque AT-MP apparaît structurelle, au même titre que celle des adhérents collectifs. En effet, les adhérents collectifs représentent 88 % des adhérents aux assurances accidents du travail et maladies professionnelles. Or, le nombre de contrats AT-MP collectif diminue de [-] entre 2021 et 2024, dans un contexte d'érosion du nombre d'adhérents collectifs à la CFE. La poursuite de la tendance en matière d'adhérents collectifs devrait s'accompagner d'une baisse parallèle des contrats AT-MP et, partant, d'une réduction des excédents réalisés sur ce risque. En tout état de cause, cette évolution ne semble pouvoir être compensée par les contrats individuels, pour lesquels la baisse est plus forte encore ([-]), bien que leur contribution à l'équilibre de l'ensemble de ce risque soit plus limitée.

Au-delà des effets liés à la diminution du nombre de contrats AT-MP, leur rentabilité s'est elle-même dégradée. En effet, le P/C des contrats AT-MP a connu une augmentation quasi-continue depuis 2018. La tendance semble s'être inversée en 2023, le P/C passant à [-] après [-] en 2022, mais celui-ci se maintient à un niveau nettement supérieur à celui de 2018 ([-]). De fait, la relative stabilité des tarifs de cotisation AT-MP (+2,1 % de croissance par an, en moyenne, entre 2018 et 2024, cf. 2.3) n'a pas permis d'améliorer le ratio de P/C en jouant sur les prix des assurances plutôt que sur le volume d'assurés.

Tableau 33 : Équilibre financier des contrats AT-MP

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Comptes de la Caisse des Français de l'étranger.

4.2. Le coût du dispositif de la catégorie aidée[20], dont le financement repose à 85 % sur les fonds propres de la CFE, a été multiplié par trois en raison d'une stagnation du tarif de cotisation et malgré des effectifs stables

4.2.1. Le dispositif de la catégorie aidée introduit une logique de solidarité, sous condition de ressources, dans l'offre de la CFE

L'article L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale prévoit un dispositif de subventionnement partiel des cotisations des Français assurés volontaires à la CFE dont les ressources ne leur permettraient pas d'acquitter le coût normal de la cotisation.

L'article D. 762-3 du code de la sécurité sociale, créé par le décret n° 2019-604 du 18 juin 2019 relatif à la réforme de la CFE, détermine les conditions d'éligibilité à la catégorie aidée sur la base d'un critère de nationalité et d'enregistrement administratif et d'un critère de ressources. En premier lieu, les bénéficiaires doivent être de nationalité française et être inscrits au registre des Français établis hors de France auprès du consulat dans la circonscription duquel ils résident. En second lieu, leurs ressources de toutes natures doivent être inférieures à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 23 600 € au 1er janvier 2025, pour un plafond fixé à 47 100 €). Ce plafond peut être modulé selon un indice de parité de pouvoir d'achat fixé par arrêté du ministre chargé des affaires sociales, sans pouvoir lui être supérieur.

Les services consulaires sont chargés de l'instruction des demandes au titre de la catégorie aidée. Ils s'appuient sur l'avis d'une commission locale, constituée à partir des conseils consulaires, pour examiner la conformité des ressources à la limite réglementaire. Le chef de la mission diplomatique statue sur la demande et transmet cette décision, ainsi que, le cas échéant, la demande d'adhésion, à la CFE.

La conformité des ressources à la limite réglementaire fait l'objet d'un contrôle au moins triennal. Si le chef de la mission diplomatique constate que le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'éligibilité, ou si ce dernier n'a pas transmis les informations nécessaires à l'instruction de son dossier, la CFE notifie à l'intéressé la fin de sa prise en charge au titre de la catégorie aidée.

4.2.2. La catégorie aidée représente environ 3 % des contrats individuels et fait l'objet d'une forte concentration géographique, dix pays regroupant 83 % des bénéficiaires

La catégorie aidée concernait 2 173 contrats et 3 617 bénéficiaires en 2024 (cf. tableau 34). Rapportée aux 66 569 contrats individuels souscrits à la CFE et aux 107 644 bénéficiaires au titre de ces contrats, elle représente 3,3 % des contrats individuels souscrits et 3,4 % des bénéficiaires.

Fin 2024, les adhérents à la catégorie aidée sont des hommes pour 51 % d'entre eux et des femmes pour 49 %. L'âge moyen des adhérents est de 67 ans, dont 68 ans pour les femmes et 66 ans pour les hommes. Le nombre moyen de bénéficiaires rattachés à chaque contrat est de 1,7, reflétant l'âge moyen élevé de cette population (et l'absence de rattachement d'enfants au foyer, le cas échéant). Les ressources annuelles moyennes des bénéficiaires, déclarées à l'administration consulaire dans le cadre de la demande d'accès à ce dispositif, s'élèvent à 10 049 € (dont 10789 € pour les hommes et 9 267 € pour les femmes).

[20] Issu de la loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002 créant cette catégorie aidée

Si le nombre de contrats et de bénéficiaires relevant de la catégorie aidée est en légère progression depuis 2020, leur part dans le total des contrats individuels et des bénéficiaires reste quant à elle stable. Ainsi, le nombre de contrats relevant de la catégorie aidée a progressé de + 3,6 % entre 2020 et 2024, soit un ordre de grandeur similaire à la hausse observée pour l'ensemble des contrats individuels, qui s'élève sur la même période à + 4,1 %. Le nombre de bénéficiaires, quant à lui, a connu une hausse de + 2,3 % sur la période, quand le nombre total de bénéficiaires au titre de contrats individuels enregistrait un léger repli, à - 0,1 %. En conséquence, la part des contrats relevant de la catégorie aidée dans le total des contrats est restée stable, à 3,3 %, depuis 2020, tandis que la part des bénéficiaires a légèrement progressé, passant de 3,3 % en 2020 à 3,4 % en 2024.

Tableau 34 : Part des bénéficiaires de la catégorie aidée sur le nombre total de contrats et bénéficiaires de la CFE

Année	Nombre total de contrats individuels	Dont catégorie aidée	% contrats aidés	Nombre total de bénéficiaires	Dont catégorie aidée	% bénéficiaires aidés
2020	63 925	2 097	3,3 %	107 739	3 535	3,3 %
2021	64 791	2 156	3,3 %	107 965	3 601	3,3 %
2022	66 066	2 173	3,3 %	108 412	3 626	3,3 %
2023	66 479	2 261	3,4 %	108 455	3 792	3,5 %
2024	66 569	2 173	3,3 %	107 644	3 617	3,4 %

Source : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères – direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire.

Le nombre de bénéficiaires de la catégorie aidée et leur part dans le total des assurés à la CFE connaissent des variations importantes selon les pays de résidence (cf. tableau 35). Le Liban est ainsi le pays où le nombre de contrats relevant de la catégorie aidée (504) et le nombre de bénéficiaires de cette catégorie (862) sont les plus élevés. Surtout, la catégorie aidée représente 19 % des contrats et 20 % des bénéficiaires de la CFE dans le pays. En comparaison, au Maroc, qui est le troisième pays par le nombre de contrats et de bénéficiaires de la catégorie aidée, cette dernière représente 4 % des contrats et des bénéficiaires.

Tableau 35 : Dix premiers pays par le nombre de contrats relevant de la catégorie aidée (septembre 2024)

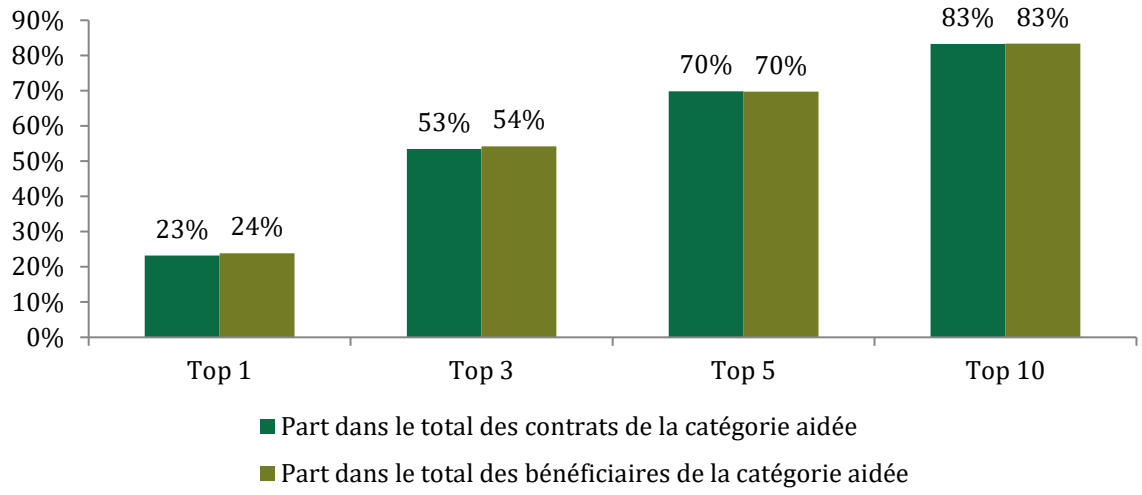
Pays	Nombre de contrats aidés	Total contrats individuels	Nombre de bénéficiaires aidés	Total bénéficiaires individuels	% contrats aidés
1. Liban	504	2 595	862	4 276	19 %
2. Sénégal	333	2 994	596	5 709	11 %
3. Maroc	325	7 399	504	12 884	4 %
4. Tunisie	229	1 952	348	2 933	12 %
5. Thaïlande	127	3 561	212	5 434	4 %
6. Côte d'Ivoire	75	2 255	103	4 440	3 %
7. Île Maurice	75	2 725	106	5 302	3 %
8. Madagascar	58	1 851	125	3 835	3 %
9. Cambodge	45	530	81	893	8 %
10. Viet Nam	39	998	79	1 789	4 %

Source : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères – direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire.

La catégorie aidée fait l'objet d'une concentration géographique élevée. Le Liban représente ainsi 23 % de l'ensemble des contrats et 24 % de l'ensemble des bénéficiaires de la catégorie aidée, tous pays confondus. Les dix premiers pays par le nombre de contrats de la catégorie aidée concentrent quant à eux 83 % des contrats et des bénéficiaires de cette catégorie (cf. graphique 30). Cette concentration dans un nombre limité de pays peut avoir deux déterminants, non exclusifs d'autres causes possibles :

- la présence, dans ces pays, d'un nombre important de Français expatriés aux revenus modestes, qui les rendent éligibles à la catégorie aidée ;
- des coûts des soins modérés dans ces pays, ou proches des prix pratiqués en France, qui rendent le dispositif attractif par le degré de prise en charge qu'il apporte (inversement, dans les pays où les soins sont onéreux, le reste à charge élevé peut diminuer l'intérêt du dispositif de la catégorie aidée).

Graphique 30 : Concentration géographique des contrats et bénéficiaires de la catégorie aidée (septembre 2024)



Source : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Note de lecture : les trois pays présentant le nombre le plus élevé de contrats de la catégorie aidée concentrent, en cumulé, 53 % de l'ensemble des contrats et 54 % de l'ensemble des bénéficiaires de cette catégorie à la CFE.

4.2.3. Le financement de la catégorie aidée repose à près de 85 % sur les fonds propres de la CFE

L'article L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale énonce que la prise en charge partielle des cotisations des bénéficiaires de cette « catégorie aidée » est assurée par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE. L'action sanitaire et sociale de la CFE, quant à elle, est prévue à l'article L. 766-4-1 du code de la sécurité sociale. Celui-ci énonce que la CFE met en œuvre une action sanitaire et sociale en faveur :

- des personnes mentionnées à l'article L. 762-5, c'est-à-dire relevant de la catégorie aidée, en prenant en charge une partie de leurs cotisations ;
- de l'ensemble de ses affiliés, dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel.

Le financement du budget de l'action sanitaire et sociale, prévu à l'article R. 766-58-1 du code de la sécurité sociale, relève de deux canaux :

- un financement spécifique à la catégorie aidée, lui-même fondé sur deux sources :
  - un versement depuis les branches maladie-maternité-invalidité et AT-MP, au prorata des cotisations versées ;
  - un concours de l'État (sans précisions sur le montant de ce concours) ;
- un financement de l'action sanitaire et sociale mise en œuvre en faveur de l'ensemble des affiliés de la CFE. Ce financement est assuré par un prélèvement sur les cotisations de l'ensemble des risques couverts selon des modalités prévues dans l'arrêté du 14 janvier 2020[21] :
  - une fraction du produit des cotisations des assurances volontaires maladie, maternité, invalidité, pour un montant égal à 45,26 % des dépenses annuelles prévues pour ces actions ;
  - une fraction du produit des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles, pour un montant égal à 5,91 % des dépenses annuelles prévues pour ces actions ;
  - une fraction du produit des cotisations de l'assurance volontaire vieillesse, pour un montant égal à 48,84 % des dépenses annuelles prévues pour ces actions.

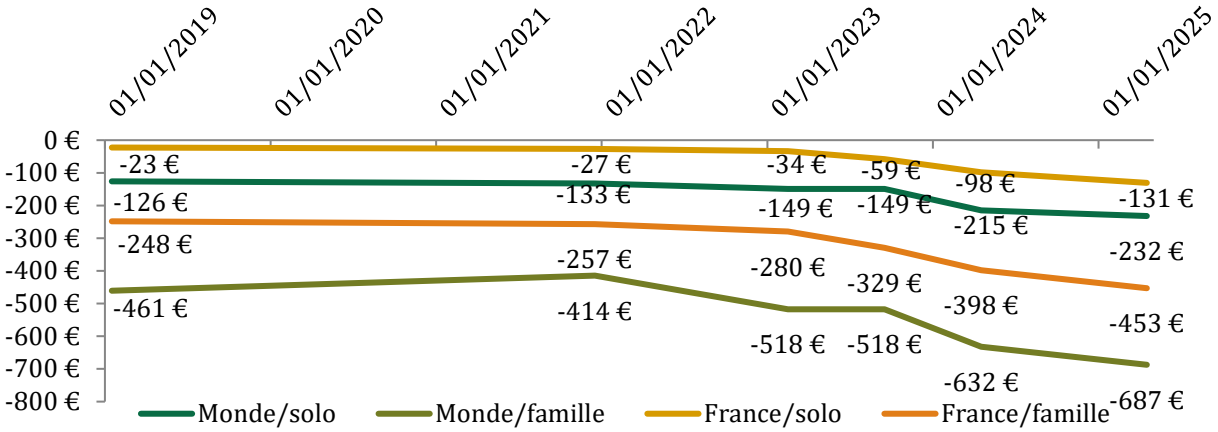
Le coût du dispositif de la catégorie aidée est calculé par la CFE sur la base de l'écart entre la cotisation bonifiée payée par les assurés aidés et le coût de la cotisation dont ils auraient dû s'acquitter au titre de l'offre non-préférentielle de la CFE.

Le montant de la cotisation perçue au titre de la catégorie aidée est prévu dans l'arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la CFE, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'ils emploient à l'étranger. Au 1er janvier 2025, ce montant s'élevait à 210 €, quelle que soit la composition du foyer de l'assuré et le nombre d'ayant droits. Le conseil d'administration, lors de sa réunion de fin décembre 2024, a décidé d'une hausse de + 8 % du tarif de la catégorie aidée, qui portera celui-ci à 228 € et entrera en vigueur le 1er avril 2025.

[21] Arrêté du 14 janvier 2020 fixant les recettes du budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE.

Le coût du dispositif de la catégorie aidée a été multiplié par 3 entre 2016 et 2024 pour atteindre 4,9 M€ (cf. tableau 37). Dans le même temps, le nombre de contrats actifs au titre de cette catégorie diminuait de 16 % (un point bas ayant été atteint, en 2019, à 2 036 contrats, avant une remontée graduelle jusqu'à 2 173 contrats en 2024). La hausse du coût de la catégorie aidée procède de l'écart croissant entre la cotisation forfaitaire acquittée par les bénéficiaires et le coût de l'offre non-préférentielle, qui a progressé plus rapidement à la suite de la modernisation de la tarification mise en œuvre par la loi du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la CFE (cf. graphique 31). En effet, depuis 2019, le coût forfaitaire du contrat maladie-maternité au titre de la catégorie aidée a progressé de + 4 %, passant de 201 € à 210 € tandis que, dans le même temps, le montant moyen de la cotisation pour une couverture en France et à l'étranger progressait de 11 % et celui pour une couverture en France seulement progressait de 20 %. La hausse décidée par le conseil d'administration de la CFE fin 2024, qui devrait porter le tarif de la cotisation au titre de la catégorie à 228 € par trimestre, constitue une augmentation de + 8 %, qui demeure en-deçà de celles décidées pour les autres types de contrats depuis 2023 (+ 27 % en moyenne pour une couverture en France et à l'étranger et + 30 % en moyenne pour une couverture en France seulement entre 2023 et 2025).

Graphique 31 : Évolution du différentiel de cotisation entre la catégorie aidée et les offres classiques de la CFE – coût par type de contrat de la catégorie aidée



Source : Mission, d'après l'arrêté du 3 janvier 2019 et ses versions modificatives en date du 23 décembre 2021, 2 février 2023, 5 octobre 2023, 17 janvier 2025. Légende : Monde/solo-Monde/famille : couverture France et étranger pour une cotisation individuelle ou familiale ; France/solo-France/famille : couverture France uniquement pour une cotisation individuelle ou familiale. Note de lecture : les lignes représentent l'évolution dans le temps de la différence entre la cotisation forfaitaire au titre de la catégorie aidée et la cotisation moyenne pour chacune des quatre catégories. Elles illustrent le coût moyen de la catégorie aidée par type de contrat.

La hausse du coût de la catégorie aidée n'a été que partiellement compensée par une augmentation de la subvention du programme 151 du ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

La dotation du programme 151 « Français à l'étranger et affaires consulaires », relevant du ministère de l'Europe et des affaires étrangères, ne constitue en effet qu'une ressource subsidiaire pour le financement de la catégorie aidée, le besoin de financement étant majoritairement couvert par un le budget de l'action sanitaire et sociale, lui-même abondé par un prélèvement sur les cotisations de l'ensemble des risques couverts. Le montant inscrit en loi de finances initiale (LFI) sur le programme 151 au titre de ce dispositif est ainsi purement notionnel et ne repose pas sur une analyse des besoins. Il est de fait quasi-constant depuis 2016, à 380 000€ (cf. tableau 6). Des crédits supplémentaires peuvent être mobilisés en cours d'exécution, par redéploiements au sein du programme 151, ce qui a permis de rehausser le niveau de la contribution du MEAE pour la porter à 592 000 € en moyenne sur la période 2016-2024. Un effort supplémentaire a été engagé depuis 2022, conduisant à une subvention moyenne de 722 000 €, toujours *via* des redéploiements, le montant inscrit en LFI demeurant quant à lui constant à 380 000 €. Pour autant, si cet effort supplémentaire conduit en 2024 à un quasi-doublement de la subvention du MEAE par rapport à son niveau de 2016, il est de moindre ampleur que la hausse du coût total du dispositif sur la période (multiplication par 2,5) et se traduit par un accroissement de la charge pesant sur les fonds propres de la CFE. Ainsi, la contribution du MEAE ne représentait en 2024, et malgré l'effort supplémentaire consenti, que 14 % des besoins de financement au titre de la catégorie aidée, soit un niveau inférieur à la couverture moyenne de 20 % observée entre 2016 et 2024.

4.2.4. Le seuil d'éligibilité à la catégorie est déconnecté du niveau de vie des pays de résidence des bénéficiaires

Pour être éligible à la catégorie aidée, un assuré doit présenter des ressources inférieures à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 23 600 € au 1er janvier 2025, pour un plafond fixé à 47 100 €). Ce plafond peut être modulé selon un indice de parité de pouvoir d'achat fixé par arrêté du ministre chargé des affaires sociales, sans pouvoir lui être supérieur (cf. 4.2.1). Cette disposition n'est aujourd'hui pas utilisée, de sorte que le critère d'éligibilité s'applique de manière uniforme dans l'ensemble des pays de résidence des assurés de la CFE.

Or, dans les principaux pays de résidence des bénéficiaires de la catégorie aidée, le seuil d'éligibilité apparaît très supérieur au niveau de vie moyen (cf. tableau 36). Dans ces pays, les ressources correspondant à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale correspondent à des niveaux de vie moyens, voire élevés. À cet égard, la moitié du plafond de la sécurité sociale, qui s'élevait en 2023 à 21 996 € correspond au double du produit intérieur brut (PIB) par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) au Liban, au quintuple au Sénégal et à deux fois et demi le PIB par habitant au Maroc.

Dans ce contexte, l'accès à la catégorie aidée ne reflète pas nécessairement un niveau de vie parmi les premiers déciles de revenus dans le pays de résidence et peut concerner des niveaux de revenus relevant de la classe moyenne ou aisée.

Ainsi, l'analyse des ressources moyennes par bénéficiaire de la catégorie dans les dix principaux pays de résidence des bénéficiaires permet de constater que celles-ci sont en moyenne supérieures au produit intérieur brut par habitant, en parité de pouvoir d'achat, de chacun des pays considérés. Les écarts les plus importants concernent l'Île Maurice, où les ressources moyennes des bénéficiaires de la catégorie aidée représentent 42 % du PIB par habitant en PPA, et Madagascar où elles représentent plus de six fois la richesse moyenne par habitant.

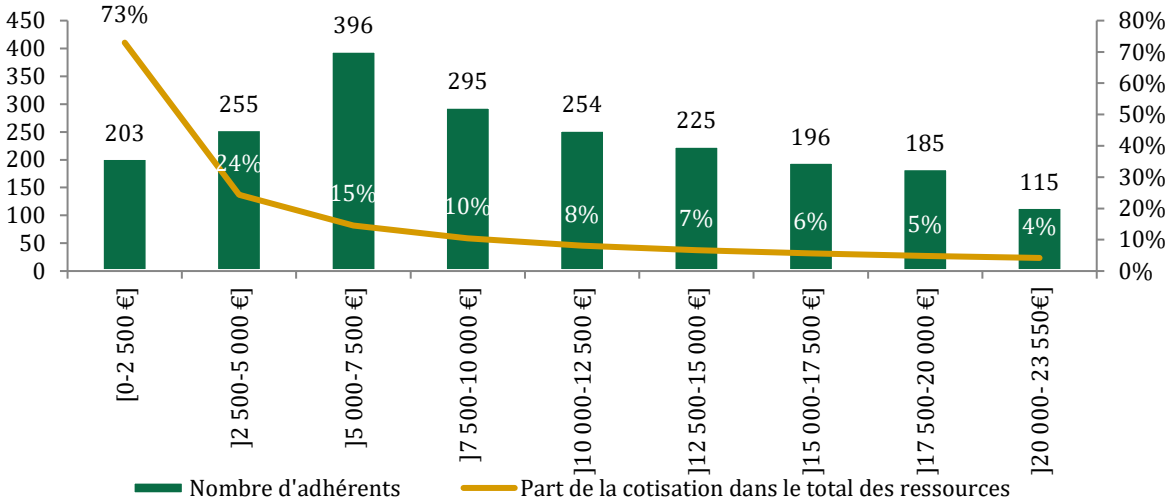
Tableau 36 : Comparaison du seuil d'éligibilité à la catégorie aidée au PIB par habitant, en parité de pouvoir d'achat, dans les principaux pays de résidence des bénéficiaires

Pays	PIB par habitant, en PPA (€)	Ressources moyennes des bénéficiaires de la catégorie aidée (€)	Plafond de catégorie aidée, en % du PIB par habitant, en PPA	Ressources moyennes rapportés au PIB par habitant, en PPA
1. Liban	11 125	7 487	198 %	67 %
2. Sénégal	4 336	10 037	507 %	231 %
3. Maroc	8 908	10 818	247 %	121 %
4. Tunisie	12 608	8 981	174 %	71 %
5. Thaïlande	21 235	13 128	104 %	62 %
6. Côte d'Ivoire	6 514	10 774	338 %	165 %
7. Île Maurice	26 707	11 226	82 %	42 %
8. Madagascar	1 651	10 491	1333 %	636 %
9. Cambodge	6 720	12 330	327 %	183 %
10. Viet Nam	13 551	12 581	162 %	93 %

Source : Caisse des Français de l'étranger (données sur les ressources des bénéficiaires de la catégorie aidée à fin 2024). PIB en parité de pouvoir d'achat sur la base de données Banque mondiale, 2023 ; taux de change EUR/USD à fin 2023 basé sur des données Banque de France. Calculs sur la base du plafond annuel de la sécurité sociale pour 2023. Légende : PPA=parité de pouvoir d'achat.

Les ressources moyennes des adhérents à la catégorie aidée s'élèvent à 10 049 €. La distribution autour de cette moyenne est modérément concentrée, même si l'effectif le plus important se situe dans une tranche de ressources comprise entre 5 000 € et 7 000 € par an (cf. graphique 32). Pour les adhérents dont les ressources sont inférieures à 2 500 €, la cotisation à la catégorie aidée représente 73 % des ressources, suggérant que ces foyers bénéficient d'autres sources de revenus pour leur subsistance. Pour les adhérents dont les revenus excèdent 10 000 €, la cotisation à la catégorie aidée représente moins de 8 % des ressources déclarées.

Graphique 32 : Distribution par tranche de revenu des adhérents à la catégorie aidée



Source : Caisse des Français de l'étranger. Note : la part de la cotisation dans le total des ressources est calculée sur la base d'une cotisation de 228 € par trimestre et en retenant le point moyen dans chaque tranche de ressources.

Tableau 37 : Évolution du coût budgétaire de la catégorie aidée

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de contrats catégorie aidée	2 582	2 287	2 077	2 036	2 097	2 156	2 198	2 138	2 173
Coût du dispositif	1 141 411 €	1 105 089 €	1 052 252 €	2 813 840 €	3 661 123 €	3 794 556 €	3 942 943 €	4 351 276 €	4 900 312 €
Montant des crédits en PLF	382 000 €	382 000 €	382 000 €	380 000 €	380 000 €	380 000 €	380 000 €	380 000 €	380 000 €
Montant des crédits disponibles après réserve	351 440 €	351 440 €	370 540 €	368 600 €	364 800 €	364 800 €	364 800 €	357 200 €	359 100 €
Subvention MEAE - exécuté	351 440 €	401 440 €	580 532 €	368 600 €	964 800 €	500 000 €	764 800 €	700 000 €	700 000 €
Différence (subvention - crédits disponibles en LFI)	N.A.	50 000 €	209 992 €	N.A.	600 000 €	135 200 €	400 000 €	342 800 €	340 900 €
% subvention MEAE/coût du dispositif	18 %	26 %	33 %	13 %	26 %	13 %	18 %	16 %	14 %

Source : ministère de l'Europe et des affaires étrangères – direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire ; Caisse des Français de l'étranger. Légende : N.A.=non applicable ; PLF=projet de loi de finances ; LFI=loi de finances initiale ; MEAE=ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

4.2.5. Dans un contexte d'effectifs en très légère hausse, les dépenses de santé de la catégorie aidée sont restées stables depuis 2019

L'augmentation du coût de la catégorie aidée, tel que calculé par la CFE, s'explique principalement par la stagnation du tarif de cotisation, conduisant à un accroissement rapide de l'écart entre ce tarif préférentiel et les tarifs classiques des contrats individuels. En effet, le tarif de la cotisation de la catégorie aidée n'a augmenté que de + 4 % entre 2019 et 2024 quand celui du contrat Monde Expat augmentait de + 28 % sur la même période.

En revanche, l'évolution du nombre de contrats relevant de la catégorie aidée et la dynamique des dépenses de santé associées ne jouent qu'un rôle marginal dans l'évolution du coût du dispositif (cf. tableau 38). En effet :

- le nombre de contrats relevant de la catégorie aidée n'a enregistré qu'une hausse limitée, de + 7 % entre 2019 et 2024, pour atteindre 2 173 contrats (un niveau comparable à la hausse des adhérents individuels sur la même période) ;
- les dépenses de soin ont stagné (+ 0,3 %). Si la crise du Covid-19 s'est traduite par une diminution de la dépense agrégée de soins au titre de la catégorie aidée, un phénomène de rattrapage s'observe à partir de 2021, ramenant, en 2024, la dépense à son niveau de 2019.

La stagnation de la dépense masque toutefois des tendances différentes selon la nature des soins réalisés. Ainsi :

- les soins réalisés en France ont enregistré une baisse de - 28 % entre 2019 et 2024 alors que les dépenses à l'étranger progressaient de + 16 % sur la période ;
- les dépenses d'hospitalisation progressaient de + 15 % quand les soins de ville diminuaient quant à eux de - 15 % ;
- en particulier, les dépenses d'hospitalisation à l'étranger progressaient de + 50 % tandis que celles réalisées en France diminuaient de - 37 %.

En conséquence, la dépense de santé par contrat a diminué de – 6 % pour atteindre 2 552 € en 2024.

La stagnation des dépenses de santé, dans un contexte de légère hausse du nombre de cotisants et du tarif de cotisation, a permis d'améliorer marginalement l'équilibre financier de la catégorie aidée. Le ratio des prestations sur les cotisations (P/C) a ainsi diminué de 34 points de pourcentage (p.p.) pour atteindre 308 % en 2024. **Le dispositif de la catégorie aidée reste toutefois fortement déséquilibré,** étant entendu que ce déséquilibre lui est consubstantiel, celui-ci ayant vocation à être subventionné soit par d'autres contrats, soit par l'État dans le cadre de la contribution du MEAE.

Tableau 38 : Évolution de la population et des dépenses de santé de la catégorie aidée

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Evol. 2019-2024
Contrats	2036	2 097	2 156	2 173	2 261	2 173	7 %
Bénéficiaires	N.D.	3 535	3 601	3 626	3 792	3 617	2 %
Total soins	5 531 164 €	4 707 466 €	5 285 643 €	5 625 679 €	6 032 203 €	5 545 377 €	0 %
dont soins France	*1 948 487 €*	1 348 029 €	1 606 796 €	1 499 791 €	1 866 296 €	1 403 363 €	-28 %
dont soins étranger	*3 582 677 €*	3 359 437 €	3 678 847 €	4 125 888 €	4 165 906 €	4 142 013 €	16 %
dont soins de ville	*2 732 575 €*	2 480 390 €	2 571 686 €	2 594 751 €	2 584 411 €	2 313 398 €	-15 %
dont hospitalisation	*2 798 589 €*	2 227 076 €	2 713 956 €	3 030 929 €	3 447 792 €	3 231 979 €	15 %
dont hospitalisation France	*1 097 189 €*	*695 502€*	*909 907€*	*879 530€*	*1 089 124€*	*687 996€*	*-37 %*
dont hospitalisation étranger	*1 701 401 €*	*1 531 574€*	*1 804 050€*	*2 151 398€*	*2 358 668€*	*2 543 982€*	*50 %*
Coût des soins par contrat	2 717 €	2 245 €	2 452 €	2 589 €	2 668 €	2 552 €	-6 %
Coût des soins par bénéficiaire	N.D.	1 332 €	1 468 €	1 551 €	1 591 €	1 533 €	15 %
Montant de la cotisation	201 €	201 €	201 €	201 €	210 €	210 €	4 %
Cotisations versées	1 636 944 €	1 685 988 €	1 733 424 €	1 747 092 €	1 899 240 €	1 825 320 €	12 %
P/C	338 %	279 %	305 %	322 %	318 %	304 %	- 34 p.p.

Source : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères ; Caisse des Français de l'étranger ; arrêté du 3 janvier 2019.
Légende : P/C=ratio des prestations divisées par les cotisations ; N.D.=non disponible ; évol=évolution.

4.3. Les « contrats ex » ont engendré plus de 50 M€ de pertes cumulées entre 2020 et 2023 en raison d'un dispositif législatif mal calibré empêchant toute convergence tarifaire

4.3.1. Le dispositif des « contrats ex » visait à limiter les effets négatifs de la réforme de 2018 sur le portefeuille de clients existants de la CFE

La réforme de 2018 incluait un dispositif de limitation des hausses de cotisation pour le risque maladie-maternité des assurés individuels clients de la CFE antérieurement aux révisions tarifaires. L'article 8 de la loi du 24 décembre 2018 prévoyait ainsi un plafonnement des hausses de cotisation de ces clients historiques, appelés « contrats ex », à 50 % du montant de la cotisation acquittée précédemment à l'entrée en vigueur de la loi.

Ce plafonnement se traduit par une clause dérogatoire, au bénéfice des « contrats ex », qui figure dans l'arrêté du 3 janvier 2019 fixant le barème des cotisations à la CFE[22]. Cette clause prévoit que les tarifs de cotisation révisés par l'arrêté, en application de la loi de 2018, ne sont applicables qu'aux cotisations effectuées à compter du 1er février 2019. Les assurés ayant adhéré avant cette date se voient appliquer jusqu'au 1er avril 2019 les tarifs relevant de de la législation antérieure. Après cette date, leurs contrats font l'objet d'une revalorisation annuelle de 5,0 %, qui ne peut toutefois conduire à majorer de plus de 50 % les cotisations acquittées à titre individuel avant la réforme ou à excéder le tarif applicable aux assurés ayant rejoint la CFE après le 1er février 2019.

La revalorisation annuelle, initialement prévue à 5,0 % par an, a ensuite été portée à 6,9 % par l'arrêté du 23 février 2023 modifiant l'arrêté du 3 janvier 2019. Ce niveau est toujours celui en vigueur à la date de la mission. L'année 2025 devrait être la dernière année d'application de cette revalorisation : en effet, seule une hausse de + 1,4 % serait nécessaire en 2026 pour atteindre le plafond fixé par la loi (cf. tableau 39).

Cette mesure visait à affirmer la logique selon laquelle la réforme de 2018 ne ferait pas de perdants dans le cadre de la bascule vers les nouveaux contrats. Certains assurés voyaient en effet leur tarif de cotisation diminuer du fait de l'application de la réforme. Ceux dont le tarif devait à l'inverse augmenter ont bénéficié en compensation du dispositif de plafonnement. La progression annuelle, jusqu'au plafond de + 50 %, devait permettre une convergence avec les tarifs de « droit commun » à un horizon de cinq ans, quand la montée en charge de la réforme était censée permettre un retour à l'équilibre financier.

Tableau 39 : Évolution des tarifs de cotisation des « contrats ex »

Indice d'évolution	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Révision annuelle des « contrats ex »	N.A.	5,0 %	5,0 %	5,0 %	5,0 %	6,9 %	6,9 %	6,9 %	1,4 %
Hausse cumulée des tarifs (base 100 en 2018)	100	105	110	116	122	130	139	148	150

Sources : Arrêté du 3 janvier 2019 ; présentation sur les équilibres financiers de la CFE, conseil d'administration du 16 décembre 2024. Légende : N.A.=non applicable.

4.3.2. L'attrition naturelle des effectifs des « contrats ex » n'a pas permis d'atténuer les effets de leur déséquilibre financier, qui atteint 12 M€ en 2023

Les effectifs des « contrats ex » ont connu une diminution de - 47 % depuis 2019, passant de 29 279 à 15 603 contrats (cf. tableau 40). Il en est résulté une diminution des cotisations, dans des proportions toutefois moindres (- 19 %) que celles de l'évolution des contrats. Surtout, le coût des prestations associées aux « contrats ex », a enregistré un repli moins important (- 11 %) que les cotisations, contribuant à l'aggravation du déséquilibre financier constaté sur ces contrats, malgré des effectifs en baisse.

Le déficit financier sur les « contrats ex » a connu un pic à - 15 M€ en 2022. Ce niveau est supérieur de 46 % à celui de 2019, malgré un nombre de contrats en baisse de - 40 % sur la période. Le déficit a ensuite reflué en 2023 pour atteindre 12 M€.

[22] Arrêté du 3 janvier 2019 fixant la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité des assurés volontaires à l'étranger, adhérents à titre individuel à la Caisse des Français de l'étranger, et de la cotisation forfaitaire à l'assurance maladie-maternité et invalidité des employeurs agissant pour le compte des travailleurs salariés et collaborateurs assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

Le déséquilibre des « contrats ex » apparaît nettement plus marqué que pour les autres types de contrats. Le ratio P/C atteint ainsi 142 % en 2023 pour les « contrats ex » contre [-] pour « Monde Expat », [-] pour « Jeune Expat », [-] pour « Retraite Expat » et [-] pour « France Expat ». Ce ratio est en outre de [-] pour les contrats collectifs.

Tableau 40 : Effectifs et équilibre financier des « contrats ex »

Contrats ex (maladie)	2019	2020	2021	2022	2023
Effectifs	29 279	23 965	20 173	17 495	15 603
Cotisations	35 243 819 €	39 299 079 €	33 632 314 €	30 234 632 €	28 520 466 €
Prestations	45 744 227 €	50 773 473 €	47 421 319 €	45 606 492	40 524 038 €
Résultat	-10 500 408 €	-11 474 393 €	-13 789 006 €	-15 371 860€	-12 003 572 €
P/C	130 %	129 %	141 %	151 %	142 %

Source : Études SPAC actuaires en date du 25 novembre 2024 et du 17 novembre 2023. Légende : P/C=ratio des prestations sur les cotisations.

4.4. L'action sanitaire et sociale est utilisée pour diminuer le reste à charge des demandeurs sans s'appuyer sur des critères et une doctrine d'octroi préétablis

Au-delà du dispositif de la catégorie aidée, la CFE met en œuvre une action sanitaire et sociale au bénéfice de l'ensemble de ses assurés. Elle recouvre des actions individualisées et des actions de prévention :

- les actions individualisées se décomposent entre aides financières (généralement sous forme de complément permettant de diminuer le reste à charge de l'assuré) et prestations complémentaires (par exemple un transport de corps ou une allocation de paternité) ;
- les actions de prévention comprennent des examens de santé, la vaccination antigrippale, des traitements antipaludéens et des vaccins liés à l'expatriation et d'autres actions de prévention (dont les dépistages).

Le budget pour 2025 prévoyait des dépenses à hauteur de 570 000 € pour les actions individualisées et de 1 210 000 € pour les actions de prévention, soit un total de 1 780 000 €. Ce montant est inchangé depuis 2021, malgré une sous-exécution chronique (cf. tableau 41 tableau 42).

Le budget d'action sanitaire et sociale est financé dans les conditions prévues à l'article R. 766-58-1 du code de la sécurité sociale. Ce financement est assuré par un prélèvement sur les cotisations de l'ensemble des risques couverts selon des modalités prévues dans l'arrêté du 14 janvier 2020[23] :

- une fraction du produit des cotisations des assurances volontaires maladie, maternité, invalidité, pour un montant égal à 45,26 % des dépenses annuelles prévues pour ces actions ;
- une fraction du produit des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles, pour un montant égal à 5,91 % des dépenses annuelles prévues pour ces actions ;
- une fraction du produit des cotisations de l'assurance volontaire vieillesse, pour un montant égal à 48,84 % des dépenses annuelles prévues pour ces actions.

[23] Arrêté du 14 janvier 2020 fixant les recettes du budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE.

Tableau 41 : Budget de l'action sanitaire et sociale

	2021	2022	2023	2024	2025
Budget annuel	1 780 000 €	1 780 000 €	1 780 000 €	1 780 000 €	1 780 000 €
dont aides individualisées et prestations supplémentaires	*420 000 €*	*420 000 €*	*450 000 €*	*570 000 €*	*570 000 €*
dont prévention	*1 360 000 €*	*1 360 000 €*	*1 330 000 €*	*1 210 000 €*	*1 210 000 €*
Exécution	1 258 000 €	709 000 €	723 000 €	N.D.	N.D.
dont aides individualisées et prestations supplémentaires	*323 000 €*	*423 000 €*	*234 000 €*	*N.D.*	*N.D.*
dont prévention	*935 000 €*	*286 000 €*	*489 000 €*	*N.D.*	*N.D.*

Source : Caisse des Français de l'étranger.

Les aides individualisées et prestations complémentaires sont examinées par la direction dans le cadre d'un seuil de délégation des aides fixé à 2 500 €. Lorsque l'aide demandée dépasse ce seuil, la demande est renvoyée à la commission d'action sanitaire et sociale et de la prévention du conseil d'administration, qui examine les dossiers et transmet un projet de décision au conseil d'administration.

Entre juin 2022 et décembre 2024, 182 aides individualisées et prestations complémentaires ont été accordées par la direction de la CFE dans le cadre de la délégation de gestion (cf. tableau 42). La dépense de santé moyenne engagée par l'assuré demandeur s'élève sur cette période à 4 153 €, avec toutefois des écarts importants, le maximum atteignant 109 728 €. La dépense médiane est ainsi plus faible, à 1 139 €. De même, si le reste à charge moyen atteint 2 564 €, le reste à charge médian s'élève quant à lui à 803 €[24]. En moyenne, la direction a accordé une aide sociale de 831 € à chaque dossier examiné, permettant de ramener le reste à charge moyen après aide sociale à 1 732 €.

Tableau 42 : Aides individualisées et prestations complémentaires examinées par la direction (juin 2022-décembre 2024)

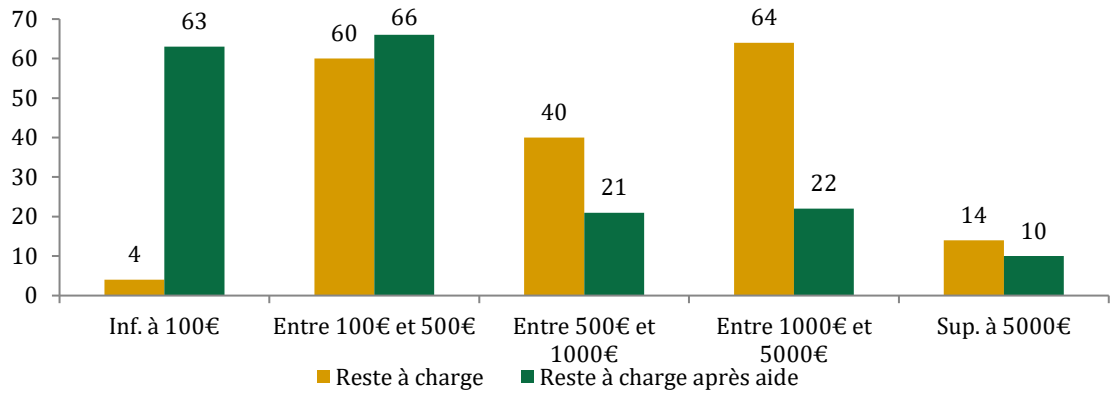
	Montant
Dépense moyenne engagée par l'assuré	4 153 €
Dépense médiane engagée par l'assuré	1 139 €
Montant moyen remboursé par la CFE	1 544 €
Reste à charge moyen	2 564 €
Reste à charge médian	803 €
Aide sociale moyenne accordée	831 €
Reste à charge moyen après aide sociale	1 732 €

Source : Caisse des Français de l'étranger.

Les aides individualisées et prestations complémentaires sont accordées par la direction dans l'objectif de minimiser le reste à charge de l'assuré. Elles sont utilisées pour couvrir des dépenses variées qu'il s'agisse de dépenses de soin ou de pharmacie mais également de transport ou d'hébergement (y compris, par exemple, pour des détenteurs d'un contrat France Expat qui, par la nature même du contrat, sont supposés voyager pour en bénéficier). L'allocation des aides ne s'inscrit pas dans une doctrine d'octroi faisant intervenir des critères d'éligibilité particuliers et précisant les modalités de détermination du montant de l'aide. La réduction du reste à charge apparaît ainsi comme la seule considération prise en compte dans cette allocation. En effet, sur les 182 dossiers analysés par la mission, 53 dossiers présentaient un reste à charge supérieur à 500 € après versement des aides contre 118 dossiers avant versement des aides (cf. graphique 33).

[24] Ce reste à charge ne prend pas en compte les aides accordées par la commission d'action sanitaire et sociale, qui se prononce sur les aides d'un montant supérieur à 2 500 €.

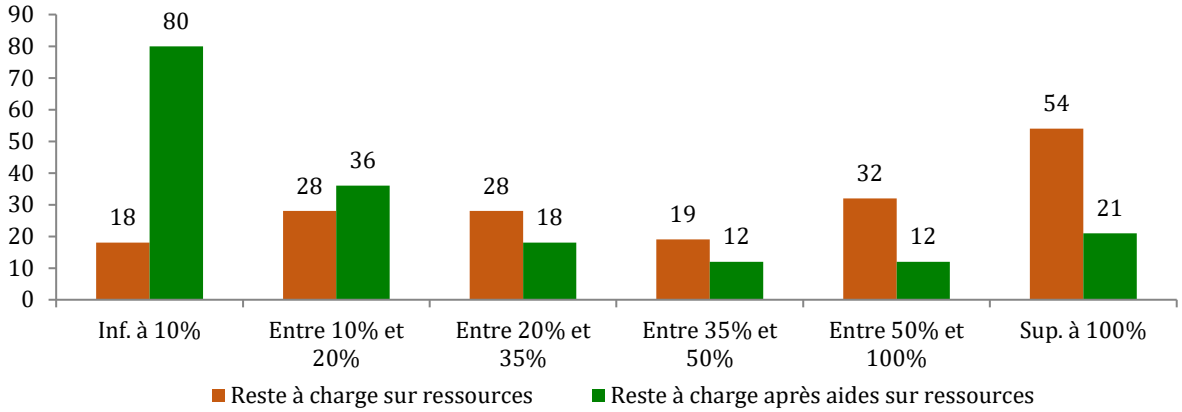
Graphique 33 : Reste à charge des assurés demandant une aide individualisée (en nombre de dossiers par intervalle de reste à charge)



Source : Caisse des Français de l'étranger. Note : dossiers ayant bénéficié d'une aide individualisée entre juin 2022 et décembre 2024. Total de 182 dossiers. Lecture : 64 dossiers présentaient un reste à charge compris entre 1000 € et 5000 € avant l'aide individualisée contre 22 dossiers après versement de l'aide. Légende : inf=inférieur, sup=supérieur.

Le versement des aides individualisées n'est pas conditionné à un plafond de ressources. Parmi les 182 dossiers analysés, les ressources mensuelles moyennes déclarées des foyers sollicitant une aide s'élèvent à 2 298 € (avec une médiane à 1 775 € et un maximum à 11 348 €) et 21 dossiers sur les 182 concernent des adhérents relevant de la catégorie aidée de la CFE. Si le reste à charge peut représenter une part très importante des ressources mensuelles du foyer, l'aide versée permet de réduire significativement cette part (cf. graphique 34). À cet égard, si 54 dossiers sur 182 présentent un reste à charge supérieur à la totalité des ressources mensuelles du foyer, l'aide individualisée permet de ramener ce nombre à 21 dossiers. Ainsi, après versement de l'aide, 80 dossiers présentent un reste à charge inférieur à 10 % des ressources mensuelles du foyer, contre 18 dossiers avant versement de l'aide.

Graphique 34 : Reste à charge des assurés demandant une aide individualisée en part des ressources mensuelles du foyer (en nombre de dossiers par intervalle de ressources)



Source : Caisse des Français de l'étranger. Note : dossiers ayant bénéficié d'une aide individualisée entre juin 2022 et décembre 2024. Total de 182 dossiers. Lecture : 28 dossiers présentaient un reste à charge représentant entre 20 % et 35 % des ressources mensuelles du foyer avant versement de l'aide contre 18 dossiers après versement de l'aide. Légende : inf=inférieur, sup=supérieur.

Les aides les plus importantes sont accordées par le conseil d'administration, sur proposition de la commission d'action sanitaire et sociale. Entre décembre 2022 et décembre 2024, 61 demandes ont été examinées par la commission pour un montant total d'aides accordées de 490 608 €. Ces dossiers peuvent présenter des restes à charge élevé (parfois supérieurs à 50 000 €) pour des dépenses liées à des rapatriements ou à des hospitalisations prolongées qui apparaissent déconnectées des ressources mensuelles déclarées (par exemple, un assuré Monde Expat a engagé une dépense de 5 954 € pour un transport aérien alors qu'il déclare des ressources mensuelles de 0 €).

Les décisions du la commission se caractérisent par un taux de refus faible et un montant moyen d'aide individualisée élevé (cf. tableau 43). Entre décembre 2022 et décembre 2024, le taux de refus moyen des demandes s'est élevé à 10 %. Le montant moyen des aides accordées par dossier s'est quant à lui élevé à 7 189 €. Comme pour les aides versées par la direction, les aides accordées par le conseil d'administration, sur proposition de la commission d'action sanitaire et sociale, ne semblent pas s'inscrire dans une doctrine et des critères préétablis.

Tableau 43 : Aides individualisées accordées par le conseil d'administration de la CFE

Date du CA	Nombre de demandes	Nombre d'aides accordées	Taux de refus	Montant total accordé par le CA	Montant moyen des aides accordées par le CA
déc-24	9	7	22 %	69 096€	9 871€
juin-24	13	11	15 %	86 200€	7 836€
déc-23	12	11	8 %	59 785€	5 435€
juin-23	15	15	0 %	79 922€	5 328€
déc-22	12	11	8 %	82 197€	7 472€

Source : Caisse des Français de l'étranger. Légende : CA=conseil d'administration.

ANNEXE III

Analyse budgétaire et financière de la Caisse des Français de l'étranger

(Version communicable)

Les occultations réalisées pour respecter le secret des affaires de la Caisse des Français de l'étranger sont signalées par les annotations **[Confidentiel – Secret des affaires]** ou **[-]**.

SOMMAIRE

1. ENCADRÉ DEPUIS 2018 PAR DEUX CONVENTIONS D'OBJECTIFS ET DE PARTENARIAT SUCCESSIVES AVEC L'ÉTAT, LE BUDGET DE LA CFE EST MARQUÉ PAR LA HAUSSE RÉGULIÈRE DES CHARGES ET UNE SOUS-EXÉCUTION CHRONIQUE 1

1.1. La convention de partenariat entre l'État et la CFE encadre une partie des dépenses et recettes de la CFE 1

1.2. Sous-exécuté, le budget de gestion administrative est caractérisé à la fois par une hausse régulière des dépenses, consécutive à une hausse forte et régulière des effectifs, ainsi que par des reports de crédits 6

1.2.1. Le budget de la CFE, qui voit les dépenses administratives augmenter de manière continue, est marqué par une sous-exécution et des reports de crédits croissants 6

1.2.2. Les effectifs de salariés de la CFE ont très fortement augmenté au cours des années récentes, après des hausses déjà très fortes au cours de la seconde moitié des années 2000 et la première moitié des années 2010 16

1.3. Les dépenses d'action sanitaire et sociale et de prévention sont également sous-exécutées, hors catégorie aidée 19

2. DEPUIS 2018, LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER PRÉSENTE UNE SITUATION FINANCIÈRE DÉGRADÉE CARACTÉRISÉE PAR UN RÉSULTAT D'EXPLOITATION SYSTÉMATIQUEMENT DÉFICITAIRE QUE LES RÉSULTATS FINANCIERS VOLATILS NE PARVIENNENT PAS À COMPENSER ET QUI CONDUISENT À QUATRE ANNÉES DE RÉSULTAT NET NÉGATIF 21

2.1. Déficitaires une année sur deux depuis 2018, les résultats de la CFE se sont nettement dégradés après quinze années d'excédents 21

2.2. Le résultat d'exploitation est constamment déficitaire depuis 2018 en raison de la détérioration de la rentabilité de l'activité technique assurantielle et de l'augmentation des dépenses courantes de la CFE 22

2.2.1. La rentabilité de l'activité technique assurantielle de la CFE se détériore sous l'effet du déficit structurel des contrats individuels maladie 22

2.2.2. L'effet cumulé de la hausse des dépenses liées aux services extérieurs portée par la stratégie d'externalisation de la CFE et des dépenses de personnel engendre un important déficit du résultat courant 35

2.2.3. Le cumul de la dégradation du résultat technique et du déficit du résultat courant conduit à un résultat d'exploitation systématiquement déficitaire depuis 2018 42

2.3. Malgré un portefeuille au profil de risque équilibré et présentant une performance pluriannuelle positive, le résultat financier est trop volatil pour compenser chaque année le déficit de l'activité assurantielle 43

2.3.1. Le résultat financier de la CFE a été déficitaire à trois reprises entre 2018 et 2024 43

2.3.2. Les variations de provisions pour dépréciation et la détention de produits structurés expliquent la volatilité du revenu financier en dépit d'un portefeuille financier au profil de risque équilibré et présentant une performance pluriannuelle positive 45

2.3.3. Cette volatilité empêche les résultats financiers d'assurer chaque année la compensation du déficit d'exploitation 47

3. SANS RÉFORME, LA DÉTÉRIORATION DE LA PERFORMANCE FINANCIÈRE DE LA CFE COMPROMET SA LIQUIDITÉ ET SA SOLVABILITÉ À COURT TERME 47

3.1. Les performances financières passées permettent à la CFE de disposer de 380 M€ de réserves dont 170 M€ de fonds propres 47

3.2. La dégradation de la situation financière de la CFE a contraint celle-ci à entamer ses réserves depuis 2019 54

3.3. A l'actif, cette diminution des réserves se matérialise par une diminution des placements financiers et de la trésorerie 55

1. Encadré depuis 2018 par deux conventions d'objectifs et de partenariat successives avec l'État, le budget de la CFE est marqué par la hausse régulière des charges et une sous-exécution chronique

1.1. La convention de partenariat entre l'État et la CFE encadre une partie des dépenses et recettes de la CFE

Afin d'accompagner la restructuration de l'offre et du fonctionnement interne de la CFE, deux conventions d'objectifs et de partenariat (COP) successives entre l'État et la CFE ont été mises en place (cf. annexe I). La première convention portait sur les années 2018-2021[1] et la deuxième porte sur les années 2022-2025[2]. **En complément des axes stratégiques et objectifs identifiés, ces COP définissent une trajectoire des moyens budgétaires pluriannuels de la CFE.** La procédure budgétaire reste régie par la règle de l'annualité mais l'ensemble des dépenses de fonctionnement, d'investissement et d'action sanitaire et sociale et de prévention fait l'objet d'une programmation pluriannuelle pendant la période de la convention. La programmation pluriannuelle est établie à partir d'une base de référence. Pour la convention 2022-2025, les dépenses réalisées au cours de l'année 2021 constituent la référence.

Cette programmation pluriannuelle concerne l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement ainsi que les dépenses d'action sanitaire et sociale et de prévention (ASSP). Deux budgets sont élaborés et annexés à la convention : un budget de gestion administrative et un budget d'action sanitaire et sociale et de prévention. En revanche, la gestion technique, qui concerne l'action strictement assurantielle de la CFE, n'est pas concernée par la programmation pluriannuelle définie dans la COP.

En matière de comptabilité et de gestion des organismes de sécurité sociale, il est d'usage d'opérer cette distinction entre les gestions techniques et les gestions budgétaires[3] :

- les gestions techniques sont les gestions de prestations légales et de recouvrement. Ces gestions font l'objet de prévisions de dépenses et de recettes mais l'approche prévisionnelle diffère de l'approche budgétaire. La gestion technique devant garantir que les cotisations perçues sont suffisantes pour couvrir les prestations futures, elle dépend de la tarification, des modalités de couverture des risques et des provisionnements techniques nécessaires pour couvrir les risques futurs ;
- les gestions budgétaires concernent la gestion administrative, la gestion de l'action sociale, la gestion de la prévention[4]. Ces gestions budgétaires doivent respecter un budget dit limitatif dont les modalités d'établissement et les différentes enveloppes financières sont fixées par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et les organismes gestionnaires autonomes du service public de la sécurité sociale ou, dans le cas de la CFE, par la convention d'objectif et de partenariat (COP). Le caractère limitatif du budget signifie que les montants figurant dans l'annexe budgétaire de la convention sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice.

[1] Convention de partenariat État -Caisse des Français de l'étranger 2018-2021, signée le 10 juillet 2018.

[2] Convention de partenariat entre l'État et la Caisse des Français de l'étranger 2022-2025, signée en décembre 2022.

[3] Mission et manuel de comptabilité et de gestion des organismes de sécurité sociale, EN3S, 2020.

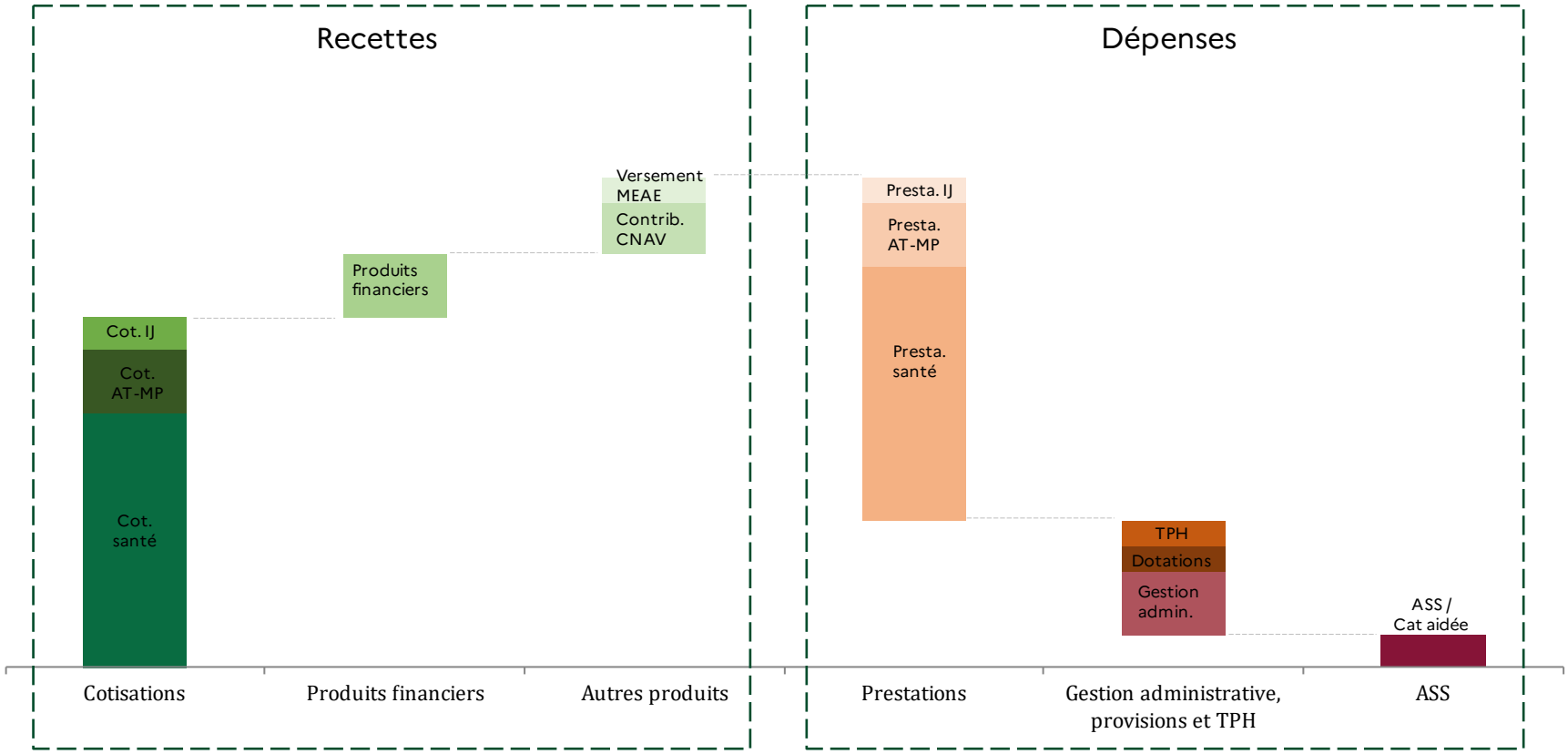
[4] Les gestions budgétaires concernent également la gestion du contrôle médical ou encore la gestion des établissements et services mais la CFE n'exerce pas d'activité dans ces domaines gérés par d'autres types d'organismes de sécurité sociale.

Dans l'organisation d'ensemble des recettes et des dépenses de la CFE (cf. graphique 1)**, la COP ne concerne donc pas les prestations et les cotisations, à l'exception des cotisations assurances vieillesse qui sont reversées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse**°(CNAV). En effet, pour le risque vieillesse, la CFE recouvre pour le compte de la CNAV les cotisations de ses adhérents mais ne verse pas de pensions. Ces produits sont comptabilisés en compte de tiers et n'impactent pas le résultat de la CFE. Cependant, ces cotisations contribuent à la gestion de la CFE grâce à la rémunération versée par la CNAV à la CFE au titre du coût de gestion de l'assurance vieillesse. Cette contribution représente 1 % des cotisations vieillesse versées, soit 2,5 M€ en 2023. Elle participe ainsi au financement de la gestion courante de la CFE ainsi qu'au budget de l'ASSP.

Si la COP ne détermine pas les montants des cotisations et prestations, elle fixe en revanche un plafond au budget de gestion et au budget de l'ASSP. Dans le cadre du budget évaluatif, elle arrête de manière indicative les dépenses de dotations aux amortissements et de provisions relatives aux dépenses courantes, pour l'activité de la CFE.

Annexe III

Graphique 1 : Recettes et dépenses de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger. Note : les éléments du graphique ne sont pas proportionnels aux recettes et dépenses effectives. Légende : Cot=cotisations, IJ=indemnités journalières, Presta=prestations, TPH=tiers-payant hospitalier, dotations=dotations aux amortissements et provisions, ASS=action sanitaire et sociale.

Le budget administratif de la CFE encadré par la COP est composé de deux types de dépenses[5] :

- **les dépenses à caractère limitatif** (cf. *supra*) : il s'agit des dépenses de ressources humaines, de gestion courante, de marketing et de communication, de fonctionnement informatique et les dépenses d'investissement qui distinguent les investissements informatiques des investissements immobiliers. L'ensemble des dépenses d'action sanitaire et sociale et de prévention sont à caractère limitatif. Les montants figurent dans l'annexe budgétaire de la COP et sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice. Cependant, plusieurs règles de gestion assouplissent les contraintes. Les crédits non consommés constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif peuvent donner lieu à un report sur l'exercice suivant et il existe un principe de fongibilité entre certains groupes de dépenses limitatives (les dépenses de ressources humaines, de fonctionnement et d'investissements). La COP prévoit également des réajustements exceptionnels éventuels en cas d'évènement majeur qui affecterait significativement les conditions de gestion de la CFE[6] ;
- **les dépenses à caractère évaluatif** : il s'agit, à l'exclusion de toute autre dépense, des dépenses imprévues de personnel, de la dotation aux amortissements, des dépréciations, des provisions, des frais de gestion liés au tiers-payant. Les dotations aux amortissements relèvent des charges de gestion courante et de gestion exceptionnelle. Ces dépenses à caractère évaluatif sont arrêtées de manière indicative pour chaque exercice budgétaire. Elles font l'objet d'une évaluation dans le budget initial présenté au conseil d'administration mais peuvent être ensuite ajustées.

Les dépenses à caractère limitatif représentent plus des trois quarts du budget administratif de la CFE (cf. tableau 2 et tableau 3).

Le budget administratif de la CFE repose sur des recettes de natures technique, de gestion et budgétaire (cf. tableau 1) **:**

- **les dépenses de gestion administrative sont financées par :**
  - **des recettes de gestion *via* :**
    - **les contributions de gestion pour service rendu.** La CNAV rémunère la CFE à hauteur de 1 % des cotisations collectées et reversées chaque année, avec une hausse annuelle maximale de 5 %. Il est considéré que cette rémunération couvre les coûts de gestion de la CFE pour la collecte et le reversement des cotisations vieillesse[7] ;
    - **les produits financiers** et les plus-values de cessions de portefeuille ;
    - **les revenus locatifs** de la CFE ;
  - **des recettes de nature technique *via* des contributions de gestion technique.** L'article R. 766-58 du code de la sécurité sociale[8] dispose que les cotisations d'assurance santé et accidents du travail financent les dépenses de gestion administrative au prorata des cotisations versées ;
- **les dépenses d'action sanitaire et sociale et de préventions sont financées par :**
  - **des recettes de nature budgétaire avec des subventions de l'État** *via* une dotation du programme 151 « Français à l'étranger et affaires consulaires » ;

[5] Convention de partenariat entre l'État et la Caisse des Français de l'étranger 2022-2025, annexes 5 et 6.

[6] Convention de partenariat entre l'État et la Caisse des Français de l'étranger 2022-2025, annexe 5

[7] En l'absence de comptabilité analytique, la correspondance entre la rémunération perçue et les coûts effectivement supportés ne peut être que présumée et non formellement établie.

[8] Code de la sécurité sociale, article R 766-58.

- **des recettes de nature technique *via* des contributions de gestion technique**. L'arrêté ministériel du 14 janvier 2020[9] pris pour l'application de l'article L. 766-4-1 du code de la sécurité sociale[10] et fixant les recettes du budget de l'ASS de la CFE pour les actions destinées à l'ensemble de ses affiliés (aide et prévention) prévoit que les dépenses sont financées :
  - à 45,26 % par une fraction des cotisations des assurances volontaires maladie, maternité, invalidité ;
  - à 5,91 % par une fraction des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles ;
  - et à 48,84 % par une fraction du produit des cotisations de l'assurance volontaire vieillesse.

  L'article R. 776-58-1 du code de la sécurité sociale prévoit pour sa part que les dépenses du budget de l'ASS de la CFE relatives à la catégorie aidée sont financées, pour la part qui excède le concours de l'État mentionné *supra*, par les versements des branches maladie, maternité, invalidité d'une part et accidents du travail - maladies professionnelles d'autre part, au prorata des cotisations versées.

Tableau 1 : Financement des dépenses de gestion administrative et d'ASSP de la CFE

Recettes	Dépenses de gestion administrative	Dépenses d'ASSP	
		Catégorie aidée	Aides et prévention
Cotisations maladie, maternité, invalidité	Au prorata des cotisations versées (CSS, art. R. 766-58)	Au prorata des cotisations versées (CSS, art. R. 766-58-1)	À 45,26 % par une fraction des cotisations des assurances volontaires maladie, maternité, invalidité (arrêté ministériel du 14/01/2020 et CSS art. L. 766-4-1)
Cotisations AT-MP	Au prorata des cotisations versées (CSS, art. R. 766-58)	Au prorata des cotisations versées (CSS, art. R. 766-58-1)	À 5.91 % par une fraction des cotisations de l'assurance volontaire vieillesse (arrêté ministériel du 14/01/2020 et CSS art. L. 766-4-1)
Cotisations vieillesse	N.A.	N.A.	À 48,84 % par une fraction des cotisations accident du travail et maladies professionnelles (arrêté ministériel du 14/01/2020 et CSS art. L. 766-4-1)
Dotations de gestion CNAV	1 % des cotisations vieillesse annuelles	N.A.	N.A.
Etat	N.A.	Fraction de crédits du programme 151 « Français à l'étranger et affaires consulaires »	N.A.
Produits financiers et plus-values de cessions de portefeuille	Variable	N.A.	N.A.
Revenus locatifs	Variable	N.A.	N.A.

Source : Mission.

[9] Arrêté du 14 janvier 2020 fixant les recettes du budget de l'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français de l'étranger.

[10] Code de la sécurité sociale, article L.766-4-1.

Les dépenses limitatives de ressources humaines dépendent d'un plafond d'équivalent temps plein (ETP) également fixé dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle. Pour la convention 2022-2025, une clause de revoyure a été prévue à mi-convention, fin 2023, pour apprécier la montée en charge du développement, de la productivité et de la qualité de service de la CFE. La convention prévoyait qu'en cas d'objectifs atteints, un relèvement d'un à quatre ETP supplémentaires du plafond d'emploi qui sous-tend le calcul des dépenses de ressources humaines à compter de 2024 pourrait être opéré.

Or, la direction de la sécurité sociale (DSS), en tant que tutelle de la CFE, a jugé en juin 2024 qu'il n'était pas opportun de débloquer de nouveaux ETP supplémentaires en 2024[11], en se basant sur l'analyse suivante : le recours croissant aux prestataires externes était justifié pour améliorer la qualité de service de la CFE mais avait un impact conséquent sur les charges de gestion courante sans être compensé par une réduction des effectifs (cf. *infra*, § 2.2.2). La DSS s'est ainsi fondée sur ces analyses, au-delà de ce qu'avait prévu la COP 2022-2025, pour refuser un déblocage d'ETP supplémentaires et a considéré qu'une trajectoire de réduction des effectifs devrait être envisagée sur la prochaine période conventionnelle.

1.2. Sous-exécuté, le budget de gestion administrative est caractérisé à la fois par une hausse régulière des dépenses, consécutive à une hausse forte et régulière des effectifs, ainsi que par des reports de crédits

1.2.1. Le budget de la CFE, qui voit les dépenses administratives augmenter de manière continue, est marqué par une sous-exécution et des reports de crédits croissants

L'encadrement du budget de gestion administrative de la CFE par la COP n'a pas contraint la CFE à s'engager dans une réduction de ses dépenses administratives. La programmation budgétaire pluriannuelle de la COP est déterminée à partir d'une base de référence. Cette base est constituée à partir des dépenses réalisées l'année qui précède la COP, soit le budget exécuté en 2017 pour la COP 2018-2021 et le budget exécuté en 2021 pour la COP 2022-2025. Pour la COP 2018-2022, le budget conventionnel reposait sur une baisse de 7 % du budget limitatif entre les dépenses réalisées en 2017et 2022 (cf. tableau 2 et tableau 4). En revanche, le budget conventionnel 2022 - 2025 prévoit une hausse de 31 % du budget limitatif entre les dépenses réalisées en 2021 et 2025 (cf. tableau 2 et tableau 5). Le budget limitatif des dépenses de gestion courante et des dépenses informatiques augmenterait de 14 % entre 2022 et 2025 alors que la COP avait prévu une stabilité des dépenses de *marketing* entre 2022 et 2025, à hauteur de 1 400 000 €/an.

Cette programmation résulte de plusieurs évolutions de l'activité de la CFE : une externalisation croissante des activités sans diminution de la masse salariale qui augmente les charges de gestion courante, le développement d'activités internes pour améliorer la relation client et la maîtrise des risques ainsi que le développement des outils informatiques (par dépenses de fonctionnement et d'investissement). L'analyse financière de la CFE permet d'approfondir cette analyse de l'évolution des dépenses administratives, particulièrement des charges courantes et de constater leur poids croissant sur la gestion technique de la CFE (cf. *infra*, partie 2).

[11] Courrier du 13 juin 2024 du directeur de la sécurité sociale au directeur général de la CFE ayant pour objet le bilan 2023 de la mise en œuvre de la convention de partenariat État-CFE 2022-2025.

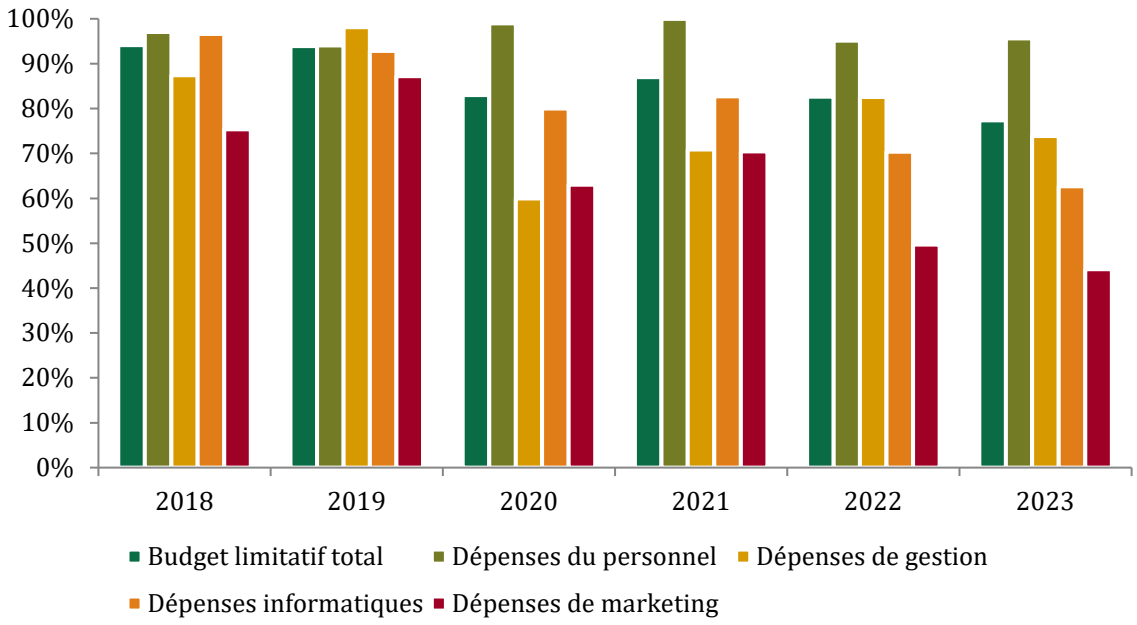
Annexe III

Tableau 2 : Evolution des budgets prévus par les COP 2018-2021 et 2022-2025

Composantes	2018- 2021	2022 2025
Budget limitatif	-7 %	11 %
Budget évaluatif	-2 %	7 %
Budget total	-7 %	9 %

Source : Convention de partenariat entre la CFE et l'État 2018-2021 et convention de partenariat entre la CFE et l'État 2018-2021, annexes.

Graphique 2 : Taux d'exécution du budget limitatif de la CFE



Source : CFE et mission.

Tableau 3 : Taux d'exécution budgétaire (par rapport au dernier budget rectificatif de l'année)

Nature de la dépense	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Budget limitatif total	94 %	94 %	83 %	87 %	83 %	77 %
Dépenses du personnel	97 %	94 %	99 %	100 %	95 %	96 %
Dépenses de gestion	87 %	98 %	60 %	71 %	83 %	74 %
dont dépenses de fonctionnement	*93 %*	96 %	63 %	76 %	86 %	81 %
dont dépenses d'investissement	*52 %*	134 %	33 %	29 %	46 %	29 %
Dépenses informatiques	97 %	93 %	80 %	83 %	70 %	63 %
dont dépenses de fonctionnement	*123 %*	95 %	90 %	84 %	93 %	77 %
dont dépenses d'investissement	*73 %*	91 %	70 %	82 %	52 %	55 %
Dépenses de marketing	75 %	87 %	63 %	70 %	50 %	44 %

Source : CFE et mission.

Annexe III

Tableau 4 : Budget conventionnel 2018 – 2021 (€)

Nature de la dépense	Budget 2018	Budget 2019	Budget 2020	Budget 2021	Evolution 2018-2021
Budget limitatif					
Ressources humaines	13 830 462	15 093 488	16 482 912	17 871 880	29 %
Gestion courante	4 305 692	3 915 768	3 885 518	3 955 268	-8 %
dont fonctionnement	*4 305 692*	*3 915 768*	*3 885 518*	*3 955 268*	*-8 %*
dont investissements	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*
Informatique	8 207 204	9 550 484	6 300 484	4 500 484	-45 %
dont fonctionnement	*3 638 503*	*2 638 503*	*1 888 783*	*1 688 783*	*-54 %*
dont investissements	*4 568 701*	*6 911 981*	*4 411 701*	*2 811 701*	*-38 %*
Dépenses de marketing	*1 400 000*	*1 400 000*	*1 400 000*	*1 400 000*	*0 %*
dont fonctionnement	*1 340 000*	*1 400 000*	*1 400 000*	*1 400 000*	*4 %*
dont investissements	*60 000*	*0*	*0*	*0*	*-100 %*
Immobilier - *dépense d'investissement*	2 382 000	205 000	255 000	155 000	-93 %
Budget limitatif	**30 125 357**	**29 314 460**	**28 323 914**	**27 882 632**	**-7 %**
Budget évaluatif					
Ressources humaines	1 089 897	1 195 045	1 301 305	1 407 740	29 %
Gestion courante	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Dotation aux amortissements, dépréciation, provision	2 800 000	2 400 000	2 400 000	2 400 000	-14 %
Immobilier	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Dotations CNAV	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Contribution de la gestion technique et autres	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Budget évaluatif	**3 889 897**	**3 595 045**	**3 701 305**	**3 807 740**	**-2 %**
Budget total	**34 015 255**	**32 909 505**	**32 025 219**	**31 690 372**	**-7 %**

Source : Convention de partenariat entre la CFE et l'État 2018-2021, annexe.

Annexe III

Tableau 5 : Budget prévisionnel - Convention 2022 – 2025 (€)

Nature de la dépense	Budget 2022		Budget 2023		Budget 2024		Budget 2025		Evolution 2022-2025
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses
Budget limitatif									
Ressources humaines	14 581 421	0	15 418 951	0	15 903 888	0	16 125 802	0	11 %
Gestion courante	7 281 869	0	7 838 560	0	8 282 299	0	8 282 299	0	14 %
dont fonctionnement	*6 943 350*	*0*	*7 004 034*	*0*	*7 051 705*	*0*	*7 051 705*	*0*	*2 %*
dont investissements	*338 520*	*0*	*834 527*	*0*	*1 230 594*	*0*	*1 230 594*	*0*	*264 %*
Informatique	*10 057 000*	*0*	*9 791 000*	*0*	*10 021 000*	*0*	*10 585 000*	*0*	*5 %*
dont fonctionnement	*4 415 000*	*0*	*3 852 000*	*0*	*3 917 000*	*0*	*3 077 000*	*0*	*-30 %*
dont investissements	*5 642 000*	*0*	*5 939 000*	*0*	*6 104 000*	*0*	*7 508 000*	*0*	*33 %*
Dépenses de marketing	1 400 000	0	1 400 000	0	1 400 000	0	1 400 000	0	0 %
dont fonctionnement	*1 400 000*	*0*	*1 400 000*	*0*	*1 400 000*	*0*	*1 400 000*	*0*	*0 %*
dont investissements	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*N.A.*
Budget limitatif	**33 320 291**	**0**	**34 448 511**	**0**	**35 607 187**	**0**	**36 393 101**	**0**	**9 %**
Budget évaluatif									
Ressources humaines	1 333 806	0	1 338 425	0	1 340 390	0	1 342 384	0	1 %
Gestion courante	2 500 000	0	2 500 000	0	2 500 000	0	2 500 000	0	0 %
Dotation aux amortissements, dépréciation, provision	6 314 519	400 000	6 463 119	400 000	6 557 726	400 000	7 025 726	400 000	11 %
Immobilier	0	0	0	150 000	0	600 000	0	600 000	N.A.
Dotations CNAV	0	2 592 544	0	2 592 544	0	2 592 544	0	2 592 544	N.A.
Contribution de la gestion technique et autres	0	40 476 071	0	41 607 511	0	42 412 759	0	43 668 667	N.A.
Budget évaluatif	**10 148 325**	**43 468 615**	**10 301 544**	**44 750 055**	**10 398 116**	**46 005 303**	**10 868 110**	**47 261 211**	**7 %**
Budget total	**43 468 615**	**43 468 615**	**44 750 055**	**44 750 055**	**46 005 303**	**46 005 303**	**47 261 211**	**47 261 211**	**9 %**

Source : Convention de partenariat entre l'État et la CFE 2022-2025, annexe 4.

Les résultats budgétaires témoignent cependant d'un défaut de pilotage marqué par une sous-exécution et des reports de crédits croissants. Ainsi, entre 2018 et 2023, le taux d'exécution du budget limitatif total a diminué de 17 points, en passant de 94 % à 77 % (cf. tableau 3). Après une légère amélioration de l'exécution en 2021, le taux d'exécution s'est de nouveau dégradé en 2022 et 2023.

Cette sous-exécution varie selon la nature de la dépense (cf. tableau 3 et graphique 2)**. Elle est particulièrement marquée pour les dépenses informatiques** dont le taux d'exécution a diminué de 34 points entre 2018 et 2023, passant de 97 % à 63 %. Alors que les crédits dédiés à ces dépenses informatiques ont augmenté de plus de 2 M€ sur cette même période, la hausse de la sous-exécution témoigne de la difficulté de la CFE à mettre en œuvre son schéma directeur informatique. D'importants retards ont ainsi été pris sur des projets structurants (extranet et infocentre), entraînant d'importants retards sur les échéanciers de facturation**.**

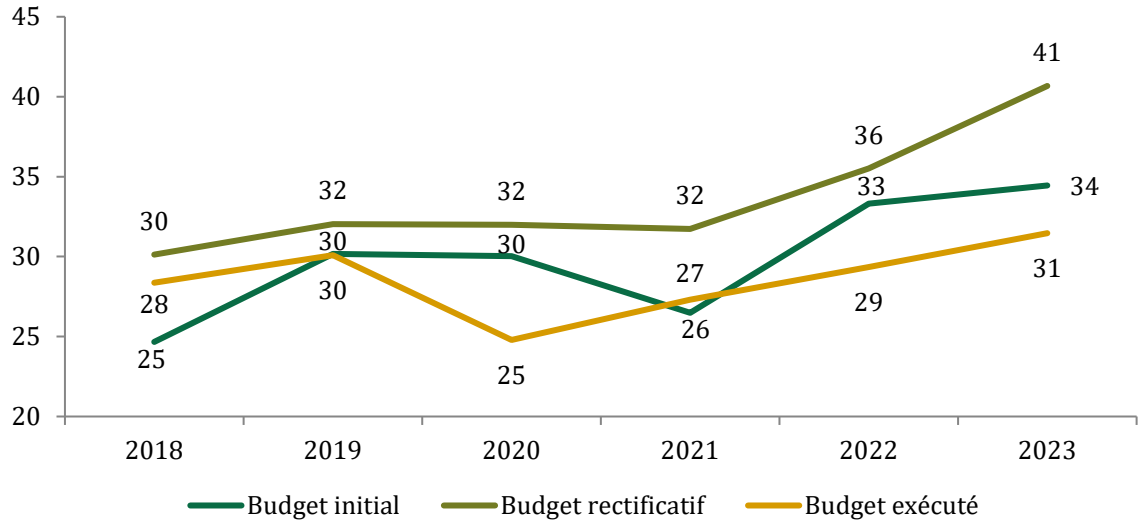
De même, les dépenses de *marketing* présentent un faible taux d'exécution (44 % en 2023 contre 75 % en 2018). Ces dépenses couvrent des frais de publicité, de location de lieux de réunion ou encore de déplacements. Malgré des montants plus faibles, les dépenses de *marketing* répondent à une des priorités de la CFE, à savoir acquérir de nouveaux clients potentiels dits prospects pour renforcer la base client, les perspectives de croissance et la visibilité de la CFE. La CFE a cependant dû revoir ses projets à la baisse en 2022 et 2023. Plusieurs difficultés d'ordre technique et organisationnel l'ont empêchée de mettre en œuvre les projets prévus et donc de mobiliser les dépenses programmées. À titre d'exemple, faute d'avoir été finalisées et validées à temps, des campagnes de *sponsoring* ont été annulées ou décalées. Une révision complète du programme de partenariat a été entreprise avant d'engager des campagnes de communication conjointes avec les partenaires et un travail de structuration de la communication a été réalisé.

Ces sous-exécutions conduisent à des reports de crédits importants. Entre 2023 et 2024, 9,4 M€ de crédits du budget limitatif ont été reportés contre 1,8 M€ entre 2018 et 2019, soit une multiplication par cinq des montants reportés. **Ces reports sont autorisés par le cadre pluriannuel de la convention d'objectif et de partenariat pour les années 2022 à 2025.** Ainsi, contrairement aux dépenses évaluatives, les crédits consommés constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif peuvent donner lieu à un report sur l'exercice suivant. Seuls les crédits non-consommés en dernière année de la COP ne peuvent être reportés, à l'exception des crédits de paiement non utilisés correspondant à une autorisation de programme engagé. En conséquence, le budget rectificatif – au sens de dernier budget rectificatif si plusieurs sont adoptés la même année – est supérieur au budget initial conventionnel et ne cesse d'augmenter chaque année, creusant l'écart entre le budget initial et le budget exécuté (cf. graphique 3). Cette évolution n'est cependant pas mécanique. Le budget initial, avant la fin de l'année n-1, et les éventuels budgets rectificatifs sont soumis au vote du conseil d'administration. Ils ne deviennent effectifs qu'après approbation des autorités compétentes de l'État, conformément à l'article L. 766-10 du code de la sécurité sociale.

Ces reports de crédits non consommés nuisent à la qualité de l'information budgétaire et au calibrage du pilotage. La CFE juge quant à elle que l'engagement de ses dépenses est précautionneux et que la sous-consommation du budget limitatif en témoigne. Cependant, si les reports de crédits permettent de reprogrammer des dépenses qui n'ont pu être consommées l'année précédente et peuvent résulter d'une gestion prudente**, l'importance des reports de crédits accumulés d'année en année sur la période de la COP remet progressivement en cause la capacité de pilotage**. Ainsi, les reports entre 2023 et 2024 représentant plus d'un quart du budget limitatif, le pilotage des dépenses s'avère insuffisamment calibré et l'objectif de maîtrise des dépenses administratives insuffisamment pris en compte dans la trajectoire budgétaire de la COP.

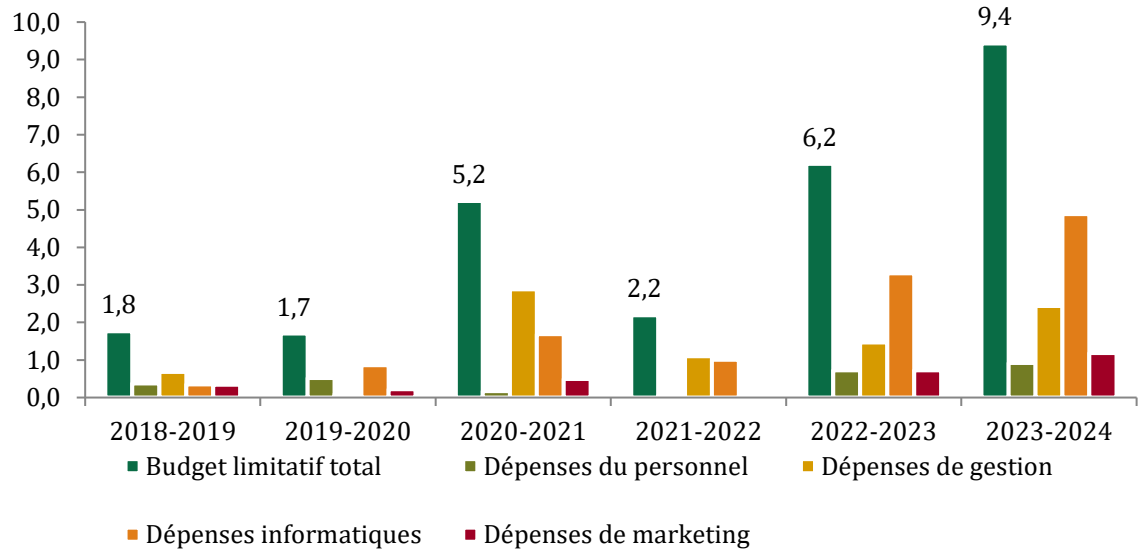
Annexe III

Graphique 3 : Evolution du budget limitatif de la CFE de 2018 à 2023 (M€)



Source : CFE et missions.

Graphique 4 : Reports des crédits du budget limitatif par nature de dépense (M€)



Source : CFE et mission.

Annexe III

Tableau 6 : Evolution du budget limitatif de la CFE de 2018 à 2023 (€)

Budget limitatif	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Budget initial	24 664 671	30 164 740	30 025 213	26 493 664	33 320 291	34 448 511	35 607 187	36 393 101
Budget rectificatif	30 125 357	32 038 954	N.A.	31 731 134	35 511 479	40 672 075	45 015 344	N.C.-
Budget exécuté	28 363 588	30 080 290	24 787 743	27 305 096	29 340 359	31 464 383	N.C.	N.C.

Source : CFE et missions. Note : Lorsque plusieurs budgets rectificatifs ont été adoptés dans l'année, le tableau ne présente que le dernier budget rectificatif.

Tableau 7 : Reports des crédits du budget limitatif par nature de dépense (€)

Nature de la dépense	Reports de crédits					
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Budget limitatif	1 761 769	1 701 299	5 237 470	2 191 188	6 223 564	9 432 999
Dépenses du personnel	378 934	522 884	170 829	55 031	728 438	921 157
Dépenses de gestion	685 267	95 752	2 882 880	1 095 927	1 467 410	2 438 892
dont dépenses de fonctionnement	*333 970*	*184 069*	*2 386 107*	*619 210*	*1 022 228*	*1 528 348*
dont dépenses d'investissement	*351 297*	*-88 316*	*496 772*	*476 717*	*445 152*	*910 544*
Dépenses informatiques	352 821	857 057	1 688 083	1 007 642	3 307 076	4 889 121
dont dépenses de fonctionnement	*0*	*306 127*	*396 621*	*406 658*	*286 849*	*1 052 166*
dont dépenses d'investissement	*352 821*	*550 930*	*1 291 462*	*600 984*	*3 020 227*	*3 836 956*
Dépenses de marketing	344 747	225 605	495 678	32 588	720 639	1 183 828
dont dépenses de fonctionnement	*195 278*	*219 900*	*495 678*	*32 588*	*720 639*	*1 183 828*
dont dépenses d'investissement	*149 470*	*5 705*	*0*	*0*	*0*	*0*

Source : CFE et mission.

Les dépenses de personnel présentent en revanche un taux d'exécution élevé et quasi-stable dans le temps (97 % en 2018 et 96 % en 2013). Après une hausse de 45 % entre 2017 et 2021 (de 12,5 M€ à 17,9 M€), le budget limitatif prévoit une baisse des dépenses de ressources humaines de - 10 % en 2025 par rapport à l'exécution 2021. Cette évolution résulte des décisions prises par la tutelle de la CFE - le ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles – pour maîtriser l'évolution du nombre d'équivalent temps plein (ETP) à la CFE. Les dépenses de ressources humaines du budget limitatif rendent compte des évolutions prévues en termes d'ETP. Ainsi, le plafond d'ETP, déterminé par la tutelle a tout d'abord augmenté en 2017 (+ 8) puis en 2019 (accord pour une hausse de 15 ETP). Cependant, la tutelle a finalement gelé en 2020 puis annulé en 2021 ces 15 ETP supplémentaires (cf. tableau 8).

Une telle hausse du nombre d'ETP n'était plus jugée justifiée dans un contexte d'approfondissement de l'externalisation des activités de la CFE auprès de partenaires externes.

Cependant, face à la hausse des charges de gestion courante de la CFE et à l'absence de réduction des effectifs depuis la stratégie d'externalisation engagée en 2018 (cf. *infra*, § 2.2.2), la direction de la sécurité sociale (DSS), en tant que tutelle de la CFE, a jugé en juin 2024 qu'il n'était pas opportun de débloquer de nouveaux ETP supplémentaires et a invité la CFE à réaliser des redéploiements d'effectifs en interne[12]. Elle a également considéré qu'une trajectoire de réduction des effectifs devrait être envisagée sur la prochaine période conventionnelle. Si la structure de la répartition des ETP par services a évolué depuis 2017 (cf. tableau 8 et graphique 5), en augmentant la part d'ETP chargés de la gestion et de la promotion de l'offre de service (*marketing*), la hausse des ETP dans le contexte d'externalisation de nombreuses activités et de nécessaire maîtrise des coûts de la CFE n'était plus justifiée pour la tutelle. Cette diminution du nombre d'ETP par rapport aux évolutions envisagées lors de l'élaboration de la COP conduit à une réduction de 270 531 € du budget limitatif ressources humaines pour 2024 et 2025.

La variation du budget limitatif consacré aux dépenses de personnel reflète également la capacité de recrutement de la CFE. En 2022 et en 2023, le budget exécuté est inférieur au budget rectificatif car la CFE a été confrontée à des difficultés de recrutement et n'a pas été en mesure de pourvoir les postes ouverts (cf. tableau 9).

[12] Courrier du 13 juin 2024 du directeur de la sécurité sociale au directeur général de la CFE ayant pour objet le bilan 2023 de la mise en œuvre de la convention de partenariat État-CFE 2022-2025.

Annexe III

Tableau 8 : Evolution de la répartition des effectifs équivalent temps plein (ETP) de 2017 à 2024 par type de contrat et par service de la CFE

Par type de contrat et service	2017	2018	2019	2020	2021	2 022	2 023	2 024	Évolution 2017-2024
Par type de contrat									
Nombre d'ETP en CDI	176,75	179,66	192,64	195,22	197,21	198,03	199,54	198,39	12 %
Nombre d'ETP en CDD	10,83	11,62	14,28	10,07	11,85	4,74	10,00	6,09	- 44 %
Nombre d'ETP total	**187,58**	**191,28**	**206,92**	**205,29**	**209,06**	**202,77**	**209,54**	**204,48**	**9 %**
Plafond autorisé par la COP	209,12	209,12	224,12	224,12	209,12	209,12	215,12	215,12	3 %
Evolution du plafond d'ETP décidée par la tutelle de la CFE	Accord pour une hausse de 8 ETP	-	Accord pour une hausse de 15 ETP	Gel de la hausse des 15 ETP	Externalisation : baisse de 15 ETP	-	Accord pour une hausse de 6 ETP	Hausse de 4 ETP refusée	-
Par service parmi les ETP en CDI									
Direction de la communication, du marketing et développement	4,50	10,13	12,13	12,24	12,86	12,79	13,65	14,36	219 %
Direction des prestations et de la satisfaction client	116,20	111,86	118,02	118,06	115,74	108,48	109,25	108,34	- 7 %
Cellule du pilotage et de la transformation	16,86	18,63	21,32	22,66	24,05	27,03	26,36	29,02	72 %
Secrétariat général	39,19	39,04	41,17	42,26	44,56	49,73	50,28	46,67	19 %

Source : CFE et mission. Note : les documents du service des ressources humaines présentaient l'évolution des effectifs par mission ou service. Les données sont reportées ici par direction de la CFE. Les postes de la direction de la communication, du marketing *et du développement concernent la conception et la promotion de l'offre de service, ceux de la direction des prestations et de la satisfaction client concernent les services aux clients, ceux de la cellule du pilotage et de la transformation concernent l'accompagnement de la transformation et ceux du secrétariat général concernent la performance interne et les fonctions support.*

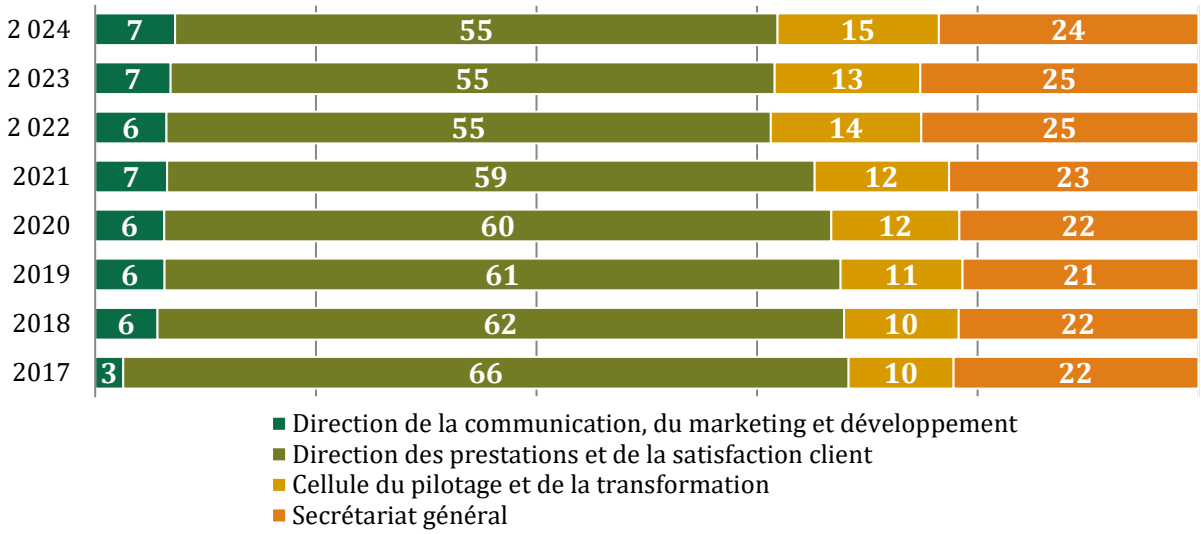
Annexe III

Tableau 9 : Budgets conventionnel, rectificatif et exécuté 2022 et 2023 (€)

Nature de la dépense	2022			2023		
	Budget initial	Budget rectificatif	Budget exécuté	Budget initial	Budget rectificatif	Budget exécuté
Budget limitatif						
Ressources humaines	14 581 421	14 636 452	13 927 990	15 418 951	16 147 389	15 442 974
Gestion courante	7 281 869	8 377 797	6 915 468	7 838 560	9 305 970	6 875 642
dont fonctionnement	*6 943 350*	*7 562 559*	*6 540 331*	*7 004 034*	*8 026 262*	*6 506 478*
dont investissements	*338 520*	*815 237*	*375 137*	*834 527*	*1 279 708*	*369 164*
Informatique	10 057 000	11 064 642	7 784 951	9 791 000	13 098 076	8 208 955
dont fonctionnement	*4 415 000*	*5 001 658*	*4 647 849*	*3 852 000*	*4 488 849*	*3 436 684*
dont investissements	*5 642 000*	*6 062 984*	*3 137 103*	*5 939 000*	*8 609 227*	*4 772 271*
Dépenses de marketing	1 400 000	1 432 588	711 949	1 400 000	2 120 639	936 811
dont fonctionnement	*1 400 000*	*1 432 588*	*711 949*	*1 400 000*	*2 120 639*	*936 811*
dont investissements	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Budget limitatif	**33 320 291**	**35 511 479**	**29 340 359**	**34 448 511**	**40 672 075**	**31 464 383**
Budget évaluatif						
Ressources humaines	1 333 806	1 333 806	828	1 338 425	1 338 425	0
Gestion courante	2 500 000	2 500 000	2 482 098	2 500 000	2 500 000	2 496 122
Dotation aux amortissements, dépréciation, provision	6 314 519	6 314 519	4 462 881	6 463 119	6 463 119	5 436 384
Immobilier	0	0	0	0	0	0
Dotations CNAV	0	0	0	0	0	0
Contribution de la gestion technique et autres	0	0	0	0	0	0
Budget évaluatif	**10 148 325**	**10 148 325**	**6 945 806**	**10 301 544**	**10 301 544**	**7 932 505**
Budget global	**43 468 615**	**45 659 803**	**36 286 165**	**44 750 055**	**50 973 619**	**39 396 888**

Source : CFE.

Graphique 5 : Évolution de la répartition des effectifs équivalent temps plein (ETP) de 2017 à 2024 par directions de la CFE (en %)



Source : CFE et mission.

1.2.2. Les effectifs de salariés de la CFE ont très fortement augmenté au cours des années récentes, après des hausses déjà très fortes au cours de la seconde moitié des années 2000 et la première moitié des années 2010

Les effectifs de salariés de la CFE ont augmenté très fortement au cours des années récentes : de 13,0% de la fin 2018 à la fin 2023 et d'un total de 25,0% depuis la fin 2015 (cf. graphique 6)[13]. Pour les seuls salariés en CDI, l'augmentation a été de 5,6% de la fin 2018 à la fin 2023, et d'un total de 16,8% depuis la fin 2015. Cette hausse récente des effectifs reflète une très forte augmentation de la part des cadres et une diminution des effectifs d'employés qui demeurent toutefois encore supérieurs à leurs niveaux du milieu des années 2010 (cf. graphique 7). Par ailleurs, la part des salariés à temps partiel a nettement diminué au cours des dernières années : 12,3% fin 2023, contre 17,7% fin 2019

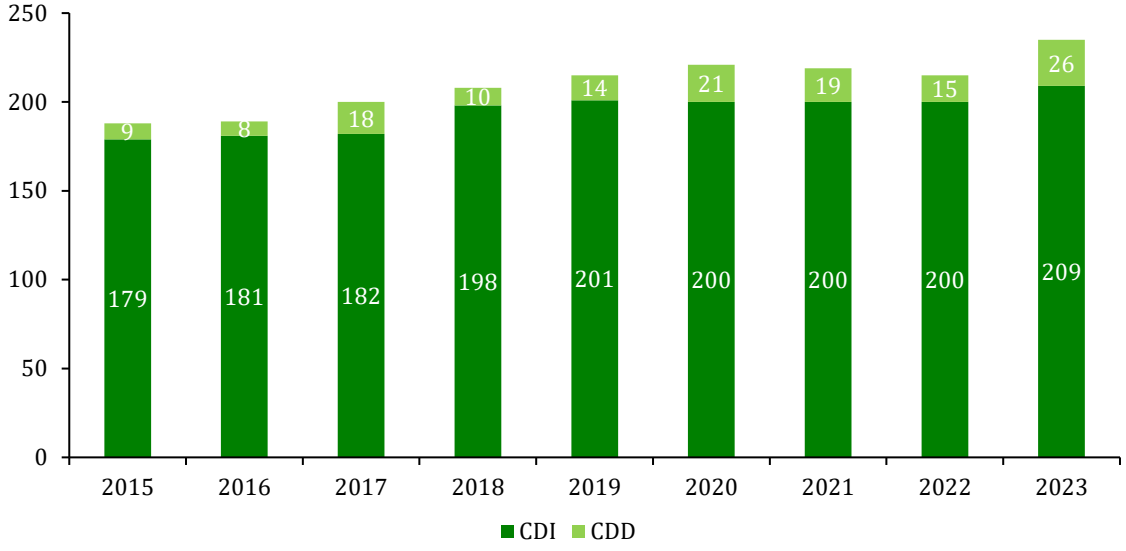
La très forte augmentation des effectifs de la CFE est intervenue après des hausses déjà très fortes enregistrées au cours de la seconde moitié des années 2000 et la première moitié des années 2010 : selon les données transmises par la CFE, ses effectifs étaient de 107 salariés fin 2004 et de 154 fin 2012[14].

[13] Source : bilans sociaux de la CFE.

[14] La mission n'a pu déterminer avec assurance si ses chiffres portent sur l'ensemble des salariés de la caisse, ou le cas échéant sur ceux en CDI seulement.

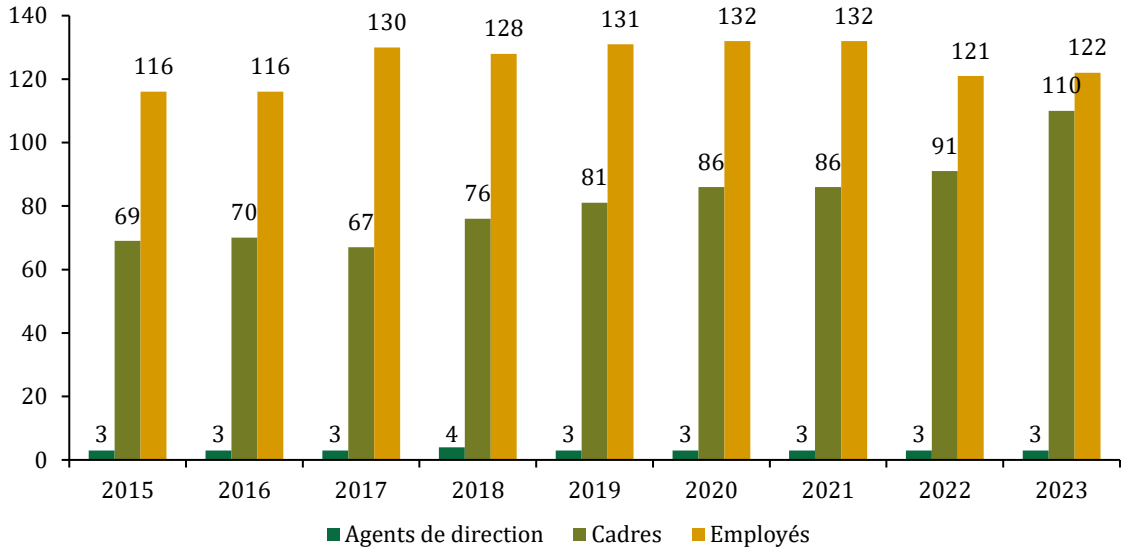
Annexe III

Graphique 6 : Evolution des effectifs de salariés de la CFE par type de contrat de travail de 2015 à 2023



Source : CFE (bilans sociaux annuels).

Graphique 7 : Evolution des effectifs de salariés de la CFE par statut de 2015 à 2023



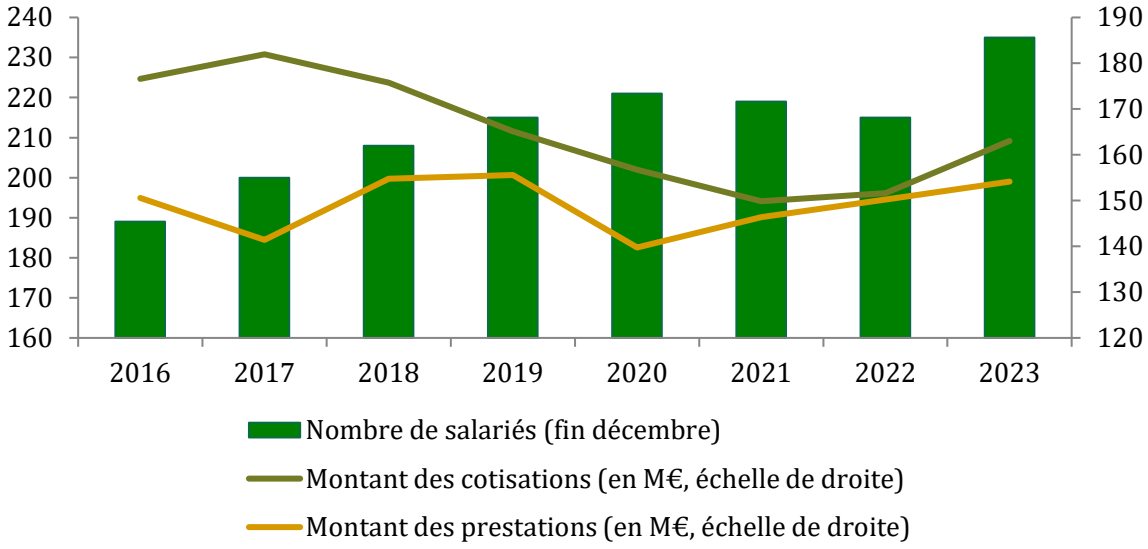
Source : CFE (bilans sociaux annuels).

Outre le fait qu'elle tranche avec les évolutions enregistrées par la plupart des grands organismes de sécurité sociale[15], cette forte augmentation des effectifs de la CFE apparait déconnectée de l'évolution récente de son activité, mesurée grossièrement par le montant des cotisations qu'elle recouvre ou celui des prestations qu'elle verse (qui sont elles-mêmes affectées directement ou indirectement par l'inflation médicale et par les hausses du plafond annuel de sécurité sociale avant la réforme de 2018) (cf. graphique 8). On peut s'interroger sur cette forte augmentation récente des effectifs de la CFE, d'autant plus que la caisse s'est engagée dans un mouvement d'externalisation de certaines de ses fonctions.

[15] Les effectifs permanents des organismes de sécurité sociale - savoir les salariés relevant de la convention collective nationale du travail, titulaires de contrats de travail à durée indéterminée - ont augmenté de 0,8% de la fin 2018 à la fin 2023, mais ont diminué de 10,6% sur les quinze dernières années (depuis la fin 2008). *Cf.* la

Annexe III

Graphique 8 : Évolution des effectifs de la CFE, des cotisations prélevées et des prestations versées par celle-ci de 2016 à 2023



Source : CFE.

publication suivante : Union Nationale des Caisses de Sécurité Sociales (UCANSS), *Le personnel dans les organismes de Sécurité sociale - Recueil d'informations statistiques concernant les effectifs - Edition 2024*, juin 2024.

1.3. Les dépenses d'action sanitaire et sociale et de prévention sont également sous-exécutées, hors catégorie aidée

Le budget d'action sanitaire et sociale et de prévention est également défini par la convention d'objectif et de partenariat. Ce budget est alimenté par la contribution des cotisations santé, AT-MP et vieillesse. Pour la période 2019-2021 et pour la période 2022-2025, le budget prévisionnel ASSP est construit à volume d'activité constant.

La catégorie aidée constitue une part du budget d'action sanitaire et sociale, financée pour une partie par des crédits budgétaires de l'État et, pour la partie non compensée, par un prélèvement sur les cotisations santé et AT-MP. Le budget défini dans le cadre de la COP concerne les autres actions sanitaires et sociales et de prévention. La CFE, dans sa documentation budgétaire, considère que ce budget a deux objectifs :

- financer des actions de prévention et des aides financières aux bénéficiaires de l'assurance maladie ou de la garantie accident de travail ;
- diminuer la charge financière des assurés lorsqu'ils doivent supporter des dépenses liées à la maladie ou à un accident, qui ne sont que partiellement ou pas du tout remboursables, bien que médicalement justifiées, et qui peuvent ponctuellement déséquilibrer leur budget personnel. Ce soutien financier peut être octroyé à la demande de l'adhérent, après examen de son dossier.

Lors de chaque CA, l'action de la CFE en matière d'ASSP est présentée. Les décisions concernant les frais inférieurs à 1 500€ sont déléguées au service dédié de la CFE. Les dépenses supérieures sont décidées par la commission *ad hoc*, composée d'administrateurs de la CFE. Les décisions ne relèvent cependant pas d'une doctrine précise mais de la prise en compte d'un ensemble de critères (montant des dépenses, situation de santé, situation personnelle et familiale, ancienneté à la CFE) examinés par des salariés de la CFE pour les dépenses inférieures à 1 500€ et par les administrateurs de la commission *ad hoc* pour les dépenses supérieures à 1 500€.

Le budget d'ASSP finance donc à la fois des actions individualisées examinées par la CFE (services ou commissions selon le montant) et des actions collectives. L'action collective comporte deux dimensions distinctes :

- les actions de prévention : ces actions peuvent être individuelles ou collectives. Il s'agit essentiellement du financement d'examens de santé, de vaccinations, de traitements antipaludéens et de dépistages ;
- la prise en charge des cotisations assurance vieillesse (périodes assimilées) et de la catégorie aidée. Ainsi, la catégorie aidée est prise en charge par la partie non limitative du budget de l'ASS et son financement n'est donc pas limité par les plafonds limitatifs prévus par la COP. La prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse est quant à elle comptabilisée dans la partie action collective de l'ASS et figure comme telle dans les comptes annuels.

Le budget d'action sanitaire et sociale et de prévention prévu chaque année et par les deux COP successives est stable. Il s'élève à 300 000 € pour les actions individualisées et d'action sanitaire et sociale, à 1 480 000 € pour les actions collectives, dont la prévention, soit un total de budget conventionnel de 1 780 000 € (cf. tableau 10 et tableau 11).

Ce budget de l'ASS est également sous-exécuté mais dans des proportions moindres que le budget général de la CFE. En 2022, ce budget a été sous-exécuté de plus de 40 % (1 038 000 € d'exécution contre 1 780 000 € prévus par la COP) mais, en 2023, la sous-exécution était réduire à 220 000 € (cf. tableau 12). L'exécution du budget et la répartition entre les différents postes dépend de la part consacrée à la prise en charge des cotisations vieillesse.

Annexe III

Tableau 10 : Budget d'ASSP de la CFE de la COP 2018-2021 (€)

Postes budgétaires	2018	2019	2020	2021
Actions individualisées d'action sanitaire et sociale	300 000	300 000	300 000	300 000
Actions collectives d'ASS dont prévention	1 480 000	1 480 000	1 480 000	1 480 000
Total	**1 780 000**	**1 780 000**	**1 780 000**	**1 780 000**

Source : Convention de partenariat entre l'État et la CFE 2018-2021, annexe.

Tableau 11 : Budget d'ASSP de la CFE de la COP 2022-2025 (€)

Postes budgétaires	2022	2023	2024	2025
Actions individualisées d'action sanitaire et sociale	300 000	300 000	300 000	300 000
Actions collectives d'ASS dont prévention	1 480 000	1 480 000	1 480 000	1 480 000
Total	**1 780 000**	**1 780 000**	**1 780 000**	**1 780 000**

Source : Convention de partenariat entre l'État et la CFE 2022-2025, annexe 6.

Tableau 12 : Exécution du budget de l'ASSP en 2022 et 2023 (€)

Postes budgétaires	2022		2023	
	Budget initial	Budget exécuté	Budget initial	Budget exécuté
Actions individualisées d'ASS	300 000	286 000	300 000	234 000
dont aides financières	*N.A.*	*269 000*	*N.A.*	*205 000*
dont prestations supplémentaires	*N.A.*	*17 000*	*N.A.*	*29 000*
Actions collectives d'ASS	1 480 000	752 000	1 480 000	1 224 000
dont prévention	*N.A.*	*423 000*	*N.A.*	*489 000*
...examens de santé	*N.A.*	*29 000*	*N.A.*	*31 000*
...vaccination antigrippale	*N.A.*	*51 000*	*N.A.*	*49 000*
... traitements antipaludéens et vaccins	*N.A.*	*286 000*	*N.A.*	*364 000*
... autres actions de prévention (dépistages, ticket modérateur vaccin)	*N.A.*	*57 000*	*N.A.*	*45 000*
dont actions collectives d'ASS (prise en charge des cotisations assurance vieillesse)	*N.A.*	*329 000*	*N.A.*	*735 000*
Total	**1 780 000**	**1 038 000**	**1 780 000**	**1 458 000**

Source : CFE – documents présentées par la commission action sanitaire et sociale – prévention lors des conseils d'administration de juin 2023 et juin 2024 ; comptes annuels de la CFE.

2. Depuis 2018, la Caisse des Français de l'étranger présente une situation financière dégradée caractérisée par un résultat d'exploitation systématiquement déficitaire que les résultats financiers volatils ne parviennent pas à compenser et qui conduisent à quatre années de résultat net négatif

2.1. Déficitaires une année sur deux depuis 2018, les résultats de la CFE se sont nettement dégradés après quinze années d'excédents

Régie par le code de la sécurité sociale, la caisse des Français de l'étranger (CFE) est soumise à une obligation d'équilibre. L'article R. 766-57 du code de la sécurité sociale dispose en effet que ce régime d'adhésion volontaire doit être équilibré en recettes et en dépenses.

La CFE a respecté cette obligation jusqu'en 2017. De 2002[16] à 2017, la CFE a présenté chaque année un résultat net excédentaire (cf. figure 1 pour la décomposition du résultat net), à l'exception de l'année 2011 à la suite d'une évolution de la nomenclature comptable (cf. graphique 9). Peu volatil entre 2002 et 2010, le résultat net annuel a été supérieur à 10 M€ onze années sur quinze et a présenté un fort excédent de 55 M€ en 2017.

Figure 1 : Les différentes composantes du résultat net de la CFE



Source : Mission.

La mission de 2015[17] de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) expliquait que depuis la création de la CFE, la croissance du nombre de nouveaux adhérents avait permis de dégager des excédents d'exploitation importants et stables, de constituer des réserves tout en diminuant à six reprises les taux de cotisations. La mission soulignait cependant qu'à deux reprises, en 2010 et 2013, la CFE avait dû relever ses taux de cotisation pour les catégories d'adhérents représentant le déficit le plus prononcé, à savoir les pensionnés et les inactifs et préconisait une attitude prudente au regard de l'évolution de la démographie et de ses adhérents. Ce n'est cependant pas l'approche qui a été retenue par le législateur qui, lors de la loi n°2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la Caisse des Français de l'étranger a fait évoluer les catégories d'adhérents en modifiant les offres en matière de contrat individuel avec pour objectif de rendre la CFE plus attractive et de doubler ses effectifs d'adhérents en quatre ans[18] (cf. annexes I et II).

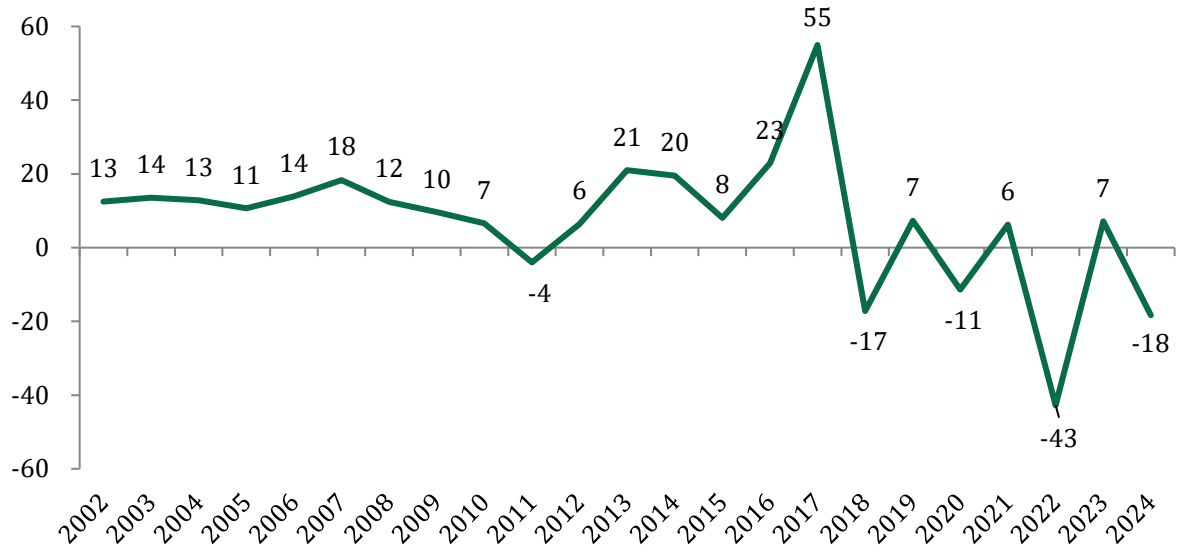
[16] La mission n'a eu accès à des données financières et budgétaires qu'à partir de 2002 et de données détaillées qu'à partir de 2016. En conséquence, les principaux agrégats sont présentés de 2002 à 2023 et les analyses se concentrent sur la période 2016 - 2023.

[17] L'activité et les conditions d'intervention de la Caisse des Français de l'étranger, 2015, inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales.

[18] Note de la DSS dans le cadre des travaux préparatoire de la loi du 24 décembre 2028, « La réforme des cotisations d'assurance maladie de la CFE ».

Depuis 2018 en revanche, le résultat net de la CFE est bien plus irrégulier avec une alternance d'années déficitaires (2018, 2020, 2022) et excédentaires (2019, 2021, 2023) et une dégradation significative de son montant moyen (cf. graphique 9). Ainsi, le résultat net moyen de 2018 à 2023 a été négatif (- 8,4 M€ de 2018 à 2023 contre + 12,3 M€ de 2011 à 2016 et + 12,3 M€ de 2002 à 2010) et chaque année, les variations par rapport à l'année précédente ont été supérieures à 15 M€ avec des variations proches de 50 M€ à la baisse entre 2021 et 2022 puis à la hausse entre 2022 et 2023.

Graphique 9 : Résultat net de la Caisse des Français de l'étranger de 2002 à 2024 (en M€)



Source : CFE, comptes annuels. Note : les données pour 2024 n'étaient pas encore définitives à la date de la mission.

En 2024, le résultat net de la CFE, soumis à l'approbation des commissaires aux comptes et non encore publié à la date de la mission, s'élève à -18,3 M€.

2.2. Le résultat d'exploitation est constamment déficitaire depuis 2018 en raison de la détérioration de la rentabilité de l'activité technique assurantielle et de l'augmentation des dépenses courantes de la CFE

2.2.1. La rentabilité de l'activité technique assurantielle de la CFE se détériore sous l'effet du déficit structurel des contrats individuels maladie

Le résultat assurantiel de la CFE permet de rendre compte de l'équilibre financier de son activité de protection contre les risques maladie et maternité, accident du travail et maladie professionnelle (AT/MP) et vieillesse. La rentabilité de l'activité assurantielle peut être analysée de deux façons :

- avant prise en compte de la contribution des branches de risques maladie et AT-MP au financement de la gestion budgétaire. L'intérêt de cette analyse est d'évaluer la rentabilité technique intrinsèque de l'activité d'assurance. Elle se concentre sur les cotisations perçues et les prestations payées. Cette analyse facilite alors la comparaison entre les différents risques couverts et les différents produits. En revanche, elle n'offre qu'une vision partielle de la rentabilité de l'activité dans la mesure où elle ignore ses coûts de gestion ;

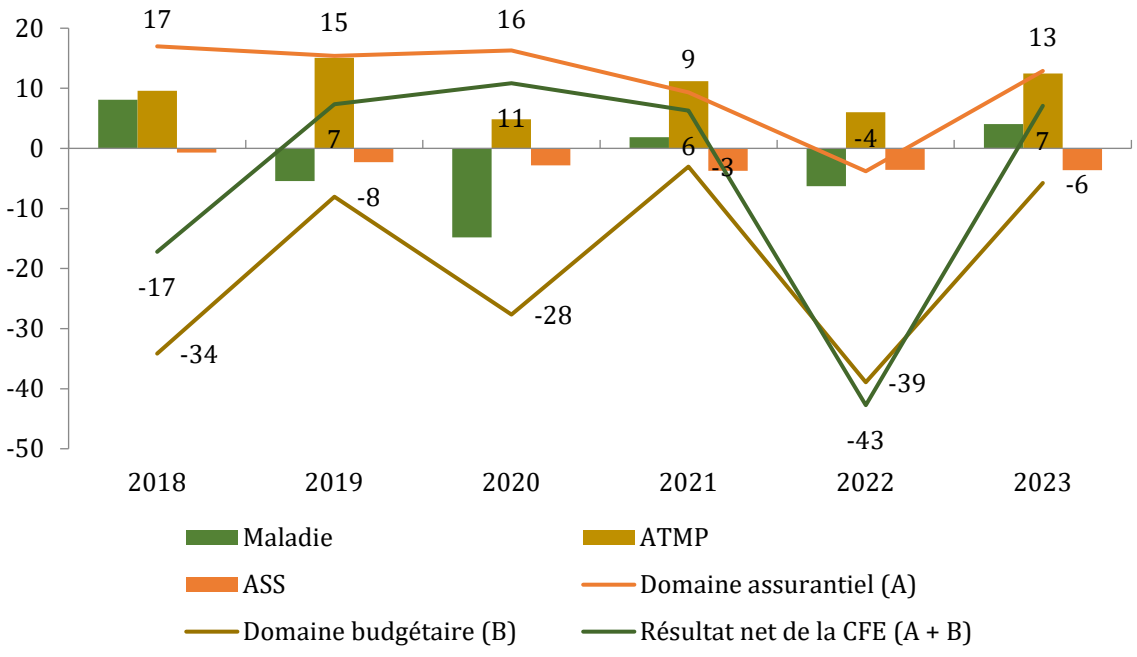
- après prise en compte de la contribution des branches de risques maladie et AT-MP au financement de la gestion budgétaire. L'intérêt de cette analyse est d'offrir une vision d'ensemble de la rentabilité de l'activité d'assurance, en tenant compte des coûts associés à la gestion des opérations d'assurance. Il ne s'agit pas de prendre en compte l'ensemble des coûts de gestion de la CFE (cette analyse est réalisée à un stade ultérieur, au niveau du résultat d'exploitation après prise en compte des charges courantes) mais *a minima* de déduire l'impact de la contribution des branches au financement de la gestion budgétaire sur la rentabilité de l'activité assurantielle.

Dans les deux cas, l'analyse du résultat assurantiel de la CFE depuis 2018 révèle une dégradation de la rentabilité de cette activité.

Ainsi, d'après l'analyse du résultat de la CFE avant contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire (cf. tableau 13 et graphique 10), **le résultat du domaine assurantiel a diminué de 24 % entre 2018 et 2023** en passant d'un excédent de 17 M€ en 2018 à 13 M€ en 2023, alors qu'il était de 31 M€ en 2017 **et a connu un épisode déficitaire en 2022 de - 3,8 M€** (cf. tableau 13). Avoir un résultat assurantiel excédentaire ne garantit pas un excédent du résultat net, une fois le résultat du domaine budgétaire pris en compte. Ainsi, malgré un excédent assurantiel en 2018, le résultat net était négatif étant donné le fort déficit du domaine budgétaire (cf. graphique 10). Pour autant, la dégradation du domaine assurantiel participe par construction de la dégradation du résultat net dont il est une composante importante.

Cette dégradation du domaine assurantiel résulte essentiellement de la moindre rentabilité du risque maladie. Alors que les résultats assurantiels de la branche maladie et de la branche AT-MP étaient comparables en 2017 (respectivement 15,6 M€ et 15,9 M€), le résultat de la branche maladie est trois fois moins élevé que celui de la branche AT-MP en 2023 et a connu deux années déficitaires en 2020 et 2022 alors que la branche AT-MP est constamment en excédent. L'action sanitaire et sociale (ASS) étant financée sur les branches de risques, par des fractions du produit des cotisations des assurances maladie, AT-MP et vieillesse (cf. *supra*, partie 1), le résultat assurantiel de l'ASS avant contribution des branches à la gestion budgétaire est par construction déficitaire.

Graphique 10 : Décomposition du résultat net de la CFE avant contribution des branches maladie et ATMP à la gestion administrative



Source : Comptes annuels de la CFE et revue analytique des comptes de la CFE.

Cette analyse avant contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire permet d'identifier la marge brute[19] de l'activité de la CFE (cf. tableau 14). Contrairement au résultat du domaine assurantiel, la marge brute ne tient pas compte des résultats exceptionnels sur l'assurantiel. **La marge brute s'est dégradée de 26 % entre 2018 et 2023**. La dégradation la plus marquée concerne les années 2021 et 2022 avec en 2021 une marge brute près de deux fois inférieure à celle de 2018 et un déficit de - 4,5 M€ en 2022. Cette dégradation illustre la perte de rentabilité des opérations d'assurance de la CFE. Avant même la prise en compte de l'ensemble des coûts d'exploitation de la CFE, les cotisations permettent de moins en moins bien de couvrir les coûts directs de l'assurance.

L'évolution du rapport entre les cotisations perçues et les prestations payées par la CFE permet d'analyser plus précisément la perte de rentabilité de l'activité dont rend compte la dégradation de la marge brute (cf. graphique 11). Ainsi, **les cotisations perçues s'avèrent insuffisantes pour compenser le montant cumulé des frais de gestion et prestations versées.** Si l'ensemble des cotisations perçues par la CFE demeure supérieur aux prestations versées (cf. graphique 11), le solde se réduit depuis 2018. Témoin des déséquilibres de la branche, ce solde est faible pour la branche maladie et a été deux fois déficitaire en 2021 et 2022 (cf. tableau 15).

L'analyse des ratios entre les prestations et les cotisations corrobore cette analyse des soldes et du résultat du domaine assurantiel. À 94 % en 2023, le ratio P/C brut total (cf. encadré 1 pour une présentation de ce ratio) **est trop élevé pour permettre à l'activité assurantielle d'être rentable. [Confidentiel – Secret des affaires]**.

[19] La marge brute est ici définie comme la différence entre les cotisations et les prestations, majorée des variations de provisions assurantielles.

Annexe III

Encadré 1 : Le ratio prestations sur cotisations (P/C)

Le ratio P/C, ou ratio prestations sur cotisations, est un indicateur utilisé dans le domaine de l'assurance pour évaluer la rentabilité et l'efficacité des contrats.

Il mesure le rapport entre les prestations versées par l'organisme assureur pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par les risques couverts et les cotisations perçues sur une période donnée.

On distingue deux ratio P/C :

- **le ratio P/C brut dit sans taux de chargement** : il ne prend pas en compte les frais de gestion (P/C brut = P/C). Ce ratio brut se concentre uniquement sur les prestations versées et les cotisations perçues. Le taux de chargement représente la part des cotisations consacrées au financement des frais de gestion de l'assurance plutôt qu'au paiement des prestations ;
- **le ratio P/C net (ou ratio combiné)** : les frais de gestion sont pris en compte et s'ajoute aux prestations versées (P/C net = (P + frais de gestion) / C). Ce ratio présente une vision plus complète en intégrant les coûts de gestion. Il reflète la rentabilité nette de l'opération d'assurance en rendant compte à la fois de la rentabilité liée à l'activité d'assurance et au fonctionnement courant de l'assurance.

L'interprétation du ratio P/C diffère si ce ratio est brut ou net :

- avec le ratio P/C brut, le contrat ne peut être considéré comme équilibré que s'il est inférieur à 100 moins les frais de gestion. Autrement dit, un ratio P/C brut proche de cent ou supérieur est déficitaire car les frais de gestion doivent être ajoutés au ratio assurantiel. Si la part des frais de gestion dans les cotisations d'un contrat santé s'élève par exemple à 20 %[20], ce contrat n'est à l'équilibre que si son ratio P/C brut est égal à 80 %. A 100 %, il serait fortement déficitaire ;
- avec le ratio P/C net, le résultat est équilibré s'il est proche mais toujours inférieur à cent.
- dans tous les cas, un ratio P/C supérieur à 100 indique un manque de rentabilité du contrat.

Le ratio P/C peut également être analysé à différentes échelles : sur l'ensemble de l'activité assurantielle de l'organisme, par risque ou par contrats. Un assureur peut dès lors chercher à équilibrer chaque produit ou un ensemble de produits en fixant pour objectif différents niveaux de P/C ayant vocation à s'équilibrer mutuellement.

En complément du ratio P/C, le solde cotisations – prestations permet également d'analyser l'écart entre le montant des cotisations et des prestations et d'appréhender ainsi la rentabilité du contrat.

En application de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019[21] relatives au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances, les mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité et les institutions de prévoyance ou unions régies par le code de la sécurité sociale ont l'obligation, depuis le 1er septembre 2020, de communiquer leurs ratios P/C, les ratios entre les frais de gestions et le montant des cotisations et la composition des frais de gestion[22].

Organisme de sécurité sociale autonome de droit privé régie par les dispositions législatives[23] et réglementaires[24] du code de la sécurité sociale, **la caisse des Français de l'étranger n'est pas soumise à ces obligations législatives de publication des ratio P/C et relatifs aux frais de gestion.**

Source : Mission.

[20] D'après le rapport de 2024 de la Drees sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, la part des charges de gestion dans les cotisations en santé était de 19,3% en 2023.

[21] Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et article L871-1 - code de la sécurité sociale

[22] Arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication de ces informations relatives aux frais de gestion

[23] Articles L766-4 à L766-12 du code de la sécurité sociale

[24] Articles R766-6 à R766-65 du code de la sécurité sociale

Annexe III

Tableau 13 : Analyse du résultat de la CFE avant contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire (€)

Décomposition du résultat	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018-2023
Par domaine							
Domaine assurantiel (A)	16 982 139	15 372 067	16 300 712	9 313 578	-3 810 203	12 872 135	-24 %
dont maladie	*8 089 517,65*	*1 783 353,74*	*-14 809 419*	*1 883 042*	*-6 276 681*	*4 025 120*	*-50 %*
dont ATMP	*9 563 357,24*	*15 906 970,89*	*4 825 011*	*11 173 872*	*6 022 616*	*12 477 818*	*30 %*
dont ASS	*-670 735,81*	*-2 318 257,78*	*-3 333 719,00*	*-3 743 337*	*-3 556 138*	*-3 630 803*	*441 %*
Domaine budgétaire (B)	-34 174 238	-8 039 688	-27 661 907	-3 041 786	-38 933 388	-5 778 142	-83 %
Résultat de la CFE (A + B)	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-11 361 196**	**6 271 791**	**-42 743 591**	**7 093 993**	-141 %
Par résultat							
Résultat opérationnel (1)	-26 296 295	-29 779 546	-23 908 058	-27 496 559	-29 584 581	-30 494 658	16 %
Résultat sur l'assurantiel (2)	16 821 377	16 370 447	16 304 861	9 710 493	-3 609 087	13 083 138	-22 %
Résultat technique (3)	16 929 707	8 330 759	-10 836 516	9 710 494	-3 609 087	7 304 995	-57 %
Résultat courant (4)	-26 404 625	-21 739 858	3 753 849	-27 496 558	-29 584 580	-24 716 516	-6 %
Résultat d'exploitation (1+2 = 3+4)	**-9 474 918**	**-13 409 098**	**-7 603 197**	**-17 786 066**	**-33 193 667**	**-17 411 521**	84 %
Résultat financier	**-6 890 770**	**19 707 322**	**-3 483 471**	**23 899 735**	**-9 181 246**	**22 340 195**	-424 %
Résultat exceptionnel	**-826 410**	**1 034 155**	**-274 528**	**158 122**	**-368 677**	**2 165 319**	-362 %
dont R.exc / assurantiel	*160 762*	*-998 381*	*-4 149*	*-396 916*	*-201 116*	*-211 003*	*-231 %*
dont R exc / exploitation	*-987 173*	*2 032 536*	*-270 379*	*555 037*	*-167 561*	*2 376 321*	*-341 %*
Résultat de la CFE	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-11 361 196**	**6 271 791**	**-42 743 591**	**7 093 993**	-141 %
Par charges et produits							
Cotisations	175 727 606	165 134 936	156 751 968	149 852 522	151 627 970	162 988 683	-7 %
Prestations	-154 752 720	-155 581 371	-139 659 345	-146 333 406	-150 178 790	-154 159 764	0 %
dont prestations légales	*-153 511 873*	*-154 386 566*	*-138 792 563*	*-145 654 261*	*-149 469 621*	*-153 326 183*	*0 %*
dont prestations extra légales ASS	*-1 240 847*	*-1 194 805*	*-866 782*	*-679 145*	*-709 169*	*-833 581*	*-33 %*
Produits et charges RCT	124 215	34 829	408 590	54 976	18 968	314 790	153 %
Consommations en provenance de tiers	-11 261 632	-11 537 389	-10 879 658	-11 870 484	-13 680 941	-13 276 976	18 %
Dépenses de personnel	-11 396 480	-11 335 436	-11 800 580	-12 244 424	-12 478 331	-13 711 096	20 %
Autres produits et charges d'exploitation	2 231 263	1 758 842	2 309 092	1 684 274	1 763 756	1 903 324	-15 %
Dotations et reprises sur provision	-25 283 307	12 453 278	-12 786 812	6 421 443	-27 680 965	13 154 379	-152 %
dont assurantiel	*-4 848 014*	*6 452 974*	*-2 069 814*	*5 471 502*	*-5 973 647*	*3 160 056*	*-165 %*
dont budgétaire	*-5 299 156*	*-8 336 484*	*-2 663 324*	*-4 401 025*	*-4 292 652*	*-4 630 537*	*-13 %*
dont financier	*-15 136 137*	*14 336 788*	*-8 053 674*	*5 350 966*	*-17 414 666*	*14 624 860*	*-197 %*

Annexe III

Résultat financier (hors provision)	8 245 367	5 370 534	4 570 204	18 548 769	8 233 420	7 715 335	-6 %
Résultat exceptionnel	-826 410	1 034 155	-274 528	158 122	-368 677	2 165 319	-362 %
Résultat de la CFE	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-11 361 070**	**6 271 791**	**-42 743 591**	**7 093 993**	-141 %

Source : CFE, revues analytiques des comptes de 2018 à 2023.

Annexe III

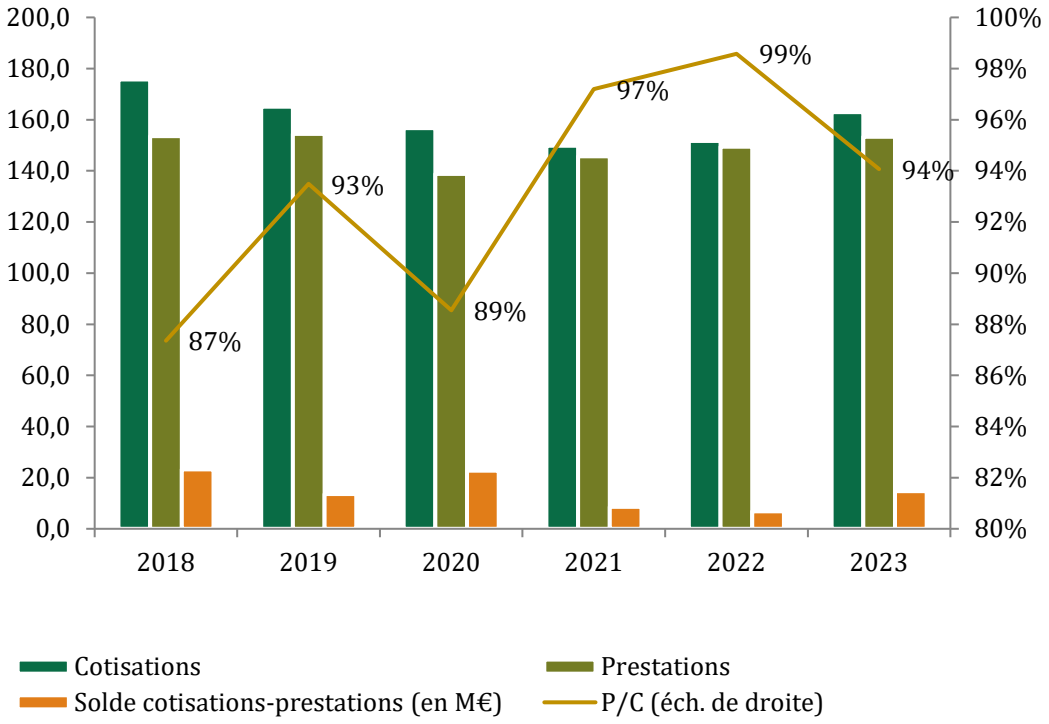
Tableau 14 : Soldes intermédiaires de gestion (SIG) de la CFE (€)

SIG (en €)	2017	2 018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2017-2023
Cotisations	181 953 203	175 727 606	165 134 936	156 751 968	149 852 522	151 627 970	162 988 683	-10 %
Prestations totales	-141 446 232	-154 752 720	-155 581 371	-139 659 345	-146 333 406	-150 178 790	-154 159 764	9 %
dont prestations légales	*-140 124 834*	*-153 511 873*	*-154 386 566*	*-138 792 563*	*-145 654 261*	*-149 469 621*	*-153 326 183*	9 %
dont prestations extra-légales	*-1 321 398*	*-1 240 847*	*-1 194 805*	*-866 782*	*-679 145*	*-709 169*	*-833 581*	-37 %
Provisions assurantielles	5 274 425	-4 848 014	6 452 974	-2 069 814	5 471 502	-5 973 647	3 160 056	-40 %
Marge brute	**45 781 396**	**16 126 872**	**16 006 539**	**15 022 809**	**8 990 618**	**-4 524 467**	**11 988 975**	-74 %
Consommation en provenance de tiers	-6 845 183	-11 261 632	-11 537 389	-10 879 658	-11 870 484	-13 680 941	-13 276 976	94 %
Valeur ajoutée	**38 936 212**	**4 865 240**	**4 469 151**	**4 143 151**	**-2 879 867**	**-18 205 408**	**-1 288 001**	-103 %
Impôts, taxes	-1 734 542	-1 135 597	-1 311 371	-1 512 804	-1 584 215	-1 393 535	-1 537 358	-11 %
Charges de personnel	-11 288 472	-11 396 480	-11 335 436	-11 800 580	-12 244 424	-12 478 331	-13 711 096	21 %
Excédent brut d'exploitation	**25 913 198**	**-7 666 837**	**-8 177 656**	**-9 170 233**	**-16 708 506**	**-32 077 274**	**-16 536 455**	-164 %
Charges d'exploitation (dont amortissements et provisions)	-229 136	-1 808 080	-5 231 442	2 087 567	-1 077 560	-1 116 393	-875 065	282 %
Résultat d'exploitation	**25 684 062**	**-9 474 918**	**-13 409 098**	**-7 082 667**	**-17 786 066**	**-33 193 667**	**-17 411 521**	-168 %
Produits financiers	7 371 996	8 837 657	19 728 546	5 967 000	28 018 754	8 233 420	7 715 335	5 %
Charges financières (provisions)	-601 369	-15 728 427	-21 224	-9 449 470	-4 119 019	-17 414 666	14 624 860	-2532 %
Résultat financier	**6 770 627**	**-6 890 770**	**19 707 322**	**-3 482 470**	**23 899 735**	**-9 181 246**	**22 340 195**	230 %
Résultat exceptionnel	**22 514 785**	**-826 410**	**1 034 155**	**-274 528**	**158 122**	**-368 677**	**2 165 319**	-90 %
Résultat CFE	**54 969 474**	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-11 361 070**	**6 271 791**	**-42 743 591**	**7 093 993**	-87 %

Source : Comptes annuels de la CFE et revue analytique des comptes.

Annexe III

Graphique 11 : Équilibre financier des contrats d'assurance de la CFE avant contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire



Source : CFE.

Annexe III

Tableau 15 : Rentabilité de l'activité assurantielle de la CFE par risques (santé et AT-MP) et fond (ASS) (M€) avant contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : CFE.

La prise en compte des coûts de gestion aggrave ces constats réalisés au niveau de l'activité assurantielle. Pour prendre en compte les coûts de gestion, la CFE calcule un « taux de chargement », qui consiste à affecter les coûts de gestion (coûts de gestion administrative et coûts du dispositif de tiers payant hospitalier, cf. annexe II pour des détails sur cette offre) et de l'action sanitaire et sociale au prorata à chaque branche (santé et AT-MP), selon les règles indiquées dans le tableau 1 : le taux de chargement par branche est égal au ratio entre l'ensemble des coûts (hors prestations) affectés à la branche et les cotisations de la branche.

Pour avoir une vision globale, et non branche par branche, la CFE calcule un ratio de coût de gestion (n'incluant pas l'action sanitaire et sociale) et un ratio de taux de chargement global, comme le montre le tableau 16. **La mission retient la notion de taux de chargement global comme l'indicateur pertinent du niveau des coûts de gestion de la CFE** : en effet, il permet de prendre en compte l'ensemble des coûts devant être financés, au-delà des prestations légales. En 2023, ce taux s'élève à environ 21 % : l'équilibre de l'activité assurantielle de la CFE nécessite donc un ratio prestations/cotisations brut de 79 % au lieu des 94 % observés en 2023 (cf. tableau 15).

Au-delà de cette vision d'ensemble de l'activité assurantielle de la CFE et par branche, **l'analyse du modèle économique de la CFE et par contrats démontre que ces déséquilibres résultent d'un déficit structurel de l'ensemble des contrats individuels maladie, partiellement compensé par les excédents réalisés sur les contrats collectifs et le risque AT-MP** (cf. annexe II).

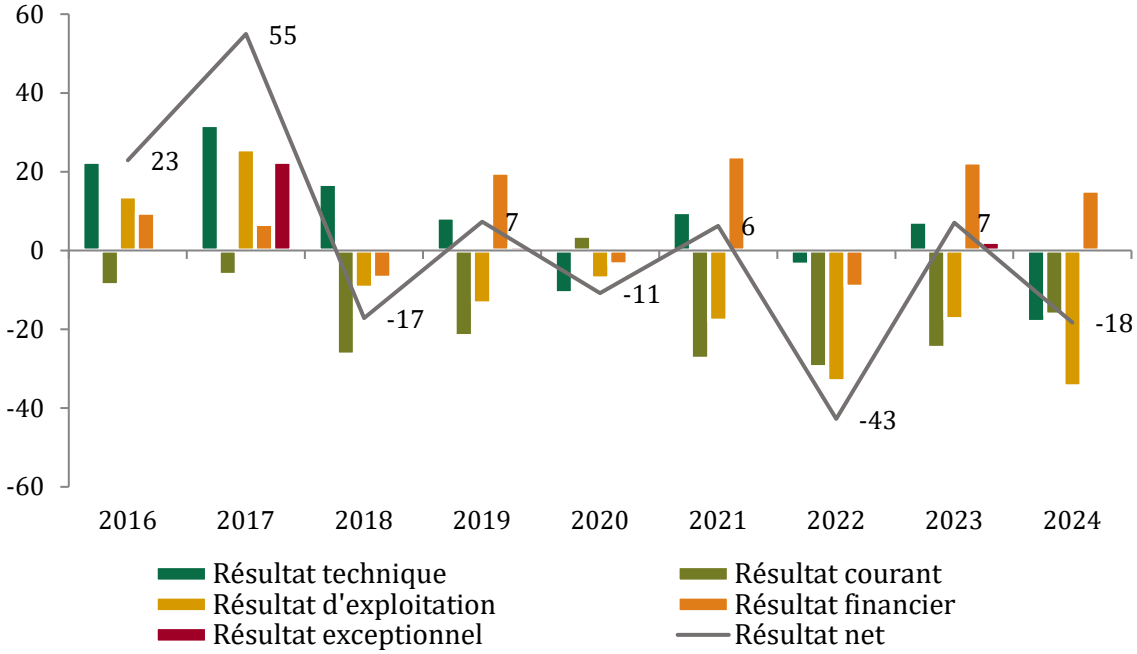
Tableau 16 : Calcul du taux de chargement de la CFE (€)

Budgets	2021	2022	2023	2024
Montant du budget de gestion				
Coûts de gestion administrative, y.c. dotations aux amortissements et provisions (part budgétaire)	30 610 410	30 006 024	29 874 140	31 306 293
déduction de la dotation CNAV pour la gestion administrative	*2 475 730*	*2 420 232*	*2 524 898*	*2 500 000*
Montant total du budget de gestion financé par les risques santé et AT (1)	28 134 680	27 585 792	27 349 241	28 806 293
Budget de l'ASS aides et prévention	1 066 210	1 087 164	1 622 109	1 100 000
déduction de la dotation CNAV ASS	*520 737*	*530 971*	*792 238*	*537 240*
Budget de l'ASS catégorie aidée	3 839 166	3 942 943	4 351 318	4 786 450
déduction de la dotation de l'État	*500 000*	*764 800*	*700 000*	*700 000*
Montant total du budget d'ASSP financé par les risques santé et AT (2)	**3 884 639**	**3 734 336**	**4 481 189**	**4 649 210**
Coût du tiers payant hospitalier (TPH) (3)	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 250 000
Montant des cotisations versées AS et AT				
Cotisations versées AS	139 430 912	141 936 129	153 848 011	161 918 988
Cotisations versées AT-MP	14 260 775	13 617 182	13 475 094	13 475 094
Cotisations versées totales AS et AT (= chiffre d'affaires) (4)	**153 691 687**	**155 553 310**	**167 323 105**	**175 394 082**
Taux de charge total				
Coût de gestion (incluant gestion administrative, TPH) (=(1+3)/4)	20,0 %	19,3 %	17,8%	17,7%
Taux de chargement (incluant gestion administrative, ASSP, TPH) (=(1+2+3)/4)	**22,0 %**	**21,7 %**	**20,5%**	**20,4%**

Source : Conseil d'administration (CA) de la CFE de juin 2023 et juin 2024, document « Panorama des équilibres financiers de la CFE ». Note : Les montants présentés ne correspondent pas exactement aux montants arrêtés dans les comptes annuels de 2021 et 2022. Pour 2024, il s'agit de montants prévisionnels, estimés pour le CA de juin 2024.

Dès lors, une fois prise en charge la contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire, le résultat technique rend également compte de la dégradation de l'activité assurantielle (cf. graphique 12 et tableau 17)**.**

Graphique 12 : Décomposition du résultat de la CFE de 2016 à 2024 (après contribution des branches aux gestions budgétaires) – en M€



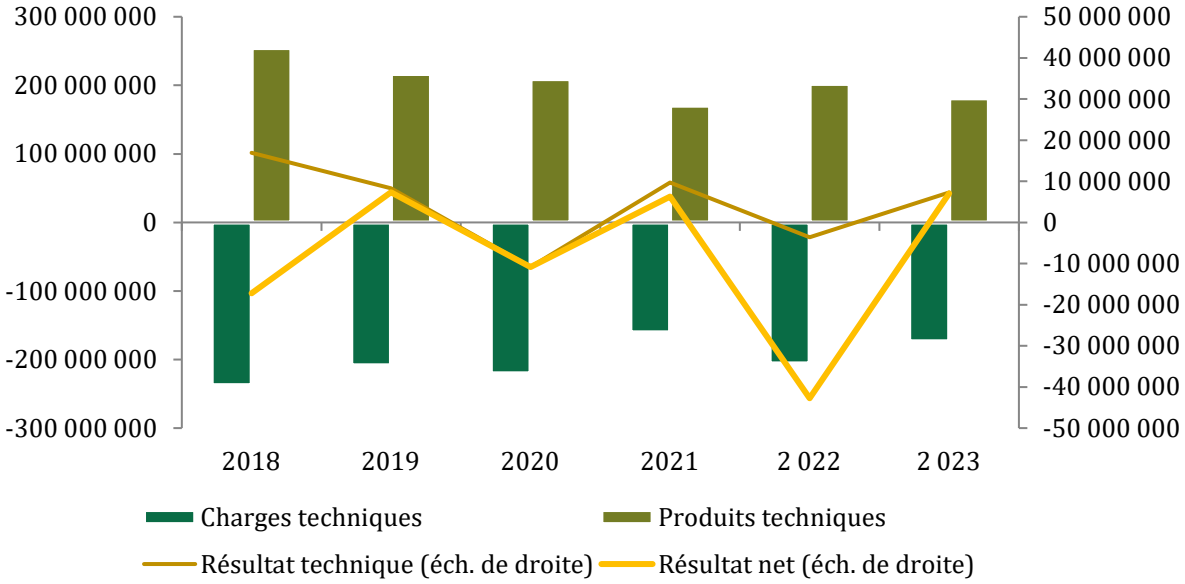
Source : CFE.

Entre 2018 et 2023, le résultat technique a été plus que divisé par deux, en passant de 17 M€ en 2018 à 7,3 M€ en 2023. Il a été déficitaire en 2020 et 2022 et l'est à nouveau en 2024.

Le résultat technique présente cependant une volatilité importante (cf. graphique 13) qui s'explique par les variations de dotations aux provisions. Les provisions techniques retracent les provisions sur les engagements techniques à long et moyen terme et la provision pour soins à payer à court terme. Les dotations impactent donc les charges techniques et les reprises sur provision impactent les produits techniques. Ainsi, les provisions n'impactent le résultat technique qu'à la hauteur des variations de l'année n par rapport à l'année n-1. Si ces mouvements de provision impactent donc le résultat technique, ils ne modifient pas le constat d'une dégradation de la rentabilité de l'activité financière.

Annexe III

Graphique 13 : Solde de gestion technique (en €)



Source : Comptes annuels de la CFE.

Annexe III

Tableau 17 : Soldes intermédiaires de gestion de la CFE après contribution des branches assurantielles à la gestion budgétaire (€)

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Charges techniques	-202 827 536	-197 409 308	-237 230 698	-208 194 997	-220 054 908	-160 536 685	-205 592 366	-173 550 830	-208 967 314
Produits techniques	225 287 940	229 278 918	254 160 405	216 525 756	209 218 392	170 247 179	201 983 279	180 855 825	190 823 249
Résultat technique	**22 460 404**	**31 869 610**	**16 929 707**	**8 330 759**	**-10 836 516**	**9 710 494**	**-3 609 087**	**7 304 995**	**-18 144 065**
Charges courantes	-20 292 698	-24 898 161	-54 701 333	-60 559 403	-52 180 253	-56 398 993	-60 573 213	-61 460 616	-62 659 339
Produits courants	11 534 326	18 712 614	28 296 709	38 819 545	55 934 102	28 902 435	30 988 633	36 744 100	46 363 651
Résultat courant	**-8 758 373**	**-6 185 548**	**-26 404 625**	**-21 739 858**	**3 753 849**	**-27 496 558**	**-29 584 580**	**-24 716 516**	**-16 295 688**
Charges d'exploitation	-223 120 234	-222 307 470	-291 932 032	-268 754 400	-272 235 161	-216 935 679	-266 165 579	-235 011 446	-271 626 653
Produits d'exploitation	236 822 265	247 991 532	282 457 114	255 345 302	265 152 494	199 149 613	232 971 912	217 599 926	237 186 900
Résultat d'exploitation	**13 702 031**	**25 684 062**	**-9 474 918**	**-13 409 098**	**-7 082 667**	**-17 786 066**	**-33 193 667**	**-17 411 520**	**-34 439 753**
Charges financières	-968 133	-601 369	-15 728 427	-21 224	-9 449 470	-4 119 019	-17 419 965	0	-666 000
Produits financiers	10 547 012	7 371 996	8 837 657	19 728 546	5 967 000	28 018 754	8 238 719	22 340 195	15 865 380
Résultat financier	**9 578 879**	**6 770 627**	**-6 890 770**	**19 707 322**	**-3 482 470**	**23 899 735**	**-9 181 246**	**22 340 195**	**18 199 380**
Charges exceptionnelles	-28 243 464	-114 274 092	-11 838 466	-72 650 907	-15 077 561	-24 409 782	-5 414 039	-69 206 731	-34 488 252
Produits exceptionnels	27 863 898	136 788 877	11 012 056	73 685 063	14 803 033	24 567 904	5 045 362	71 372 050	35 431 161
Résultat exceptionnel	**-379 567**	**22 514 785**	**-826 410**	**1 034 155**	**-274 528**	**158 122**	**-368 677**	**2 165 319**	**942 909**
Résultat net	**22 901 344**	**54 969 474**	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-10 839 665**	**6 271 791**	**-42 743 590**	**7 093 994**	**-18 297 463**

Source : Comptes annuels de la CFE 2016-2023. Chiffres 2024 soumis à l'approbation des commissaires aux comptes et non encore publiés à la date de la mission.

2.2.2. L'effet cumulé de la hausse des dépenses liées aux services extérieurs portée par la stratégie d'externalisation de la CFE et des dépenses de personnel engendre un important déficit du résultat courant

L'encadrement du budget de gestion administrative de la CFE par une convention d'objectifs et de partenariat n'a pas contraint la CFE à s'engager dans une réduction de ses dépenses administratives (cf. *supra*, partie 1). En termes d'analyse financière, **la forte dégradation du résultat courant, déficitaire cinq années sur six depuis 2018 rend également compte de la hausse des charges courantes de la CFE, non compensée par l'évolution des produits courants.**

Le résultat courant est systématiquement déficitaire entre 2018 et 2023, à l'exception de l'année 2020 (cf. tableau 18). Ce déficit résulte d'une hausse significative des charges courantes engagée principalement avant 2018. Ainsi, les charges courantes ont plus que doublé entre 2017 et 2018, passant de 25 M€ à 55 M€. Le déficit courant a alors été multiplié par quatre entre ces deux années, passant de – 6 M€ à – 26 M€ et restant ensuite autour de -25 M€ à -30 M€, à l'exception de l'année particulière de 2020 marquée par l'épidémie de Covid 19.

Les produits de gestion courante de la CFE sont essentiellement constitués de financements des diverses gestions internes par les branches maladie et AT/MP et, dans une moindre mesure par les frais de gestion afférents au recouvrement des cotisations d'assurance volontaire vieillesse, conformément à l'article R. 766-58 du code de la sécurité sociale (cf. partie 1). Ainsi, en 2023, 75 % des 36,7 M€ de produits de gestion courante de la CFE sont issus de financements des gestions internes par les branches maladie et AT/MP et 7 % par les frais de gestion facturés à la CNAV (cf. tableau 20). A l'exception de 162 k€ de produits issus de ventes et prestations de services (notamment la location de ses biens immobiliers) en 2023, la CFE ne dispose pas de produits de gestion courante autre que ceux issus de son activité assurantielle et mobilisés, au prorata des cotisations versées, pour le financement courant[25]**.** Les produits de gestion courante dépendent donc de l'activité assurantielle et ne constituent pas une ressource pouvant être pilotée en fonction de la hausse des charges de gestion courante.

Cette hausse des charges de gestion courante résulte à la fois de la hausse des dépenses liées aux services extérieurs portées par la stratégie d'externalisation de la CFE et de la hausse des dépenses de personnel en interne (cf. graphique 14). Ainsi, les consommations en provenance de tiers ont augmenté de 18 % entre 2018 et 2023 et les dépenses de personnel de 20 %. Au sein des consommations en provenance de tiers, la hausse est portée par les services extérieurs (cf. tableau 20).

Ces évolutions témoignent des impacts budgétaires et organisationnels lourds de l'externalisation menée par la CFE à partir de 2018 pour améliorer sa qualité de service et son efficacité. Le recours à des prestataires externes pour réaliser des activités de gestion de clientèle (plate-forme téléphonique et relance des clients potentiels dits « *prospects* »), de liquidation des soins en France (partenariat avec la MSA) et à l'étranger (partenariats de *fronting* avec des assurances privées internationales chargées de la complémentaire santé) ainsi que la mise en place dans certains pays d'une offre de tiers-payant hospitalier et d'assistance médicale ont contribué à la forte augmentation des consommations en provenance de tiers, qui ont ainsi doublé entre 2017 et 2023, passant de 6,6 M€ à 13,7 M€ (cf. tableau 20).

[25] Article R. 766-58 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des seules dépenses liées au financement de prestataires externes en charge des activités métier de la CFE, celles-ci sont passées de 0,14 M€ en 2018 à 5,7 M€ en 2023 (cf. tableau 21). Ces évolutions ont eu un impact significatif sur l'activité interne de la CFE : alors qu'elle réalisait 93 % des liquidations de la branche santé en 2019, elle n'en réalisait plus que 31 % en 2024 (cf. tableau 22). Ces évolutions ont augmenté les coûts de gestion et ne se sont pas accompagnées en interne d'une maîtrise des coûts de personnel. Les effectifs ont ainsi continué d'augmenter à partir de 2018 malgré différentes mesures prises par la tutelle pour maîtriser ces évolutions d'effectifs tout en répondant à des besoins internes liés aux développements de nouvelles activités (cf. *supra* et tableau 8).

Annexe III

Tableau 18 : Solde de gestion courante de la CFE (€)

Composantes	2018	2019	2020	2021	2 022	2 023	2018-2023
Charges courantes	-54 701 333	-60 559 403	-52 180 253	-56 398 993	-60 573 213	-61 460 616	12 %
Produits courants	28 296 709	38 819 545	55 934 102	28 902 435	30 988 633	36 744 100	30 %
Résultat courant	**-26 404 625**	**-21 739 858**	**3 753 849**	**-27 496 558**	**-29 584 580**	**-24 716 516**	**-6 %**
Résultat net	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-10 839 665**	**6 271 791**	**-42 743 590**	**7 093 994**	**-141 %**

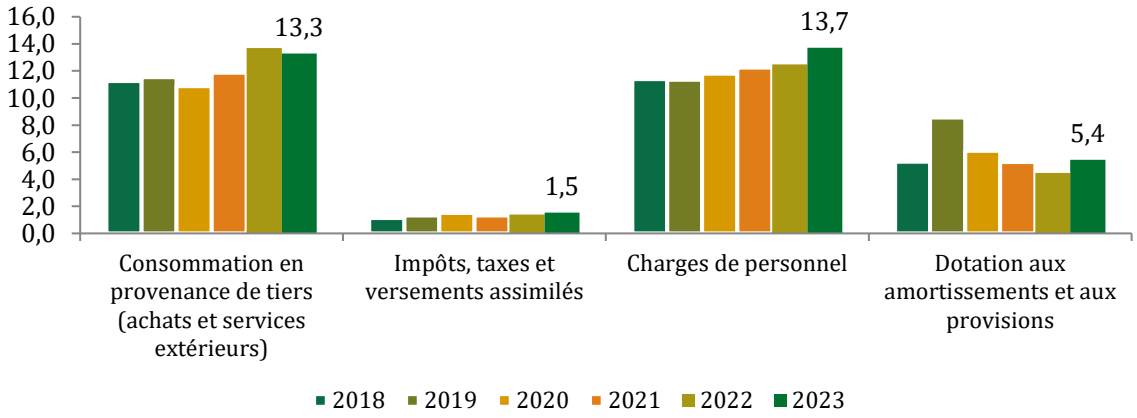
Source : Comptes annuels de la CFE.

Tableau 19 : Produits de gestion courante de la CFE (€)

Composantes	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ventes et prestations de services	0	0	0	0	0	162 396
Production immobilisée	0	0	0	0	0	0
Subventions d'exploitation	0	0	0	0	0	0
Autres produits de gestion courante	62 559 993	38 560 158	55 906 222	30 985 434	30 729 806	35 671 537
dont frais de gestion facturés à la CNAV	*2 874 048*	*2 859 275*	*2 765 481*	*2 475 730*	*2 420 932*	*2 524 898*
dont financement des gestions internes par les branches maladie et AT/MP	*25 403 378*	*27 567 700*	*21 886 861*	*25 390 031*	*28 300 006*	*27 324 927*
dont compensations internes au sein d'un même régime	*34 282 568*	*8 133 183*	*3 429 413*	*3 041 786*	*0*	*0*
Reprises sur provisions et amortissements	0	220 325	27 881	875 828	177 968	805 846
Indemnités d'assurance	19 283	39 062	0	82 959	80 859	104 321
Total des produits de gestion courante	**62 579 276**	**38 819 545**	**55 934 102**	**31 944 221**	**30 988 633**	**36 744 100**

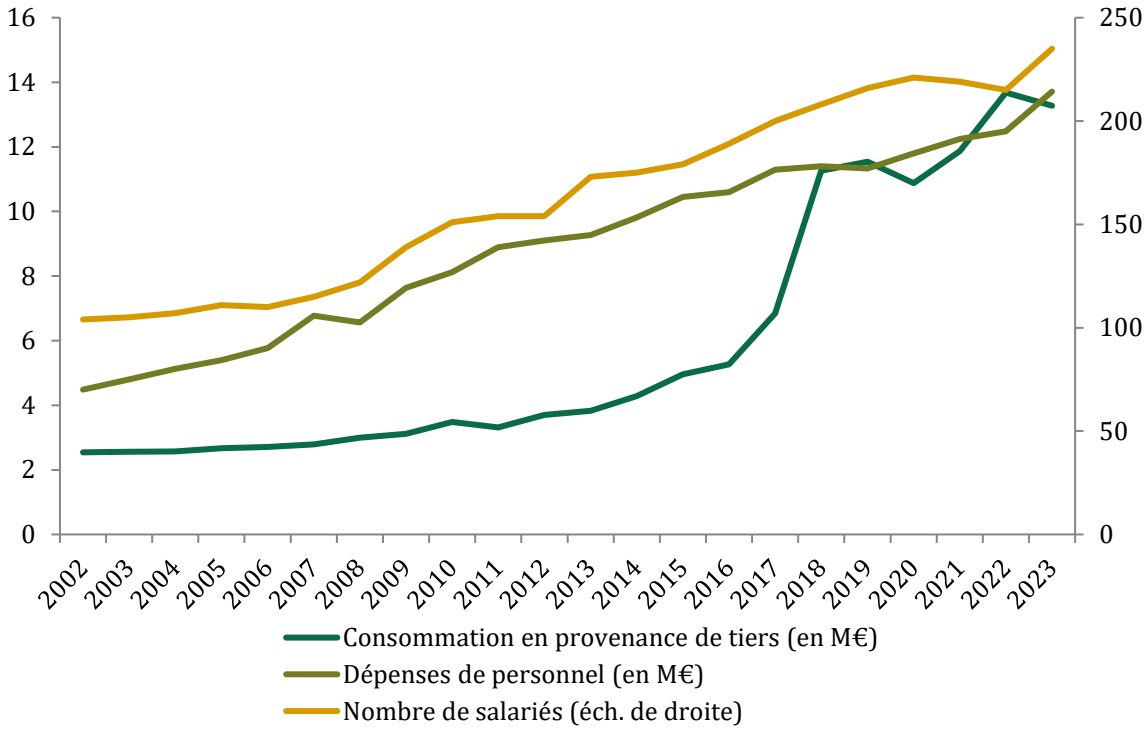
Source : Comptes annuels de la CFE. Note : Ces comptes ne font pas l'objet d'une neutralisation au niveau du compte de résultat. Dans le compte de résultat 2019, le compte 7571 « compensations internes au sein d'un même régime » a été replacé en produits de gestion courante au lieu de la gestion technique.

Graphique 14 : Évolution des charges de gestion courante de 2018 à 2023 (M€)



Source : Comptes annuels de la CFE.

Graphique 15 : Evolution de la consommation en provenance de tiers et des charges de personnel



Source : Comptes annuels de la CFE.

Annexe III

Tableau 20 : Évolution des charges de gestion courante (€)

Composantes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2016-2023
Charges de personnel	10 594 531	11 288 472	11 396 480	11 335 436	11 800 580	12 244 424	12 478 331	13 711 096	29 %
Consommation en provenance de tiers (achats et services extérieurs)	5 268 384	6 631 277	11 261 632	11 537 389	10 879 783	11 870 485	13 680 941	13 276 977	152 %
dont achats	*262 136*	*262 323*	*417 530*	*359 239*	*336 352*	*477 276*	*328 461*	*385 386*	47 %
dont ensemble des services extérieurs	*5 006 248*	*6 368 954*	*10 844 102*	*11 178 150*	*10 543 431*	*11 393 209*	*13 352 480*	*12 891 591*	158 %
Impôts, taxes et versements assimilés	1 164 444	1 734 542	1 135 597	1 311 371	1 512 804	1 311 371	1 393 535	1 537 358	32 %
Dotation aux amortissements et aux provisions	2 919 306	5 597 957	5 299 156	8 556 809	6 092 737	5 276 853	4 470 620	5 436 384	86 %
Charges de gestion courante (hors charges de transferts de gestion courante CNAV)	**19 946 665**	**25 252 248**	**29 092 865**	**32 741 005**	**30 285 904**	**30 703 133**	**32 023 427**	**33 961 815**	**70 %**
Autres charges de gestion courante (dont transferts de gestion courante CNAV)	346 033	228 885	25 608 468	27 818 398	21 894 349	25 423 017	28 549 786	27 498 802	7 847 %
Charges de gestion courante totales	**20 292 698**	**25 481 133**	**54 701 333**	**60 559 403**	**52 180 253**	**56 126 150**	**60 573 213**	**61 460 617**	**203 %**

Source : Comptes annuels de la CFE.

Annexe III

Tableau 21 : Évolution des dépenses liées au financement des prestataires externes en charge des activités métiers de 2018 à 2023

Prestataire externe	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Soins santé France (MSA)	N.A.	1 649 015	666 102	282 774	1 478 161	1 375 131
Informatique	N.A	1 465 373	442 203	282 774	694 065	464 978
Gestion	N.A	183 642	223 899	N.A	784 096	910 154
Fronting	144 542	1 032 168	852 317	697 341	1 328 731	964 026
dont MSH	[Confidentiel – Secret des affaires].					
dont MGEN						
dont April						
dont Henner						
dont Owello						
Plateforme téléphonique et relance prospects	N.A	N.A	N.A	929 163	1 254 035	979 970
dont Teletech (plateforme)	[Confidentiel – Secret des affaires].					
dont Bnzsa majorel (prospects)						
Tiers-payant hospitalier (TPH)	N.A	N.A	2 178 000	2 410 000	2 496 207	2 407 523
dont VYV	[Confidentiel – Secret des affaires].					
dont MSH						
Total	**144 542**	**2 681 183**	**3 696 419**	**4 319 278**	**6 557 133**	**5 726 650**

Source : Caisse des Français de l'étranger.

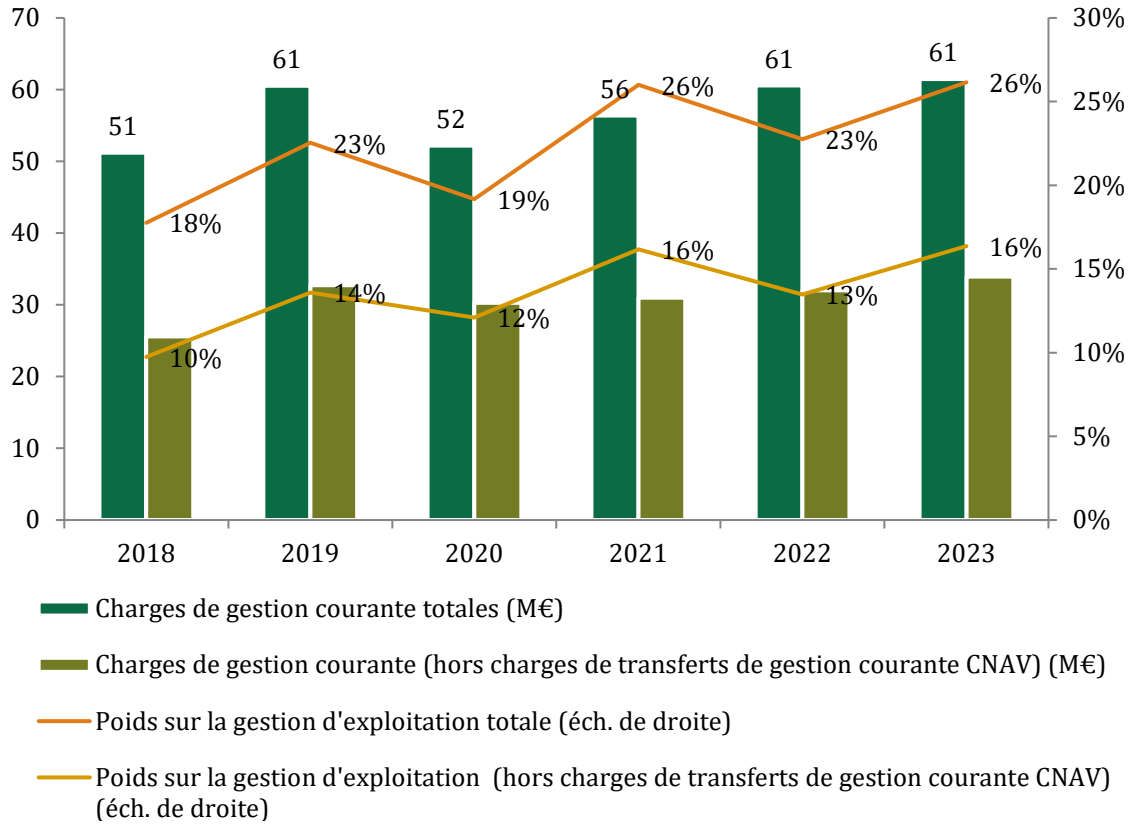
Tableau 22 : Liquidation des actes de la branche santé de la CFE 2019-2024

Liquidation	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total des actes liquidés	3 105 711	3 098 381	3 111 350	3 271 070	3 527 096	3 719 910
Liquidation par la CFE	93 %	74 %	55 %	46 %	36 %	31 %
Liquidation par les partenaires	7 %	26 %	45 %	54 %	64 %	69 %
dont MSA	[Confidentiel – Secret des affaires]					
dont MSH						
dont HENNER						
dont MGEN						
dont APRIL						
dont OWELLO						

Source : Caisse des Français de l'étranger.

En conséquence, les charges de gestion courante, en hausse, ont un poids croissant sur la gestion d'exploitation de la CFE. Les charges de gestion courante représentaient 18 % des charges d'exploitation en 2018. En 2023, elles en représentent 26 %. L'importance de cette hausse de charges courantes dégrade le résultat courant. Les produits courants doublent pourtant également sur la même période mais ces produits de gestion courante sont essentiellement constitués de financements des diverses gestions internes par les branches maladies et AT-MP. Au-delà de ces éléments comptables, la CFE ne dispose pas de plusieurs sources de produits courants permettant de compenser, dans le résultat courant, cette forte hausse de charges courantes (cf. ci-dessus).

Graphique 16 : Evolution des charges de gestion courante et de leur poids sur les charges d'exploitation de la CFE



Source : Comptes annuels de la CFE.

2.2.3. Le cumul de la dégradation du résultat technique et du déficit du résultat courant conduit à un résultat d'exploitation systématiquement déficitaire depuis 2018

L'insuffisance du résultat technique et l'augmentation des charges courantes contribuent toutes deux au déficit systématique du résultat d'exploitation de 2018 à 2023 :

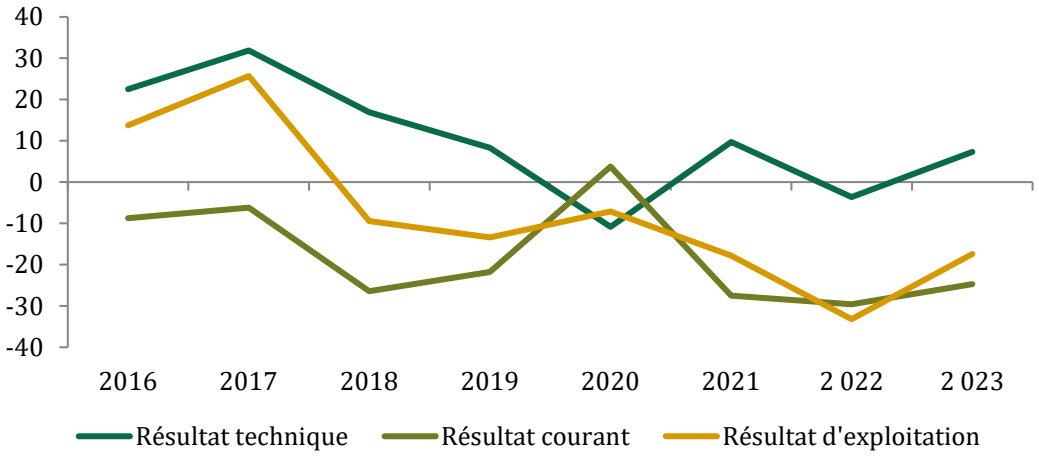
- le résultat courant, déficitaire avant même 2018 sous l'effet de la hausse des dépenses externes liée au développement de l'externalisation de l'activité et à la hausse des dépenses internes, particulièrement de personnel, contribue significativement à la dégradation du résultat d'exploitation et constitue le principal facteur de systématicité du déficit sur la période. La stratégie d'externalisation de la CFE s'est traduite par une insuffisance brute d'exploitation continue, de 2018 à 2024 avec un déficit brut d'exploitation de respectivement - 9,7 M€ et – 34,4 M€ après un premier pic – 33,22 M€ en 2022 (cf. tableau 17) ;
- le résultat technique, en se dégradant à partir de 2018, ne parvient pas à compenser cette dégradation du résultat courant et connaît deux épisodes déficitaires en 2020 et 2022. Il contribue au maintien du déficit d'exploitation. L'activité assurantielle ne dégage plus assez d'excédents et l'incapacité de la marge brute à couvrir les dépenses courantes de la CFE engendre un résultat d'exploitation constamment déficitaire.

Si ces deux mouvements participent tous deux de la dégradation du résultat d'exploitation, ils ne se cumulent pas chaque année (cf. graphique 17)**.** Ainsi, en 2020, le résultat courant a connu un excédent exceptionnel mais l'importance du déficit technique a maintenu le résultat d'exploitation déficitaire.

Les dynamiques du résultat technique et du résultat courant ne sont pas totalement indépendantes. Les produits de gestion courante étant essentiellement constitués des financements des diverses gestions internes par les branches maladie et AT-MP, ils dépendent par construction des produits techniques. Cependant, la contribution technique des branches dépend de l'évolution des charges de gestion et ces charges ont significativement augmenté, indépendamment des évolutions uniquement liées à l'activité assurantielle.

En outre, la CFE ne dégage pas non plus un résultat financier suffisamment excédentaire et régulier pour compenser ce déficit d'exploitation.

Graphique 17 **: Evolution des résultats techniques, courants et d'exploitation (M€)**



Source : Comptes annuels de la CFE. Note : le résultat d'exploitation est la somme du résultat technique et du résultat courant.

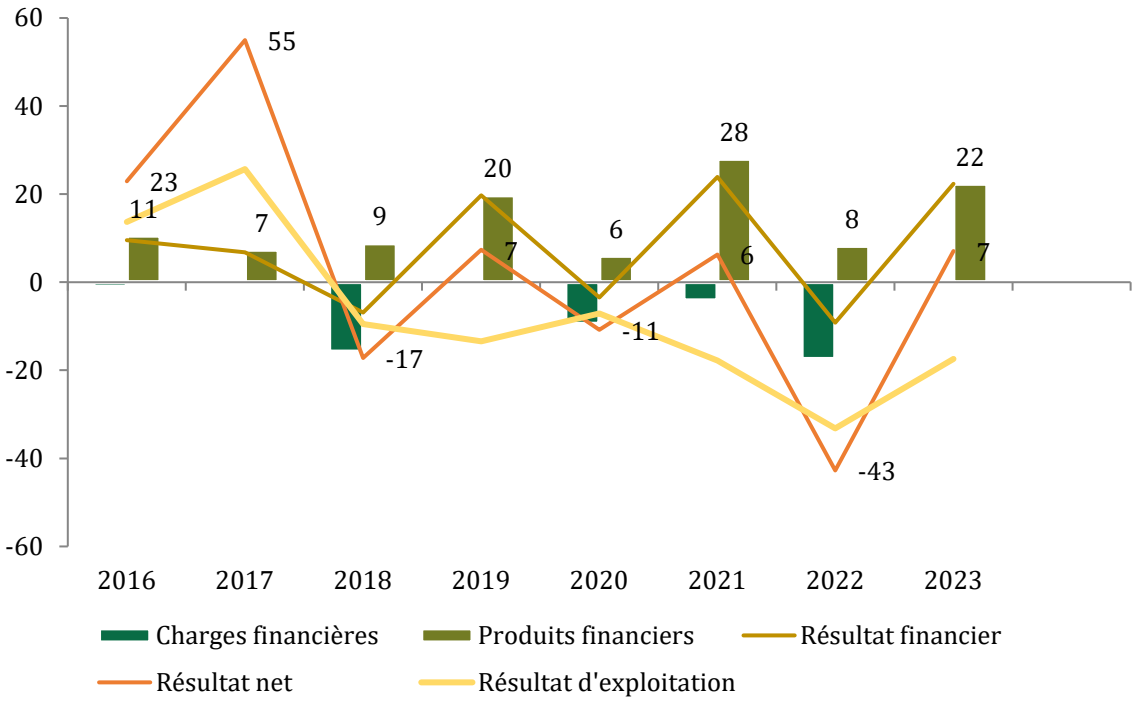
2.3. Malgré un portefeuille au profil de risque équilibré et présentant une performance pluriannuelle positive, le résultat financier est trop volatil pour compenser chaque année le déficit de l'activité assurantielle

2.3.1. Le résultat financier de la CFE a été déficitaire à trois reprises entre 2018 et 2024

Le résultat financier de la CFE présente une forte volatilité. Alternant année de déficit et année d'excédent, il a connu trois années de déficit en 2018, 2020 et 2022 et quatre années d'excédent depuis 2018. Lorsqu'il est déficitaire, l'amplitude de ces déficits a également fortement augmenté, passant de– 17 M€ en 2018 et -11 M€ en 2020, à -43 M€ en 2022 (cf. graphique 18 et tableau 23).

Plus volatil que le résultat d'exploitation à partir de 2018, le résultat financier a un impact important sur les variations du résultat net. Le résultat financier a ainsi davantage alterné entre déficit et excédent que le résultat d'exploitation et ses variations sont également d'une plus grande amplitude même si, en valeur absolue, les montants d'excédents sont plus importants que les montants des déficits.

Graphique 18 : Résultat financier et résultat net (M€)



Source : Comptes annuels de la CFE.

Annexe III

Tableau 23 : Résultat d'exploitation, résultat financier et résultat net

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Résultat d'exploitation	**13 702 031**	**25 684 062**	**-9 474 918**	**-13 409 098**	**-7 082 667**	**-17 786 066**	**-33 193 667**	**-17 411 520**	**-34 439 753**
Charges financières	*-968 133*	*-601 369*	*-15 728 427*	*-21 224*	*-9 449 470*	*-4 119 019*	*-17 419 965*	*0*	*-666 000*
Produits financiers	*10 547 012*	*7 371 996*	*8 837 657*	*19 728 546*	*5 967 000*	*28 018 754*	*8 238 719*	*22 340 195*	*15 865 380*
Résultat financier	**9 578 879**	**6 770 627**	**-6 890 770**	**19 707 322**	**-3 482 470**	**23 899 735**	**-9 181 246**	**22 340 195**	**15 199 380**
Résultat net	**22 901 344**	**54 969 474**	**-17 192 098**	**7 332 379**	**-10 839 665**	**6 271 791**	**-42 743 590**	**7 093 994**	**-18 297 463**

Source : Comptes annuels de la CFE.

2.3.2. Les variations de provisions pour dépréciation et la détention de produits structurés expliquent la volatilité du revenu financier en dépit d'un portefeuille financier au profil de risque équilibré et présentant une performance pluriannuelle positive

Plusieurs facteurs expliquent la volatilité des revenus financiers de la CFE.

Le contexte financier de ces dernières années a tout d'abord contribué à la volatilité des résultats. L'année 2022 a connu d'importants mouvements sur les marchés actions et obligataires avec une forte volatilité des taux d'intérêt et une dégradation de la situation macroéconomique à la suite de la pandémie de Covid-19, de la guerre en Ukraine et de la crise énergétique. Cette situation financière et macroéconomique a conduit à une forte baisse de la rentabilité du portefeuille de la CFE (cf. *infra* tableau 27). Ainsi, à l'exception de ses contrats de capitalisation, l'ensemble des poches du portefeuille ont contribué négativement au résultat financier.

De plus, la CFE constate chaque année des provisions pour dépréciation sur les actifs en moins-values latentes au premier euro de moins-value sur les actifs de placement, sans tenir compte de la situation globale du portefeuille, puis constate d'importantes reprises de provisions selon l'évolution des marchés l'année suivante[26]. **Cette situation conduit à une forte sensibilité aux évolutions des marchés financiers qui se traduit par d'importants mouvements de dotation et de reprise de provision.** La variation des provisions pour dépréciation (PDD) témoigne de la volatilité de la valeur des actifs dans laquelle la CFE a investi (cf. graphique 16).

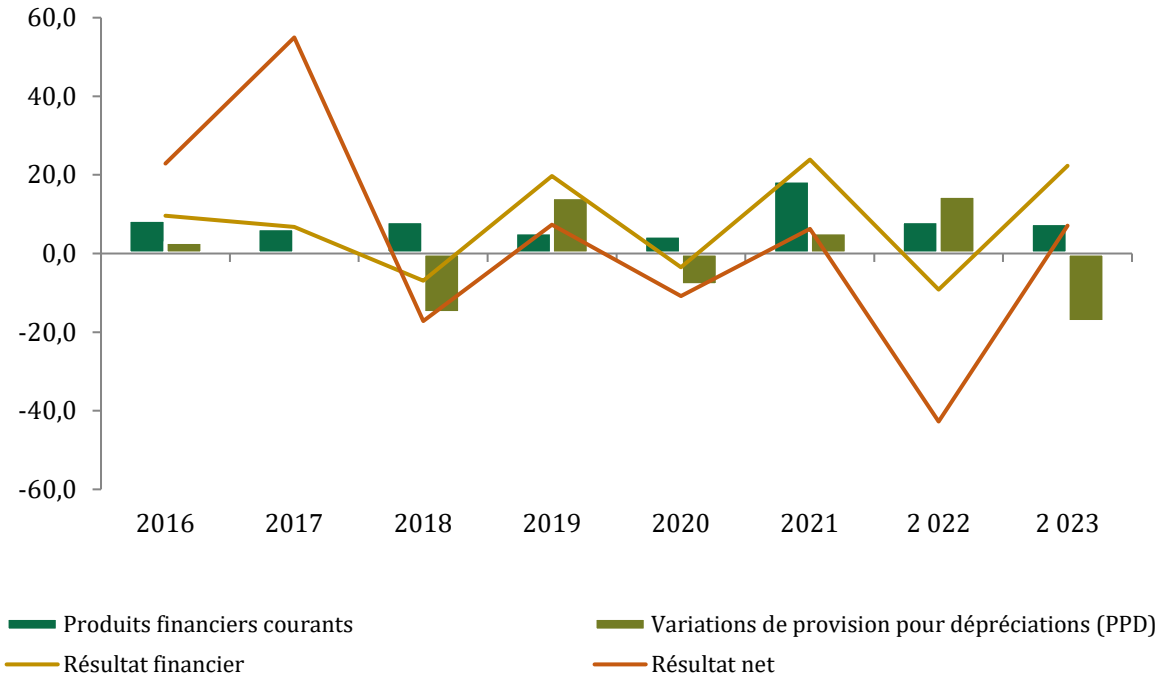
Enfin, la composition du portefeuille de la CFE favorise la production de revenus peu réguliers à travers la poche de produits structurés détenus. En effet, les produits structurés cumulent plusieurs facteurs de volatilité des revenus :

- ils sont conçus selon des structures complexes combinant différents instruments financiers, souvent liés à la performance d'actifs sous-jacents volatils ou peu prévisibles (indices boursiers, devises, actions, matières premières par exemple) ;
- ils peuvent avoir des structures de paiement complexes en étant soumis à des paiements conditionnels et à des dates de constatation variables pour le paiement des coupons ou le remboursement du capital ;
- ils présentent généralement une liquidité limitée avec des difficultés pour les vendre rapidement.

[26] Les règles générales de la comptabilité et les pratiques assurantielles communes (articles R. 343-5 et R. 343-6 du code des assurances) imposent, lorsque, à la clôture d'un exercice comptable, la valeur liquidative d'un actif de placement est inférieure à sa valeur d'entrée, de procéder à la comptabilisation d'une dépréciation. À l'inverse, en cas de constatation d'une plus-value latente à la clôture de l'exercice, en vertu du principe de prudence, aucune écriture ne doit être comptabilisée. Les provisions de la CFE s'appuient également sur l'article L. 776.8.1 du code de la sécurité sociale selon lequel « *Pour la garantie des prestations qu'elle sert, la Caisse des Français de l'étranger, d'une part, constitue des provisions correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents et, d'autre part, dispose d'une réserve de sécurité suffisante pour faire face aux aléas de ses gestions techniques* ».

Or, en 2024, 21 % des actifs du portefeuille de la CFE sont des produits structurés. Cette proportion s'est élevée à 28 % en 2019 et 26 % en 2020 avant de se stabiliser entre 20 % et 22 % depuis 2021 (cf. graphique 20 et tableau 27 *infra*). Un arrêté du ministère chargé des affaires sociales du 9 juin 2019 relatif aux valeurs mobilisables par la CFE[27] précise les règles d'éligibilité des placements de la CFE et la tutelle[28] a indiqué à la CFE que les produits structurés n'étaient pas éligibles. Elle a cependant donné l'autorisation de les conserver en portefeuille tant que leur cession avant échéance occasionnerait la constatation d'une moins-value. En conséquence, malgré l'impossibilité d'en acquérir de nouveaux, le souhait de diminuer leur part relative dans le portefeuille et l'évolution de la structure du portefeuille depuis 2018 (cf. graphique 20 et *infra*, partie 3), la CFE dispose encore de près d'un cinquième d'actifs sous forme de produits structurés et cette poche de produits structurés reste globalement stable par rapport à l'ensemble du portefeuille.

Graphique 19 : Résultat financier de la CFE (M€) de 2016 à 2023



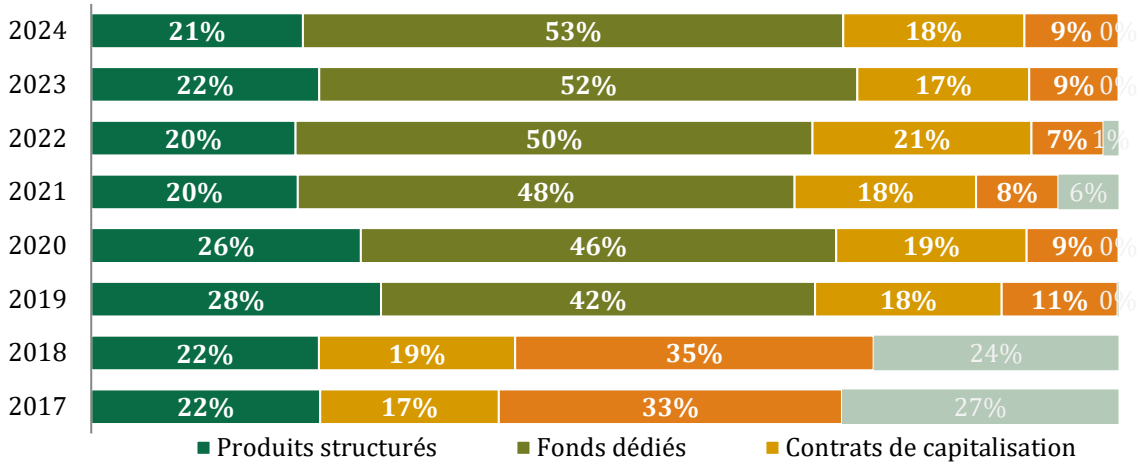
Source : CFE, comptes annuels.

Ces différents facteurs ont ainsi favorisé la volatilité des revenus financiers observée depuis 2018. Cette volatilité n'implique pas pour autant une mauvaise performance du portefeuille financier de la CFE (cf. *infra*, partie 3). Les excédents financiers constatés en 2019, 2021 et 2023 à hauteur de près de 20 M€ à chaque fois témoignent également de sa performance. Cette volatilité limite en revanche la capacité des résultats financiers à compenser chaque année le déficit d'exploitation.

[27] Arrêté du 5 juin relatif aux valeurs mobilisables par la CFE.

[28] CFE, Rapport annuel de gestion financière des réserves. Ce rapport est réalisé par le cabinet de conseil des investisseurs institutionnels Amadeis, chargé d'accompagner la CFE dans la gestion de ses placements financiers.

Graphique 20 : Structure du portefeuille financier de la CFE



Source : Caisse des Français de l'étranger et Amadeis, rapport annuel de gestion des réserves de 2017 à 2024.

2.3.3. Cette volatilité empêche les résultats financiers d'assurer chaque année la compensation du déficit d'exploitation

Les excédents financiers en 2019, 2021 et 2023 ont permis à la CFE d'avoir un résultat net positif malgré le déficit du résultat d'exploitation. En revanche, en 2022, le déficit financier, cumulé au déficit d'exploitation explique l'importance du déficit net de -42,7 M€. En 2024, malgré un résultat financier positif (15 M€), le résultat net est fortement déficitaire (- 18 M€).

Une telle variation illustre l'évolution du rôle des résultats financiers face à la dégradation de l'activité assurantielle. Alors que le résultat financier répond à un besoin de rendement financier pour permettre à la CFE d'assurer ses engagements, la CFE est désormais également confrontée à un besoin de liquidité pour compenser son déficit d'exploitation, l'amenant à céder des actifs et donc à obérer pour l'avenir sa capacité à dégager du résultat financier.

3. Sans réforme, la détérioration de la performance financière de la CFE compromet sa liquidité et sa solvabilité à court terme

3.1. Les performances financières passées permettent à la CFE de disposer de 380 M€ de réserves dont 170 M€ de fonds propres

Avant 2018, la succession d'années excédentaires a permis à la CFE de constituer d'importantes réserves (cf. graphique 9 et partie 2). **En 2016, ces réserves avaient atteint 451 M€** et elles s'élèvent à 381 M€ en 2023. Au sein de ces réserves peuvent être distingués les fonds propres et les provisions.

Les fonds propres de la CFE s'élèvent en 2023 à 170 M€. Ils sont composés de réserves, du report à nouveau et du résultat de l'exercice ainsi que de subventions d'investissements (cf. tableau 24). Fin 2024, ces fonds propres diminuent du fait du résultat net déficitaire et s'élèvent à 151 M€.

Les réserves de la CFE sont constituées d'une réserve dite spéciale qui s'élève en 2024 à 87 M€. Avant 2011, la CFE constituait des réserves techniques pour faire face à ses engagements contractés auprès de ses adhérents. Depuis 2011, ces réserves techniques sont calculées par un cabinet d'actuariat et sont comptabilisées comme provisions techniques (cf. *supra*). En 2002, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002[29] a autorisé la CFE à constituer, comme alternative au contrat de réassurance utilisé, une réserve spéciale visant à couvrir l'impact d'une sinistralité exceptionnelle. L'objectif de cette réserve est de financer le surcroît de dépenses qui serait induit, une année donnée, par une sinistralité exceptionnelle et que le provisionnement technique des charges connues ne permettrait pas de couvrir. La CFE a alors créé puis alimenté cette réserve spéciale pendant douze ans du bénéfice de ses exercices excédentaires. En treize ans, entre sa création en 2002 et 2015, le montant de cette réserve a été multiplié par quatre en passant de 20 M€ à 87 M€ puis il est resté stable jusqu'à fin 2024.

Au côté des réserves, la CFE dispose de 211,5 M€ de provisions en 2023, dont 211 M€ de provisions techniques et 391 000 € de provisions pour risques et charges courantes (cf. tableau 25)**.** Ces provisions doivent couvrir les obligations futures et les risques potentiels de la CFE par rapport aux engagements contractés auprès de ses adhérents. Ils représentent les engagements à long et moyen terme de la CFE. Alors que la constitution de provisions est au cœur de l'activité assurantielle, encadrée par des règles prudentielles, le cadre réglementaire de la CFE en matière de provision est moins précis que celui des organismes relevant du code des assurances[30]. Le code de la sécurité sociale dispose seulement, à l'article L. 776-8-1 que **«** *pour la garantie des prestations qu'elle sert, la Caisse des Français de l'étranger, d'une part, constitue des provisions correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents et, d'autre part, dispose d'une réserve de sécurité suffisante pour faire face aux aléas de ses gestions techniques »* mais ne définit pas de seuils.

Afin de respecter ces dispositions, la CFE est accompagnée par un cabinet d'actuariat chargé de calculer le montant de ces réserves. Malgré les différences réglementaires, l'actuaire de la CFE mobilise des méthodes de modélisation similaires à celles mobilisées pour les organismes d'assurance et les organismes mutualistes[31]. Les caractéristiques de l'activité de la CFE, avec des risques à court et long terme la conduisent à disposer de différents types de provisions (cf. tableau 26) :

- des provisions mathématiques pour les risques de long terme et des montants de rente associés à provisionner élevés ;
- des provisions pour les risques encourus mais non signalés dites *incurred but not reported* (IBNR) ;
- des provisions pour soin à payer (PSAP) à court, moyen et long terme.

La prise en compte des provisions intervient à toutes les étapes de l'activité de l'organisme. Des provisions sont réalisées au niveau de l'activité courante (provisions de congés de salariés de la CFE par exemple) et surtout, étant donné l'activité assurantielle de la CFE, au niveau de l'activité technique. Au bilan, l'essentiel des provisions est donc constitué par les provisions pour risques et charges techniques (211 M€ sur 211,5 M€ de provisions totales, cf. tableau 25). En complément de ces provisions techniques, la CFE dispose d'une réserve spéciale (cf. tableau 24). Concernant les différents risques, la prévoyance représente moins de 10 % de l'activité de la CFE en termes de cotisations mais elle porte un risque de provisionnement important, étant donnée la duration élevée des engagements (durée des rentes relatives à l'invalidité et l'incapacité) (cf. tableau 26).

[29] Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

[30] Code des assurances, partie réglementaire, livre III, titre IV, chapitre III, section 1, engagements et provisions techniques, articles R343-1 à R434-8.

[31] Présentations de l'actuaire SPAC lors des conseils d'administration de la CFE.

Les fonds propres de la CFE sont également constitués à partir de reports à nouveau, excédentaires de 2016 à 2023 et d'une valeur de 82,5 M€ en 2024.

Avec les réserves et les reports à nouveau, le résultat de l'exercice constitue la troisième composante des capitaux propres. Or, l'alternance d'années déficitaires et excédentaires, et surtout les quatre années de déficit depuis 2018 conduisent à une diminution significative des fonds propres ces cinq dernières années.

Annexe III

Tableau 24 : Bilan de la CFE de 2016 à 2024 (en k€)

Composantes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Evolution 2016-2024	Evolution 2016-2024
Actif											
Actifs immobilisés	271 542	267 840	259 726	425 629	418 146	406 471	376 461	386 664	371 770	37%	100 227
dont placements	237 171	234 418	226 744	370 602	362 986	334 336	322 231	330 636	314 172	32%	77 001
dont immobilisations (hors placements)	34 371	33 422	32 983	55 027	55 160	72 135	54 230	56 028	57 598	68%	23 227
Créances cotisants	56 629	54 463	52 649	81 338	62 586	66 515	55 038	55 906	54 534	-4%	-2 095
Trésorerie	204 501	258 612	254 504	104 432	90 232	91 272	79 272	71 555	76 932	-62%	-127 569
Autres actifs	3 328	4 383	6 731	4 084	8 242	10 532	12 673	14 223	15 714	372%	12 385
Actif total	536 001	585 298	573 610	615 482	579 207	574 790	523 444	528 348	518 949	-3%	-17 052
Passif											
Fonds propres (1)	175 712	230 682	213 489	220 827	191 496	197 946	162 562	169 655	151 356	-14%	-24 356
dont réserves (réserve spéciale)	*87 070*	*87 070*	*87 070*	*87 070*	*87 070*	*87 070*	*87 070*	*87 070*	*87 070*	0%	0
dont report à nouveau	*65 741*	*88 643*	*143 612*	*126 420*	*115 261*	*104 600*	118 233	75 489	82 583	26%	16 842
dont résultat de l'exercice	*22 901*	*54 969*	*-17 192*	*7 332*	*-10 841*	*6 272*	-42 744	7 094	-18 297	-180%	-41 199
dont capitaux propres	*175 712*	*230 682*	*213 489*	*220 822*	*191 489*	*197 941*	*162 559*	*169 653*	*151 355*	-14%	-24 357
dont subventions d'investissements	*0*	*0*	*0*	*6*	*7*	*5*	*3*	*2*	*0*		0
Provisions (2)	*219 815*	*214 916*	220 513	211 889	229 931	223 714	214 727	211 040	222 400	1%	2 584
dont prov. pour RC courantes	*219 815*	*214 916*	*274*	*3 186*	*876*	*670*	*806*	*391*	*506*	-100%	-219 309
dont provisions techniques	*N.A.*	*N.A.*	*220 239*	*208 703*	*229 056*	*223 045*	*213 921*	*210 649*	*221 894*		
Réserves (1+2)	**395 527**	**445 598**	**434 002**	**432 717**	**421 428**	**421 660**	**377 289**	**380 694**	**373 756**	-6%	-21 772
Cotisants créditeurs	21 200	20 509	19 139	18 958	21 189	23 476	21 165	19 831	20 458	-3%	-741
Dettes entre organismes de sécurité sociale	105 257	106 580	107 797	145 183	126 293	118 302	112 648	114 482	112 811	7%	7 555
Autres dettes	4 944	6 944	12 672	18 624	10 297	11 353	12 342	13 340	11 924	141%	6 979
Passif total	**536 001**	**530 329**	**573 610**	**615 482**	**579 207**	**574 790**	**523 444**	**528 348**	**518 949**	-3%	-17 052

Source : Comptes annuels de la CFE. Note : En 2016 et 2017, la décomposition des provisions n'est pas présentée dans le bilan des comptes annuels de la CFE. Les provisions sont renseignées en tant que provisions pour risques et charges, sans distinguer techniques et courantes.

Annexe III

Tableau 25 : Provisions de la CFE de 2016 à 2024 (compte de résultat) (€)

Provisions (bilan)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Provisions pour risques et charges techniques	N.D.	N.D.	220 238 689	211 889 373	229 931 348	223 714 295	214 726 514	211 039 573	221 893 563
Provisions pour risques et charges courantes	N.D.	N.D.	53 824	3 186 112	875 828	669 686	805 846	391 049	506 258
Provisions totales	219 815 352	214 916 225	220 512 838	217 937 275	231 323 731	224 878 632	216 097 011	211 509 622	222 399 821

Source : Comptes annuels de la CFE. Note : En 2016 et 2017, la décomposition des provisions n'est pas présentée dans le bilan des comptes annuels de la CFE. Les provisions sont renseignées en tant que provisions pour risques et charges, sans distinguer techniques et courantes.

Annexe III

Tableau 26 : Provisions de la CFE de 2016 à 2023 (analyse actuarielle – 1ère partie) (€)

Composantes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Provisions mathématiques								
Accident du travail (AT)	139 544 219	139 092 515	142 467 751	137 186 020	159 717 846	155 503 527	143 184 707	138 918 055
dont rentes de conjoint	*93 621 472*	*92 458 940*	*92 596 719*	*91 272 617*	*89 978 378*	*88 077 795*	*90 292 937*	*779 177*
dont rentes d'éducation	*1 797 964*	*1 662 419*	*1 583 230*	*1 430 134*	*1 243 874*	*1 085 267*	*951 602*	*1 671 614*
dont rentes d'AT (RAT)	*44 124 783*	*44 971 156*	*48 287 802*	*44 483 269*	*50 003 907*	*49 218 938*	*49 807 911*	*48 631 222*
dont prestations en nature des AT	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*18 491 687*	*17 121 527*	*2 132 257*	*87 836 041*
Invalidité	17 818 150	18 445 411	19 489 021	18 801 787	18 681 109	16 723 443	17 075 902	17 874 174
dont temporaires	*14 646 279*	*14 862 488*	*15 871 765*	*15 273 569*	*11 953 964*	*11 326 679*	*9 607 463*	*9 225 992*
dont viagères	*3 171 871*	*3 582 923*	*3 617 256*	*3 528 218*	*6 727 144*	*5 396 764*	*7 468 439*	*8 648 182*
Indemnités journalières (IJ)	4 151 203	3 948 593	3 520 005	3 779 423	2 535 945	2 679 253	1 884 657	954 893
dont IJ	*841 643*	*786 047*	*766 970*	*690 807*	*521 228*	*547 022*	*453 396*	*316 795*
dont pensions en attente	*3 309 560*	*3 162 545*	*2 753 035*	*3 088 616*	*2 014 716*	*2 132 231*	*1 431 260*	*638 098*
Total des provisions mathématiques	161 513 571	161 486 519	165 476 777	159 767 230	180 934 899	174 906 223	162 145 266	157 747 122
Encourues mais non signalées (IBNR)								
Total des provisions IBNR (AT, IJ Invalidité)	6 424 577	4 846 391	6 272 845	6 340 525	7 349 439	6 829 269	7 201 718	7 393 981

Annexe III

Provisions de la CFE de 2016 à 2023 (analyse actuarielle - suite) (€)

Composantes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2 022	2 023
Provisions pour soin à payer (PSAP)								
Provisions PSAP de moyen-long terme								
Rentes de conjoint	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	266 021	267 525	278 189	317 175
Rentes d'éducation	N.A.	N.A.	N.A.	485 000	17 884	16 491	15 358	15 591
Rentes d'AT	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	194 515	209 577	175 637	165 562
Rentes d'invalidité	N.A.	N.A.	N.A.	140 000	375 864	265 876	193 898	155 445
Maladie+Maternité (IJ)	N.A.	N.A.	N.A.	620 000	517 583	589 933	472 877	270 433
Accident du travail (IJ)	800 000	745 000	745 000	160 000	683 168	673 370	568 382	318 588
Maternité	6 009 052	4 850 818	4 101 805	3 635 851	0	0	0	0
Capital décès	N.A.	N.A.	N.A.	40 000	49 270	112 253	73 678	43 302
Provisions PSAP de court terme								
Maintien gratuit (3 mois ou +)	403 365	505 721	515 072	414 314	0	0	0	0
Maladie	37 371 000	33 521 000	35 280 000	31 547 000	32 725 612	33 434 579	37 468 353	38 981 366
Prestations en nature des RAT	N.A.	N.A.	N.A.	50 000	38 727	24 364	17 725	16 442
ASS	400 000	400 000	298 000	263 000	120 076	78 571	178 000	232 000
Total des provisions PSAP	**44 983 417**	**40 022 539**	**40 939 877**	**37 355 165**	**34 988 721**	**35 672 538**	**39 442 098**	**40 515 904**
Total des provisions hors frais de gestion								
Provisions mathématiques	161 513 571	161 486 519	165 476 777	159 767 230	180 934 899	174 906 223	162 145 266	157 747 122
Provisions IBNR	6 424 577	4 846 391	6 272 845	6 340 525	7 349 439	6 829 269	7 201 718	7 393 981
Provisions PSAP	44 983 417	40 022 539	40 939 877	37 355 165	34 988 721	35 672 538	39 442 098	40 515 904
Total des provisions hors frais de gestion	**212 921 565**	**206 355 449**	**212 689 499**	**203 462 920**	**223 273 059**	**217 408 030**	**208 789 081**	**205 657 007**
Frais de gestion des provisions	5 240 342	5 240 342	5 240 342	5 240 342	5 710 181	5 512 748	5 131 540	4 991 517

Source : Comptes annuels de la CFE. Les provisions sont calculées hors frais de gestion. La CFE applique des frais sur provisions techniques de 3 % sur les provisions mathématiques, IBNR et PSAP moyen long terme (hors frais médicaux, capitaux décès, ASS et prestations en nature des rentes accident du travail).

3.2. La dégradation de la situation financière de la CFE a contraint celle-ci à entamer ses réserves depuis 2019

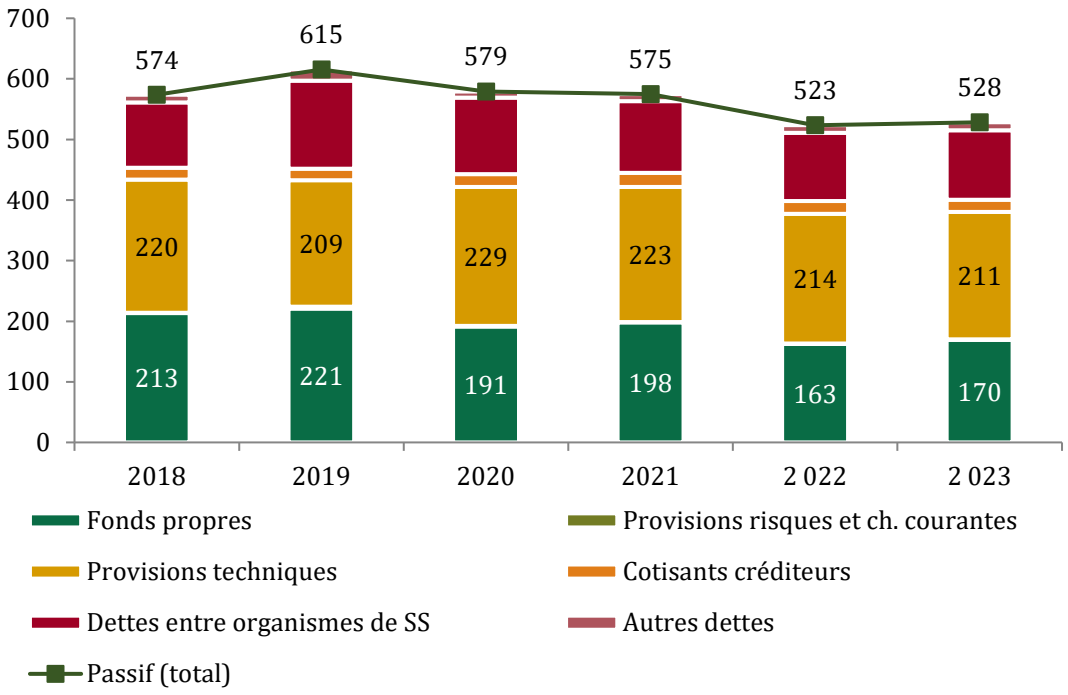
La CFE devant respecter le principe d'équilibre des comptes[32], la dégradation de sa situation financière l'a conduite à entamer ses fonds propres depuis 2019 (cf. tableau 24 *supra* et graphique 21). Après avoir atteint 615 M€, **les fonds propres de la CFE ont diminué de 23 % soit une perte de 51 M€. La CFE est parvenue à préserver sa réserve spéciale qui est restée stable à 87 M€** mais les reports à nouveau ont diminué de 50 M€. L'ensemble du passif a diminué de 87 M€ en quatre ans.

Chargées d'assurer les engagements de moyen et long terme de la CFE, les provisions ne suivent pas cette décroissance. En revanche, l'évolution du nombre et du profil des adhérents modifie le montant des provisions.

Conséquence de cette diminution des fonds propres, leur part dans le passif de la CFE a également diminué. Alors que les fonds propres constituaient 43 % du passif de la CFE en 2007, ils n'en constituent plus que 33 % en 2020 et 32 % en 2023.

Toutefois, la CFE présente un niveau d'endettement maîtrisé. Si la CFE affiche 148 M€ de dette au passif dont 114,5 M€ de dettes entre organismes de sécurité sociale, l'essentiel concerne les flux entre la CNAV et la CFE, sans impact final sur la performance de la CFE et ses réserves.

Graphique 21 : Montant et composition du passif de la CFE



Source : Comptes annuels de la CFE.

[32] Article R 766-5-7 du code de la sécurité sociale

3.3. A l'actif, cette diminution des réserves se matérialise par une diminution des placements financiers et de la trésorerie

Les provisions techniques et la réserve spéciale se matérialisent à l'actif essentiellement en immobilisations financières de 334 M€ en 2023, soit 85 % de l'actif immobilisé (cf. graphique 22)**.** Avant 2019, la trésorerie (ou les disponibilités) constituait la principale composante de l'actif de la CFE. Depuis 2019, les placements constituent le premier poste de l'actif. Les immobilisations représentent 69 % de l'actif en 2019 dont 60 % de placements financiers (respectivement 73 % et 63 % en 2023).

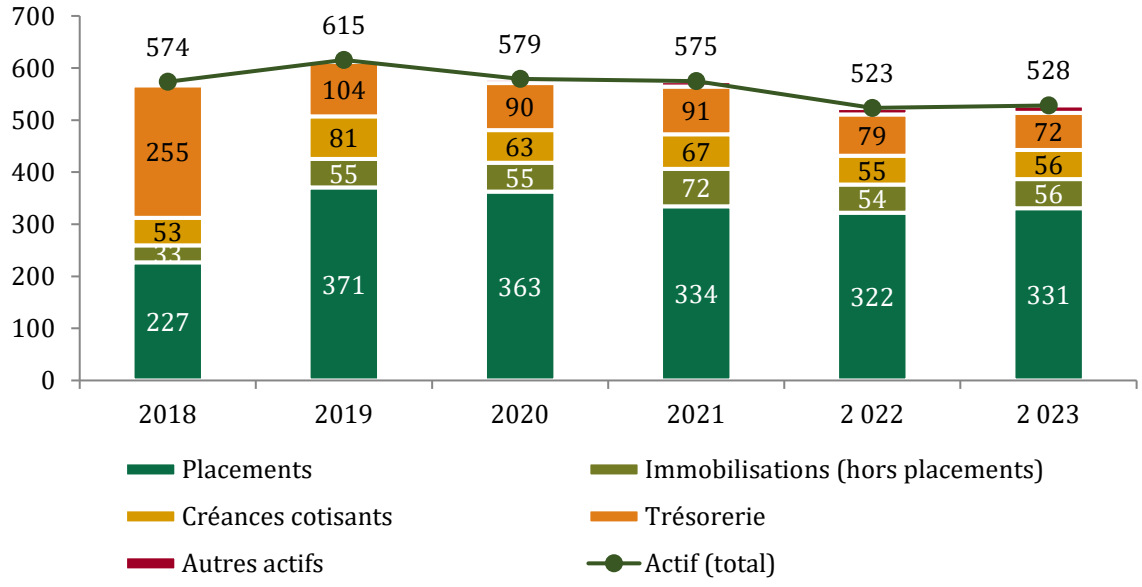
En outre, les immobilisations corporelles qui constituent l'autre composante des immobilisations détenues par la CFE s'élèvent, en valeur nette, à 31 M€ en 2023 dont 6 M€ de terrains et 24 M€ de constructions. Ces immobilisations corporelles, inscrites au bilan à leur valeur historique, regroupent principalement les terrains, l'immeuble siège de la CFE et son extension livrée en 2014 à Rubelles (Seine-et-Marne) ainsi que l'immeuble de la Pépinière à Paris, dans le 8e arrondissement, acquis en 2019. Ce dernier est composé d'un espace d'accueil pour la CFE et d'espaces mis en location pour le reste du bâtiment.

Reflet de l'évolution du passif, l'actif a également diminué de 87 M€ entre 2019 et 2023. Le montant des immobilisations financières a diminué de 40 M€ et la trésorerie a diminué de 33 M€ par rapport à 2019.

La réduction des immobilisations financières résulte de plusieurs années de performance négative du portefeuille de la CFE, en 2018, 2019, 2020 et 2022 (cf. tableau 27). L'encours total a diminué de 10 % en passant de 391,4 M€ en 2019 à 350,4 M€ en 2024.

Cette diminution de l'encours résulte des cessions d'actifs réalisées pour répondre aux besoins de liquidité engendrés par des résultats déficitaires, telles que la vente du fonds Natixis souverain Euro RD pour 5 M€ en juillet 2022, la cession de trois produits structurés avant échéance en 2021 pour 17,5 M€[33], **mais aussi de la baisse de valeur de marché des fonds dédiés et des produits structurés** qui composent le portefeuille de la CFE.

Graphique 22 : Montant et composition de l'actif de la CFE



Source : Comptes annuels de la CFE.

[33] Source : Caisse des Français de l'étranger et Amadeis, rapports annuels de gestion des réserves 2021 et 2022.

Pour autant, le portefeuille de la CFE présente un bon niveau de performance moyenne. En 2023 et 2024, la performance de son portefeuille est positive, respectivement de 9,5 % et de 6 % et la performance annualisée du portefeuille, calculée sur cinq années, était positive en 2023, à 3 % (cf. tableau 27). Ces performances positives n'ont pas compensé les différents retraits effectués au sein du portefeuille et l'encours total a tout de même diminué de plus de 8 M€ entre 2023 et 2024 (de 358,6 M€ à 350 M€). Elles témoignent cependant du travail d'optimisation de la gestion du portefeuille engagé par la CFE depuis 2018 afin d'assurer sa performance, sa liquidité et maîtriser les risques.

Conseillée par un cabinet de conseil auprès d'investisseurs institutionnels- Amadeis[34] - **la CFE a cherché à améliorer la performance et la liquidité de son portefeuille tout en conservant un profil de risque limité.**

En termes de composition du portefeuille, l'objectif est de diminuer la part de produits structurés et de rationaliser le suivi de ce portefeuille en augmentant la gestion déléguée.

Depuis 2019, deux fonds gérés par *Sycomore Asset Management* et par *Transatlantique gestion* gèrent une part croissante des actifs de la CFE, 42 % en 2019 et 53 % en 2024, avec un même objectif de gestion suivi à horizon de cinq ans[35], et la part de produits structurés dans le portefeuille a diminué pour atteindre 21 % du portefeuille après un pic à 28 % en 2019. En cas de performance positive, l'ensemble des poches du portefeuille contribue positivement alors que la poche de produits structurés demeure le principal facteur de volatilité des revenus.

De plus, les cessions d'actifs réalisées depuis 2022 pour répondre aux besoins de liquidité engendrés par des résultats déficitaires n'ont pas empêché des distributions de coupons, garantissant ainsi des revenus à la CFE. Quatre types d'actifs détachent des revenus au sein du portefeuille : des OAT détenues en direct, des fonds d'obligation d'État, les fonds dédiés et les produits structurées. En 2022, les coupons, d'un montant de 7,75 M€ étaient principalement issus de fonds dédiés (cf. tableau 29).

[34] https://www.amadeis.com/fr/.

[35] L'objectif de gestion de ces deux fonds est de surperformer *l'euros short term rate* (Ester, taux de référence pour les emprunts à court terme en euros) de 3 % sur une période de cinq ans.

Annexe III

Tableau 27 : Structure et performance du portefeuille de la CFE

Allocations des actifs (M€)	2017	2018	2019	2020	2021	2 022	2 023	2 024
Structure du portefeuille								
Produits structurés	81,1	74,9	110,4	101,5	82,4	68,4	79,6	72,2
Fonds dédiés	0,0	0,0	165,4	179,0	198,4	173,0	187,8	184,3
Contrats de capitalisation	63,4	64,6	71,1	71,8	72,4	73,2	60,0	61,8
Obligations	121,6	117,9	44,1	34,6	32,9	24,2	31,2	32,1
Liquidités	98,0	80,5	0,4	0,0	24,0	5,0	0,0	0,0
Encours total	**364,0**	**337,8**	**391,4**	**386,9**	**410,1**	**343,8**	**358,6**	**350,4**
Performances calendaires								
Produits structurés	N.A.	-14,2 %	21,1 %	-7,0 %	18,5 %	-15,0 %	6,1 %	19,8 %
Fonds dédiés	N.A.	N.A.	1,7 %	2,7 %	10,9 %	-10,4 %	7,4 %	8,6 %
Contrats de capitalisation	N.A.	1,9 %	2,2 %	1,0 %	0,9 %	1,3 %	3,1 %	3,0 %
Obligations	N.A.	-1,8 %	4,5 %	1,6 %	-1,9 %	-9,1 %	5,1 %	2,8 %
Liquidités	N.A.	N.A.	N.A.	1,6 %	-1,9 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %
Portefeuille total	***2,53 %**	**-3,7 %**	**-7,6 %**	**-0,5 %**	**9,2 %**	**-15,0 %**	**9,5 %**	**6,0 %**
Portefeuille total sur 5 ans (n-5 à n, annualisé)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	3,0 %	N.D.	3,3 %	3,0 %

Source : Caisse des Français de l'étranger et Amadeis, rapport annuel de gestion des réserves de 2017 à 2024. Note : Le cabinet de conseil financier ayant commencé à travailler avec la CFE fin 2017, les informations détaillées sur les performances calendaires ne sont pas disponibles en 2017 et la performance calendaire de 2017 est une estimation. La performance du portefeuille total sur 5 ans n'est présentée qu'en 2021, 2023 et 2024.

Tableau 28 : Liquidité du portefeuille de la CFE

Liquidité	2018	2019	2020	2021	2 022	2 023	2 024
Journalière	35 %	54 %	55 %	62 %	59 %	61 %	62 %
Mensuelle	15 %	15 %	16 %	23 %	18 %	22 %	18 %
Contrainte	50 %	31 %	29 %	15 %	23 %	17 %	21 %

Source : Caisse des Français de l'étranger et Amadeis, rapport annuel de gestion des réserves de 2018 à 2024.

Annexe III

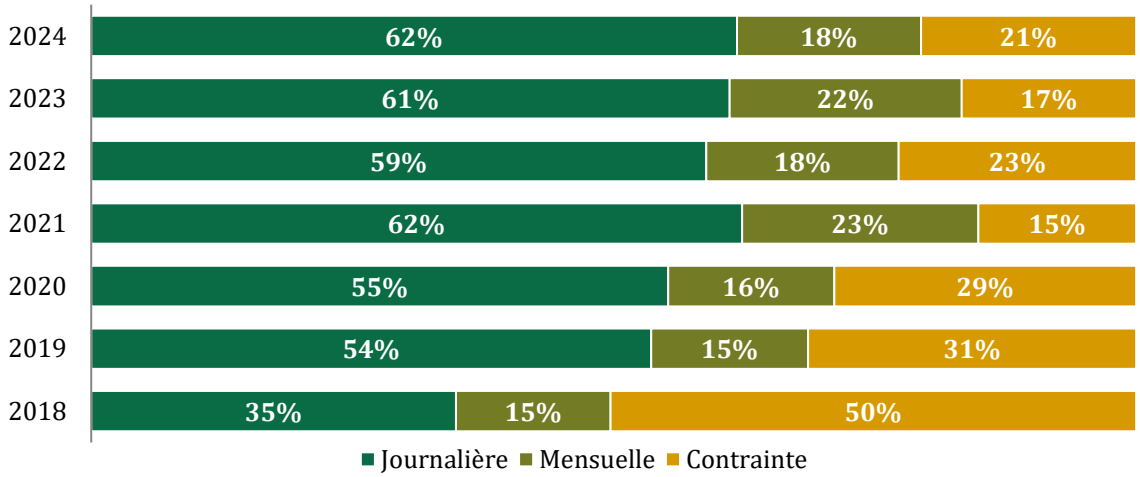
Tableau 29 : Détail des revenus du portefeuille de la CFE

Portefeuille	2020			2021			2022		
	Nominal moyen (M€)	Coupon (M€)	Coupon (%)	Nominal moyen (M€)	Coupon (M€)	Coupon (%)	Nominal moyen (M€)	Coupon (M€)	Coupon (%)
OAT détenues en direct	23,0	0,95	4 %	23,0	0,95	4 %	24,2	0,90	4 %
Fonds d'obligation d'Etat	4,7	0,05	1 %	4,7	0,03	1 %	0	0	N.A
Fonds dédiés	0	0	N.A	0	0	N.A	173,2	5,00	3 %
Produits structurés	110,6	1,13	1%	97,8	10,28	11 %	68,4	1,80	3 %
Total	**138,3**	**2,13**	**N.A**	**125,5**	**11,26**	**N.A**	**265,8**	**7,70**	**N.A**

Source : Caisse des Français de l'étranger et Amadeis, rapport annuel de gestion des réserves de 2020 à 2022.

Cette structuration du portefeuille de la CFE dans une perspective de rentabilité à long terme reposant sur une diversification des classes d'actifs lui permet d'afficher un bon niveau de liquidité (cf. graphique 23) **et un profil de risque équilibré.** Fin 2024, 62 % du portefeuille affiche une liquidité dite journalière (liquidités, poches obligataires et fonds dédiés), 18 % une liquidité mensuelle (contrats de capitalisation de plus de quatre ans d'historique) et 21 % une liquidité contrainte. La liquidité journalière du portefeuille de la CFE a quasiment doublé entre 2018 et 2024 en passant de 35 % à 62 %. Cette évolution permet ainsi à la CFE de céder rapidement des actifs en cas de besoin de liquidité à la suite de fortes dégradations de l'activité tout en veillant à préserver la performance du portefeuille.

Graphique 23 : Liquidité du portefeuille de la CFE



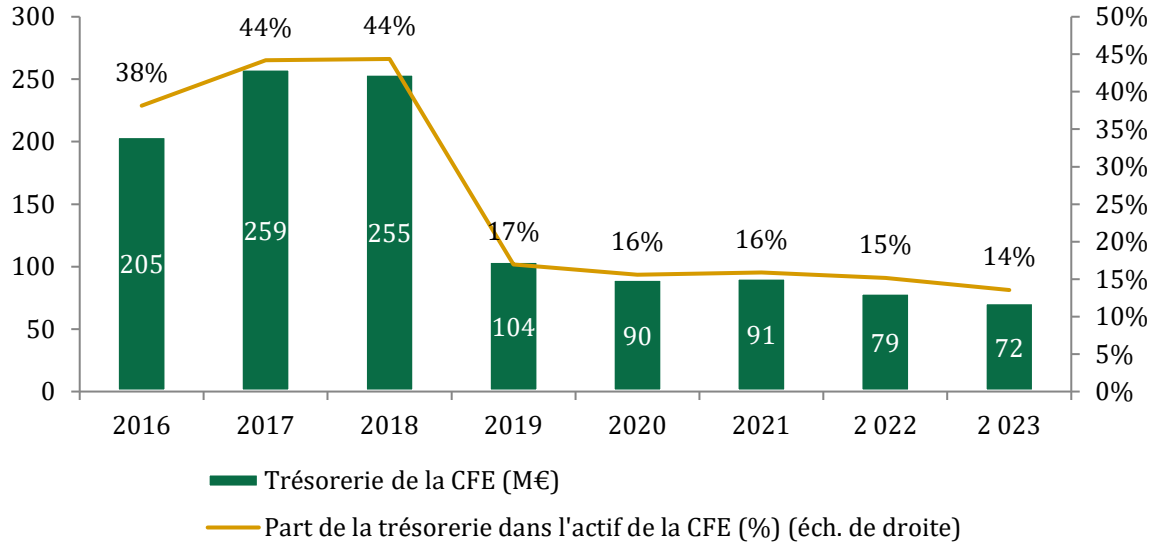
Source : Caisse des Français de l'étranger et Amadeis, rapport annuel de gestion des réserves de 2018 à 2024.

En termes de risque, le cabinet Amadeis classe la CFE au niveau deux, parmi les profils de risque équilibrés, sur une échelle d'un à trois qui distingue les profils prudents, équilibrés et dynamiques.

Cette optimisation de la gestion financière du portefeuille s'accompagne par ailleurs d'un travail de mise en conformité en lien avec la tutelle.

Dans un contexte de dégradation de la situation financière de la CFE et de réduction de son bilan, assurer la liquidité des immobilisations financières est d'autant plus important que sa trésorerie a diminué de 30 % entre 2019 et 2023 (cf. graphique 24)**.** En hausse entre 2016 et 2018, le montant des disponibilités a significativement diminué entre 2018 et 2019 à la suite d'acquisitions de valeurs immobilières et mobilières par la CFE. Une partie des disponibilités a été utilisée pour financer l'acquisition de l'immeuble rue de la Pépinière et la réalisation de placements de titres. À partir de 2019, la trésorerie a continué de diminuer sous l'effet de la dégradation de l'activité qui impacte le solde de la trésorerie.

Graphique 24 : Trésorerie de la CFE de 2016 à 2023 (disponibilités à l'actif)



Source : Comptes annuels de la CFE.

En outre, loin d'être disponible, la majorité de la trésorerie a vocation à être reversée à la CNAV au titre des cotisations vieillesses prélevées par la CFE. Facialement, la CFE dispose bien d'une trésorerie importante. **En 2024, ses disponibilités s'élèvent à 76,9 M€** (cf. tableau 30). En 2023, les disponibilités qui s'élevaient à 72 M€ représentaient 46 % des 154 M€ de prestations versées et 44 % des cotisations prélevées par la CFE. Cependant, la CFE ne peut disposer que d'une faible part de cette trésorerie. **Sur les 72 M€ de trésorerie de l'exercice 2023, 66,4 M€ constituent des excédents de trésorerie avant le reversement des cotisations vieillesse à la CNAV trimestriellement.** Autrement dit, 93 % de la trésorerie de l'exercice 2023 avait vocation à être reversée à la CNAV. Cette part s'élevait à 75 % pour l'exercice 2022. Le rythme de prélèvement des cotisations vieillesse par la CFE puis de versement trimestriel à la CNAV permet à la CFE de bénéficier d'excédents de trésorerie. En 2023, la rémunération des excédents de trésorerie avant le versement des cotisations vieillesse à la CNAV sur un compte bancaire de la caisse d'épargne a ainsi rapporté plus de 2 M€ d'intérêts à la CFE[36]. Pour autant, face à la part prépondérante de ces sommes, la trésorerie disponible de la CFE hors CNAV s'avère limitée (cf. tableau 30).

Tableau 30 : Trésorerie de la CFE en 2022, 2023 et 2024 (disponibilités à l'actif) (€)

Composantes	2022	2023	2024
Trésorerie	79 272 302	71 554 720	76 931 947
dont excédents de trésorerie avant reversement trimestriel à la CNAV	*59 749 604*	*66 443 312*	*N.D.*
Part de la trésorerie dédiée à la CNAV	75 %	93 %	N.D.
Cotisations	151 627 970	162 988 683	N.D.
Prestations	150 228 010	154 159 764	N.D.
Trésorerie / cotisations	52 %	44 %	N.D.
Trésorerie / prestations	53 %	46 %	N.D.

Source : Comptes annuels de la CFE.

[36] Comptes annuels de la CFE pour l'année 2023, note n°12, note annexe sur la trésorerie.

ANNEXE IV

Modalités d'évolution de la Caisse des Français de l'étranger

(Version communicable)

Les occultations réalisées pour respecter le secret des affaires de la Caisse des Français de l'étranger sont signalées par les annotations **[Confidentiel – Secret des affaires]** ou **[-]**.

SOMMAIRE

1. LA MISSION A ANALYSÉ PLUSIEURS SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE LA CFE SUR LA BASE D'UNE MÉTHODOLOGIE REPOSANT SUR SIX CRITÈRES CLEFS.....1

2. QUATRE SCÉNARIOS ONT ÉTÉ ANALYSÉS PAR LA MISSION, DONT UN SCÉNARIO DE RÉFORME PARAMÉTRIQUE, ENCADRÉ PAR DEUX CAS POLAIRES DE FERMETURE DE LA CFE D'UNE PART, ET DE TRANSFORMATION EN MUTUELLE OU EN ENTREPRISE D'ASSURANCE D'AUTRE PART 1

2.1. Scénario 1 : abandon de la politique publique de protection sociale des Français à l'étranger et fermeture de la CFE 1

2.1.1. La fermeture de la CFE prendrait acte que les fondements de la politique de protection sociale des Français résidant à l'étranger ne sont plus réunis....1

2.1.2. La fermeture de la CFE exigerait la mise en place d'une gestion transitoire, en particulier afin d'assurer la couverture des engagements à long terme 3

2.1.3. La faisabilité d'un scénario de fermeture de la CFE relève de considérations politiques plus qu'opérationnelles.....5

2.2. Scénario 2 : réintégration des missions de la CFE au sein du régime général.....6

2.2.1. La réintégration des missions de la CFE au sein du régime général viserait un objectif de mutualisation de la gestion et de ses coûts, sans remettre en cause la politique d'assurance sociale des Français de l'étranger 6

2.2.2. L'objectif d'équilibre financier devrait être maintenu, en évitant ainsi une mutualisation du risque au sein du régime général.....7

2.2.3. Une gouvernance distincte et certaines fonctions spécifiques seraient conservées 8

2.2.4. L'obligation d'équilibrer le régime dans ce scénario d'intégration pose toutefois comme préalable de prendre des mesures de redressement financier de la CFE 9

2.2.5. Ce scénario présente une complexité institutionnelle qui peut rendre difficile sa mise en œuvre et peser sur son efficacité ultérieure.....9

2.3. Scénario 3 : réforme paramétrique de la CFE visant un retour à la rentabilité assurantielle 11

2.3.1. Une réforme paramétrique de la CFE présupposerait que le modèle économique est viable, sous réserve d'une normalisation des tarifs pour l'ensemble des catégories d'assurés et d'un renforcement de l'efficience de la gestion au bénéfice du développement des fonctions commerciales..... 11

2.3.2. Les acquis de la réforme de 2018 en matière de structuration de l'offre et de maintien du principe de cotisations et prestations uniformes seraient préservés..... 11

2.3.3. Les tarifs de cotisations viseraient un équilibre des P/C pour l'ensemble des contrats 12

2.3.4. La tarification des « contrats ex » serait alignée sur la tarification normale dans le cadre d'une période de transition de deux ans 13

2.3.5. Des mesures de maîtrise de la dépense de soins, visant les adhésions opportunistes et les consommateurs les plus importants, seraient introduites.....14

2.3.6. La catégorie aidée serait recentrée sur les publics les plus démunis en fondant l'éligibilité sur les différences de niveau de vie entre les pays de résidence.....15

2.3.7. L'action sanitaire et sociale serait recentrée sur les aides d'urgence et sa gouvernance révisée 16
2.3.8. L'efficience de gestion serait renforcée dans le cadre d'une maîtrise des charges courantes, et en premier lieu des effectifs 17
2.3.9. La composition du conseil d'administration serait adaptée pour renforcer la représentation du monde de l'entreprise et celle du ministère de l'Europe et des affaires étrangères 18
2.3.10. La mise en œuvre du scénario de réforme de la CFE est facilitée par le fait qu'il s'appuie sur l'existant et ne remet pas en cause les principes de fonctionnement de la CFE 19
2.4. Scénario 4 : transformation en mutuelle ou en assurance privée 20
2.4.1. La transformation de la CFE en mutuelle ou en assurance privée viserait à assurer sa pérennité mais pourrait induire une remise en cause de ses missions de service public 20
2.4.2. La pérennité financière de la CFE dans le cadre d'une mutuelle ou d'une assurance privée indépendante de l'État pourrait entraîner une remise en cause totale ou partielle de ses missions de service public 21
2.4.3. Une variante de ce scénario pourrait consister à transférer le portefeuille d'assurés et les missions de la CFE à un organisme existant (mutuelle ou assurance) 22
2.4.4. La mise en œuvre de ce scénario soulève des questions juridiques et se heurte aux faiblesses opérationnelles de la CFE 23

3. LES SIMULATIONS ACTUARIELLES MONTRENT QUE SI LE *STATU QUO* NE PERMET PAS DE RÉTABLIR LA RENTABILITÉ OPÉRATIONNELLE DE LA CFE, LA RÉFORME PARAMÉTRIQUE PROPOSÉE PAR LA MISSION RENDRAIT EN REVANCHE L'EXPLOITATION EXCÉDENTAIRE ET PERMETTRAIT DE RECONSTITUER LES FONDS PROPRES 27

3.1. La simulation repose sur un scénario de référence, « au fil de l'eau », et un scénario de réforme 27
3.2. La poursuite « au fil de l'eau » de l'activité de la CFE ne corrige pas le déficit d'exploitation de la CFE et, partant, ne restaure pas la viabilité de son modèle économique 29
3.3. La réforme paramétrique proposée par la mission permet de dégager des excédents d'exploitation dès 2026 et d'amorcer une reconstitution des fonds propres 35
3.4. En première analyse, la CFE respecterait les exigences quantitatives du cadre de Solvabilité II mais cela resterait insuffisant pour envisager une transformation en mutuelle ou en société d'assurance 41

1. La mission a analysé plusieurs scénarios d'évolution de la CFE sur la base d'une méthodologie reposant sur six critères clefs

Plusieurs scénarios d'évolution de la CFE ont été analysés par la mission. À cette fin, une grille d'analyse a été appliquée à l'ensemble des scénarios afin de déterminer leur incidence sur six critères clefs. Les critères de la grille d'analyse retenus par la mission sont les suivants :

- incidence sur la couverture sociale des Français à l'étranger : ce critère vise à analyser l'évolution de la couverture sociale des Français à l'étranger, en termes d'accès à une assurance santé, maternité, AT-MP et vieillesse (en termes d'offre disponible et de coût) et de niveau de couverture (en termes de niveau de prise en charge et de panier de soins) ;
- incidence sur la trajectoire financière de la CFE : ce critère vise à analyser la trajectoire financière de la CFE et sa soutenabilité en termes de consommation des fonds propres et de respect des exigences prudentielles ;
- incidence sur les missions de service public de la CFE : ce critère vise à apprécier l'incidence du scénario sur la mise en œuvre, la continuité ou la remise en cause de missions assurées par la CFE qu'un assureur privé n'assumerait pas et qui peuvent à ce titre être assimilées à des missions de service public ;
- incidence sur les finances publiques : ce critère vise à mesurer le coût éventuel du scénario, ou les recettes, pour les finances publiques, à l'échelle de l'ensemble des administrations publiques et pas seulement de l'État ;
- incidence sur la gouvernance de la CFE : ce critère vise à évaluer les conséquences du scénario pour la gouvernance de la CFE, en termes de degré d'indépendance vis-à-vis de l'État ou de la sécurité sociale ;
- incidence sur l'organisation de la CFE : ce critère vise à apprécier les conséquences organisationnelles pour la CFE, en particulier s'agissant des effectifs.

Pour chacun des scénarios identifiés, la mission a analysé leurs modalités opérationnelles, les objectifs assignés, les résultats attendus, les points forts et points faibles ainsi que les risques associés (cf. tableau 7).

2. Quatre scénarios ont été analysés par la mission, dont un scénario de réforme paramétrique, encadré par deux cas polaires de fermeture de la CFE d'une part, et de transformation en mutuelle ou en entreprise d'assurance d'autre part

2.1. Scénario 1 : abandon de la politique publique de protection sociale des Français à l'étranger et fermeture de la CFE

2.1.1. La fermeture de la CFE prendrait acte que les fondements de la politique de protection sociale des Français résidant à l'étranger ne sont plus réunis

L'accès des Français résidant à l'étranger à une couverture sociale s'est amélioré depuis la création de la CFE, ce qui peut justifier une remise en cause de la politique publique de protection sociale des Français à l'étranger.

En effet, le marché de l'assurance privée internationale s'est développé au point d'offrir une couverture dans la plupart des pays du monde aux Français qui le souhaitent. Le coût des assurances privées, à la charge soit des employeurs (pouvant inclure une participation du salarié), soit des adhérents individuels, est d'un ordre de grandeur comparable à celui des assurances de la CFE assortie d'une complémentaire (cf. annexe II, partie 3), de sorte qu'une fermeture de la CFE ne remettrait pas en question l'accès de ses adhérents actuels à une protection sociale. La fermeture de la CFE prendrait ainsi acte de l'absence de justification d'une intervention publique dans un contexte où des solutions privées existent avec un coût et une qualité de service comparables.

Certains Français, en raison de ressources insuffisantes, de pathologies lourdes ou de leur âge, pourraient toutefois être exclus du marché de l'assurance privée internationale. L'exclusion par les tarifs d'adhésion pourrait en particulier s'accroître dans un contexte de croissance dynamique des coûts de santé internationaux. Pour autant, le développement de régimes de protection sociale de base de qualité dans un nombre croissant de pays (cf. *infra*), lesquels ont vocation à ne pas sélectionner les risques en contrepartie d'une adhésion obligatoire et d'une mutualisation forcée des coûts, offre une possibilité d'accès aux soins à ces populations. En outre, les Français de l'étranger conservent la possibilité de se relocaliser en France de manière permanente, où les résidents peuvent toujours bénéficier de la prise en charge de leurs dépenses dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa) et de la solidarité nationale et en vertu du principe de territorialité de la protection sociale.

La politique de protection sociale des Français à l'étranger est également confrontée à des remises en cause externes, qui pourraient fragiliser le modèle économique de la CFE et faire peser un risque sur sa viabilité.

La justification de l'intervention de la CFE dans l'UE-EEE ne semble pas fondée en droit (cf. annexe I), ce qui fait peser un risque stratégique sur environ 18 % du portefeuille des assurés. En effet, le fait pour la CFE de distribuer des assurances maladie-maternité et AT-MP au sein de l'UE-EEE, même de nature volontaire, contrevient à la règle d'interdiction de la double affiliation à deux régimes de sécurité sociale de base prévue à l'article 14 du règlement n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Le risque contentieux apparaît faible dans la mesure où ni les assurés de la CFE, ni les régimes de sécurité sociale de base des pays de l'UE-EEE ne sont lésés par cet état de fait, ce qui limite leur intérêt objectif, sinon juridique, à agir. Des concurrents distribuant des assurances complémentaires dans l'UE-EEE pourraient néanmoins s'estimer lésés par l'intervention de la CFE sur ce marché. En outre, le précédent du contentieux qui a concerné[1] l'organisme belge de sécurité sociale d'outre-mer suggère que les conséquences d'une action contentieuse se traduiraient par une injonction à la CFE de mettre fin à son activité dans l'UE-EEE. Or, l'activité dans l'UE-EEE, qui représente environ 18 % du portefeuille en maladie-maternité-invalidité, est relativement plus rentable que dans les autres régions du monde (à un niveau de [-] le ratio P/C en Europe occidentale en 2023 est de [-] points inférieur celui de l'ensemble des pays du monde, hors France, qui atteint quant à lui [-]). La perte de ce portefeuille pourrait donc fragiliser financièrement la CFE, *via* la diminution de ses clients (diminuant d'autant les effets d'échelle liés à la détention d'un portefeuille important) et la baisse de sa rentabilité.

[1] Arrêt CJCE 87-76 du 31 mars 1977 Bozzone vs OSSOM et 82 et 103/86 du 9 juillet 1987 Laborero et Sabato vs OSSOM

Le développement de régimes obligatoires d'assurance sociale présente un risque de remise en cause de la raison d'être de la CFE. L'indice de couverture universelle des systèmes de santé[2] suivi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre des objectifs de développement durable de l'Organisation des nations unies (ONU), qui est un indicateur synthétique rendant compte de la couverture de la population par des services de santé de base, a enregistré une progression constante depuis les années 2000. L'indice est ainsi passé de 45 en 2000 à 68 en 2021. Toutes les régions du monde progressent, bien qu'à des rythmes différents. En parallèle, la part des dépenses de santé dans la dépense publique a également augmenté, passant de 9,6 % en 2000 dans l'ensemble des pays du monde à 11,2 % en 2021[3]. Le développement de régimes de base, obligatoires, crée une situation de concurrence directe pour la CFE, dont les offres sont structurées autour de l'offre de base de la sécurité sociale française. Les Français résidant à l'étranger se trouvent de manière croissante en position d'arbitrage entre le régime de base local et la CFE, d'autant plus lorsque le régime local est obligatoire et donne lieu à des cotisations. L'adhésion à la CFE peut ainsi se traduire par un double paiement, qui réduit mécaniquement son attractivité. Le très faible taux de pénétration des offres de la CFE dans les pays de l'UE-EEE (cf. annexe II, partie 1), où des régimes obligatoires de base de qualité sont disponibles, peut être la traduction de sa faible attractivité dans des régions où la protection sociale publique est une alternative crédible.

L'évolution des formes d'expatriation constitue un défi pour le modèle économique de la CFE. La CFE s'est constituée pour accompagner le développement international des entreprises françaises fondé sur l'expatriation de salariés français. La tendance au déclin des contrats collectifs, qui s'est accélérée pendant la crise du Covid-19, pourrait être durable. Le recours croissant des entreprises à des contrats de droit local, au détriment des contrats d'expatriation, qui s'explique pour des raisons de coût et d'accès à une main d'œuvre locale qualifiée dans un nombre croissant de pays, pourrait en effet être une évolution structurelle n'ayant pas vocation à s'inverser. La progression des contrats individuels pourrait compenser cette baisse, mais ces contrats, en l'absence de sélection du risque, ne peuvent être équilibrés qu'au prix de tarifs de cotisations élevés : dans ce contexte, le modèle économique de la CFE pourrait rencontrer les limites de sa viabilité si le niveau des tarifs créait un effet d'éviction conséquent pour les bons risques, rendant tout maintien de l'équilibre impossible.

Dans ce contexte, il serait possible de considérer que la politique publique de protection sociale des Français à l'étranger n'a plus de justification ou qu'elle risque d'être remise en cause par des facteurs externes et d'en conclure que la CFE devrait être fermée.

2.1.2. La fermeture de la CFE exigerait la mise en place d'une gestion transitoire, en particulier afin d'assurer la couverture des engagements à long terme

La fermeture de la CFE nécessiterait la mise en place d'une gestion transitoire afin de permettre aux assurés de rechercher des solutions alternatives, d'envisager la continuité de certaines missions et d'assurer la couverture des engagements financiers de long terme.

[2] L'indice de progrès de la couverture sanitaire universelle (CSU) combine 14 indicateurs de suivi de la couverture des services en une seule mesure sommaire de l'indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable (couverture des services de santé essentiels).

[3] Source : Organisation mondiale de la santé (https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD).

Les assurances maladie-maternité-invalidité et AT-MP pourraient prendre fin à l'issue d'une période de préavis. Les assurés pourraient par exemple disposer d'une période de six mois avant la résiliation de leur couverture. Une période plus longue, par exemple d'un an, apporterait un confort supplémentaire aux assurés mais pourrait avoir des conséquences financières importantes, soit en raison de comportements d'optimisation (consommation importante de soins avant l'échéance de la couverture), soit en raison d'un déséquilibre entre bons et mauvais risques (les bons risques trouvant rapidement une solution alternative tandis que les mauvais risques resteraient à la CFE jusqu'à la fin de la période transitoire).

La continuité de certaines missions pourrait être confiée à des tiers.

En premier lieu, le recouvrement des cotisations retraites pour le compte de la CNAV pourrait être confié à un organisme tiers (et potentiellement à la CNAV elle-même ou directement à l'Urssaf caisse nationale) afin de conserver cette possibilité aux Français de l'étranger. Il s'agirait d'une mesure d'équité vis-à-vis de Français expatriés ayant cotisé au régime général d'assurance vieillesse et ne souhaitant pas, en partant à l'étranger, perdre le bénéfice des trimestres cotisés et des droits accumulés en France ou devant procéder à un rachat de trimestres coûteux et limité dans sa portée. En effet, dès lors que le système français d'assurance vieillesse ne permet pas la rétrocession à l'assuré de tout ou partie des cotisations versées en contrepartie d'une renonciation à une pension de retraite, il apparaît nécessaire de maintenir un dispositif assurant la continuité de l'adhésion au régime d'assurance retraite pour les Français à l'étranger.

En second lieu, le dispositif de la catégorie aidée pourrait être transformé en une allocation sociale d'aide à la couverture santé géré par les consulats. La fermeture de la CFE mettrait fin au dispositif de la catégorie aidée. Pour autant, l'État pourrait vouloir maintenir une politique de soutien à la couverture sociale des Français à l'étranger, sous conditions de ressources. Le niveau de l'allocation devrait être calibré en fonction des ressources budgétaires disponibles et des bénéficiaires potentiels (en 2024, 3 617 bénéficiaires relevaient de la catégorie aidée). L'allocation pourrait en outre être modulée en fonction du coût de la vie et des soins dans le pays de résidence.

Même après sa fermeture, la CFE conserverait des engagements de long terme, liés au versement de rentes d'invalidité et AT-MP, dont la couverture doit être sanctuarisée. Par conséquent, une partie de l'actif de la CFE devrait être préservée afin d'assurer la couverture de ces engagements de long terme liés au versement de rentes. Le montant ainsi sanctuarisé devrait être calculé sur une base actuarielle, en conservant une marge de précaution afin de prévenir toute impasse de liquidité ou de solvabilité. La part de l'actif n'étant pas nécessaire à la couverture de ces engagements (soit les fonds propres de la CFE) serait reversée à l'État.

Les éléments de passif restant à couvrir pouvant être déterminés actuariellement et ayant vocation à demeurer stables dans le temps, la fermeture de la CFE supprime tout risque ultérieur pour les finances publiques. Un effet positif, limité à court terme, existerait *via* la constatation d'une recette budgétaire non fiscale lors du transfert des fonds propres à l'État. À long terme, ce scénario écarte le risque qu'une dégradation de la trajectoire financière de la CFE ne se traduise par une consommation de l'ensemble de ses fonds propres et conduise à un renflouement par l'État afin d'honorer les engagements non couverts de la CFE. Dans une telle situation, une décision de fermeture de la CFE apparaîtrait plus inéluctable encore.

Les décisions relatives à la gestion transitoire et extinctive de la CFE pourraient être confiées à l'État, à travers les ministres de tutelle de l'organisme (cf. tableau 1).

2.1.3. La faisabilité d'un scénario de fermeture de la CFE relève de considérations politiques plus qu'opérationnelles

La mise en œuvre de la fermeture de la CFE suppose une décision politique concernant l'abandon de la politique publique de protection sociale des Français à l'étranger qui pourrait susciter des résistances. Les principales résistances à ce scénario émaneraient des assurés eux-mêmes (assurés individuels, mais également assurés collectifs et entreprises mandataires), des administrateurs de la CFE et des élus représentant les Français de l'étranger.

En revanche, ce scénario ne présente pas de difficulté opérationnelle majeure. Les agents de la CFE qui bénéficient du statut de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) pourraient être aisément réaffectés dans d'autres entités relevant de la sécurité sociale compte tenu de leur petit nombre (230 employés). Les missions transférées (recouvrement des cotisations CNAV et soutien à la catégorie aidée) seraient confiées à des structures ayant déjà une expérience en la matière (CNAV ou Urssaf dans le premier cas, consulats dans le second). La gestion extinctive du bilan de la CFE nécessiterait quant à elle un suivi limité, l'écoulement des engagements étant dans l'ensemble prévisible.

Tableau 1 : Analyse multicritère du scénario de fermeture de la CFE

Critère	Incidence du scénario analysé
Couverture sociale	▪ Suppression d'une offre publique de couverture maladie-maternité-invalidité et AT-MP et substitution par l'offre privée et/ou le régime de base du pays et/ou l'accès aux soins en France (pour les résidents en France au titre de la protection universelle maladie), qui demeure inchangé dans ce dernier cas ▪ Possible maintien d'une aide à l'accès à une couverture maladie-maternité-invalidité, sous condition de ressources ▪ Continuité de l'accès à l'assurance vieillesse de base
Trajectoire financière	▪ Suppression du risque lié à la soutenabilité de la trajectoire financière de la CFE
Missions de service public	▪ Fin de la mission de service public d'adhésion libre sans sélection du risque (en fonction des pathologies et de l'âge) ▪ Fin du dispositif de la catégorie aidée sous sa forme assurantielle mais possible maintien dans le cadre d'une allocation gérée par l'État ▪ Continuité de l'accès à l'assurance vieillesse de base
Finances publiques	▪ À court terme, recette non fiscale liée au transfert des fonds propres non affectés à la couverture d'engagements de long terme ▪ À long terme, suppression du risque d'insolvabilité de la CFE et de renflouement par l'État
Gouvernance	▪ À court terme, gouvernance assurée directement par les tutelles dans le cadre de la période transitoire ▪ À long terme, la suppression de la CFE entraîne la dissolution de ses instances de gouvernance et rend sans objet le rôle des tutelles
Organisation	▪ Reclassement des effectifs sous statut de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) dans d'autres entités relevant de la sécurité sociale. Fin des contrats de travail pour les salariés ne relevant pas de ce statut ▪ Vente des actifs immobiliers de la CFE

Source : mission. Légende : AT-MP=maladies du travail et accidents professionnels.

2.2. Scénario 2 : réintégration des missions de la CFE au sein du régime général

2.2.1. La réintégration des missions de la CFE au sein du régime général viserait un objectif de mutualisation de la gestion et de ses coûts, sans remettre en cause la politique d'assurance sociale des Français de l'étranger

La réintégration des missions de la CFE au sein du régime général se traduirait par la suppression de la caisse comme organisme autonome et la création d'un régime spécifique de protection sociale des Français à l'étranger au sein du régime général. Il ne s'agirait pas d'une situation nouvelle, dans la mesure où les missions de la CFE étaient originellement et jusqu'à la création de la CFE en 1984 assurées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Seine-et-Marne pour le compte du régime général.

La réintégration au régime général permettrait de réaliser des économies de fonctionnement alors que les frais de gestion pèsent sur l'équilibre financier de la CFE. Les frais de gestion de la CFE, qui représentent 20 % du total des cotisations en 2024, constituent une charge importante qui impose de viser un ratio de prestations sur cotisations (P/C) de l'ordre de 0,8 pour assurer l'équilibre financier du régime de protection sociale des Français de l'étranger. Cet objectif d'équilibre implique des hausses de cotisations dans le but d'atteindre le niveau souhaité de ratio P/C. Une intégration des missions de la CFE au sein du régime général permettrait de mutualiser certaines fonctions et de dégager des gains d'efficience. La baisse des coûts de gestion qui en résulterait contribuerait à améliorer la rentabilité et donc la viabilité financière du régime de protection sociale des Français à l'étranger.

La politique publique serait conservée et l'opération serait neutre pour les assurés. Ce scénario maintiendrait en effet une offre de protection sociale volontaire pour les Français à l'étranger. Il n'aurait pas d'incidence sur l'offre et les prestations dont ces derniers bénéficient.

2.2.2. L'objectif d'équilibre financier devrait être maintenu, en évitant ainsi une mutualisation du risque au sein du régime général

L'intégration des missions de la CFE au sein du régime général ne remettrait pas en question l'exigence d'équilibre financier prévue par la loi s'agissant de la CFE. Dès lors, le régime de la protection sociale des Français de l'étranger disposerait d'une comptabilité propre et étanche du régime général. Il devrait en outre être en capacité de constituer et de placer ses réserves de manière autonome, comme la CFE le fait aujourd'hui, afin de garantir la couverture des engagements de long terme. Afin d'assurer cet équilibre dans le temps, le gestionnaire du régime serait en mesure d'ajuster les tarifs de cotisation et de faire évoluer le panier de prestations.

Le principe d'étanchéité financière avec le régime général serait fondé sur le fait que la situation et la contribution des Français de l'étranger à l'économie français ne sont pas comparables à celles des résidents en France. En effet, une mutualisation financière conduirait soit à déterminer les cotisations en fonction des ressources des assurés, comme c'est le cas pour les résidents en France, avec le risque que la fiabilité de ces informations ne puisse être vérifiée à l'étranger, soit à maintenir un régime différencié de cotisations, qui pose question au regard du principe d'égalité :

- aligner le niveau des cotisations sur les taux de cotisations patronales et de contribution sociale généralisée (CSG) appliqués en France permettrait de préserver le principe d'égalité entre les assurés. Une telle mesure supposerait de pouvoir connaître le revenu des bénéficiaires afin d'appliquer un taux correspondant à celui appliqué en France sur les salaires ou les pensions de retraite. Or, les difficultés à contrôler les revenus de manière fiable (et à connaître l'ensemble des sources de revenus des résidents à l'étranger) avaient conduit la CFE à abandonner ce critère dans la prise en compte des tarifs de cotisation lors de la réforme de 2018. Une telle mesure pourrait en outre engendrer des comportements de sélection adverse, en évinçant les profils les moins risqués et en concentrant à la CFE ceux présentant les coûts de santé les plus élevés ;
- maintenir le système actuel de cotisations forfaitaires conduirait à traiter différemment deux assurés se trouvant dans une situation comparable. En outre, si une intégration devait être envisagée sans rétablissement de l'équilibre financier de la CFE, elle se traduirait par un subventionnement de fait des Français de l'étranger par les cotisants en France.

En outre, il ne serait pas sain de mutualiser un régime obligatoire avec un régime volontaire, les deux répondant à des logiques différentes.

Dans ce contexte, il apparaît indiqué de maintenir le principe d'équilibre financier du régime de protection sociale des Français à l'étranger et son étanchéité par rapport au régime général.

2.2.3. Une gouvernance distincte et certaines fonctions spécifiques seraient conservées

Une gouvernance distincte serait conservée pour le régime de protection sociale des Français à l'étranger. Cette gouvernance, qui pourrait être assurée conjointement par l'État et par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) dans la mesure où l'activité résiduelle de la CFE correspondrait pleinement au champ de compétence de cette caisse nationale, aurait comme objectif d'assurer l'équilibre financier du régime, en ajustant le niveau des cotisations à l'évolution des dépenses de prestations.

Des fonctions spécifiques à l'intervention dans un champ concurrentiel devraient être préservées. Les fonctions liées au marketing et à la prospection sont nécessaires pour soutenir la démarche commerciale, elle-même consubstantielle à la notion d'assurance volontaire. Le service chargé de la relation clientèle présente également des spécificités liées à cette logique commerciale et à la connaissance des besoins des assurés résidant à l'étranger. En matière de liquidation des soins, des effectifs capables de traiter des factures de soins provenant de prestataires étrangers devraient être conservés et articulés avec les dispositifs comparables existants.

Ainsi, à travers le centre national de soins à l'étranger (CNSE) de la CPAM du Morbihan[4] et le centre national des retraités français à l'étranger (CNAREFE) de la CPAM de Seine-et-Marne[5], le réseau de la CNAM dispose de compétences établies pour traiter quantitativement et qualitativement les prises en charge de soins réalisés à l'étranger pour le premier et les prises en charge de soins réalisés en France par des retraités expatriés qui se sont acquittés de la cotisation d'assurance maladie (Cotam).

Par ailleurs, les fonctions support pourraient être mutualisées. Toutes les fonctions de *back-office* pourraient être assurées par des services de la CNAM : suivi financier et comptable de la liquidation des soins, fonctions juridiques, maîtrise des risques, gestion des ressources humaines. Les coûts immobiliers pourraient être réduits, en cédant le bâtiment actuel ou en en louant une partie. Une direction financière devrait toutefois être conservée pour contribuer au pilotage financier. La gestion des réserves pourrait être conservée en interne, tout en étant confiée à un tiers dans le cadre d'un mandat de gestion des placements (comme actuellement avec la CFE).

Dans ce schéma, les assurés relevant de l'activité internationale bénéficieraient en outre pleinement des outils de prévention, gestion du risque, informations santé publique, dont bénéficient actuellement les assurés sociaux sur le territoire national.

[4] Le CNSE, qui comprend 100 agents, a pour fonction de rembourser les citoyens français qui ont avancé les sommes nécessaires pour se faire soigner lors de déplacements temporaires à l'extérieur des frontières. Il assure également le paiement des soins de santé dans les pays où il n'est pas nécessaire de faire l'avance de frais (Union européenne et pays qui ont passé des conventions bilatérales avec la France).

[5] Le CNAREFE (4,21 ETP affectés pour traiter 22 000 bénéficiaires) contrôle l'ouverture des droits et affilie le pensionné résidant à l'étranger ; émet sa carte Vitale, gère les dossiers et procède aux paiements des soins reçus lors d'un séjour en France.

La possibilité, pour les assurés au régime de protection sociale des Français à l'étranger, de continuer de cotiser à l'assurance retraite, serait conservée. Cette possibilité est en effet valorisée par les assurés, individuels et collectifs, et constitue une mesure d'équité pour des personnes ne souhaitant pas perdre le bénéfice de leurs périodes de cotisations en France à l'assurance vieillesse (dès lors qu'elles s'expatrieraient hors de l'UE-EEE et dans un pays ne disposant pas de convention bilatérale avec la France en matière d'assurance vieillesse). Le régime (via l'Urssaf caisse nationale) serait chargé de recouvrer les cotisations pour le compte de la CNAV, afin de maintenir un avantage concurrentiel du régime par rapport aux offres privées.

2.2.4. L'obligation d'équilibrer le régime dans ce scénario d'intégration pose toutefois comme préalable de prendre des mesures de redressement financier de la CFE

En effet, la réintégration n'est pas de nature à régler en elle-même les déséquilibres du modèle économique de la CFE. Elle est une solution de mutualisation et d'optimisation des frais de gestion, et de plus grande capacité technique à traiter les dossiers et à appréhender la dimension gestion du risque, mais elle ne modifie pas la nature du fonctionnement actuel de la CFE en l'absence de mutualisation financière et de gestion avec le régime général. Sans redressement, le risque de consommation des fonds propres et, à terme, d'intervention de l'État pour renflouer le régime, demeurerait (cf. tableau 2).

Des mesures de redressement devraient donc être prises conjointement à l'intégration au régime général afin d'assurer l'équilibre financier du régime de protection sociale des Français à l'étranger. Ces mesures pourraient porter sur les tarifs de cotisation, la suppression des « contrats ex », la rationalisation de la catégorie aidée et de l'action sanitaire et sociale et la maîtrise de la dépense de soins (cf. 2.3).

2.2.5. Ce scénario présente une complexité institutionnelle qui peut rendre difficile sa mise en œuvre et peser sur son efficacité ultérieure

La réintégration au régime général des mission de la CFE, bien qu'elle puisse s'appuyer sur un précédent historique antérieurement à la création de la caisse, présente une complexité institutionnelle importante. En effet, le partage de la gouvernance entre l'État et la CNAM peut complexifier la prise de décision et engendrer des conflits d'objectifs. Le pilotage de la politique publique serait en outre rendu plus difficile par l'éclatement des fonctions du régime des Français à l'étranger entre plusieurs entités : une partie seulement des fonctions liées à ce régime seraient identifiables, les autres étant fusionnées dans le régime général. Cet éclatement est également susceptible de générer des pertes de synergies par rapport à la gestion intégrée actuelle. L'attribution comptable des coûts des fonctions mutualisées constituerait une difficulté supplémentaire.

La faisabilité du scénario de réintégration au régime général doit s'apprécier à l'aune de cette complexité institutionnelle. Un accord devrait préalablement être trouvé entre l'État et la CNAM sur la gouvernance, l'organisation opérationnelle et l'étanchéité financière entre les deux régimes.

À plus long terme, la petite taille du régime des Français à l'étranger par rapport au régime général pourrait se traduire par un désintérêt pour sa gouvernance et sa gestion. Certaines fonctions clefs, mais périphériques par rapport à l'activité classique des caisses de sécurité sociale, comme le développement commercial ou le marketing, pourraient ainsi être délaissées, avec un risque à terme pour l'attractivité et la viabilité du régime.

Annexe IV

Tableau 2 : Analyse multicritère du scénario d'intégration au sein du régime général d'un régime de protection sociale des Français à l'étranger

Critère	Incidence du scénario analysé
Couverture sociale	▪ Neutralité vis-à-vis des assurés : l'offre et les prestations sont maintenues sans changement ▪ Continuité de l'accès à l'assurance vieillesse de base
Trajectoire financière	▪ Incidence limitée sur la trajectoire financière du régime de protection sociale des Français à l'étranger : la mutualisation peut générer des gains d'efficience qui améliorent la trajectoire financière du régime, sans corriger les faiblesses du modèle économique actuel ▪ Des mesures de redressement additionnelles devraient être envisagées pour assurer la viabilité financière du régime
Missions de service public	▪ Conservation des missions de service public (absence de sélection du risque) ▪ Possible rationalisation du dispositif de la catégorie aidée et de l'action sanitaire et sociale dans le cadre de mesures de redressement ▪ Continuité de l'accès à l'assurance vieillesse de base
Finances publiques	▪ Neutralité à court terme sur les finances publiques par rapport à la situation actuelle (maintien d'une contribution de l'État au financement de la catégorie aidée) ▪ À long terme, le risque d'insolvabilité du régime de protection sociale des Français à l'étranger et de renflouement par l'État subsisterait en l'absence de mesures de redressement
Gouvernance	▪ Suppression de la gouvernance actuelle de la CFE (suppression du conseil d'administration) ▪ Substitution par une gouvernance du régime assurée par la CNAM et par l'État (à travers les tutelles actuelles)
Organisation	▪ Affectation des effectifs dont les missions spécifiques sont conservées (marketing, relation clientèle, direction financière, liquidation d'actes spécifiques) dans des services nouvellement créés et rattachés à la CNAM ▪ Reclassement des effectifs sous statut de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) dont les fonctions sont mutualisées dans d'autres entités relevant de la sécurité sociale ▪ Vente des actifs immobiliers de la CFE

Source : Mission.

2.3. Scénario 3 : réforme paramétrique de la CFE visant un retour à la rentabilité assurantielle

2.3.1. Une réforme paramétrique de la CFE présupposerait que le modèle économique est viable, sous réserve d'une normalisation des tarifs pour l'ensemble des catégories d'assurés et d'un renforcement de l'efficience de la gestion au bénéfice du développement des fonctions commerciales

Une réforme paramétrique de la CFE est pertinente si elle permet d'assurer la viabilité de son modèle économique à long terme. Si une telle réforme ne permettait pas d'enrayer la consommation des fonds propres, alors des scénarii alternatifs devraient être privilégiés.

La CFE conserve des avantages concurrentiels, liés à son modèle atypique, qui contribuent, sans être suffisants par eux-mêmes, à la soutenabilité de son modèle économique. Dans le paysage de l'assurance internationale, la CFE dispose en effet des monopoles du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse et de la délivrance de la carte Vitale aux Français de l'étranger. Son offre comprend en outre des garanties qu'elle est la seule à proposer, comme le maintien des cotisations vieillesse en cas en cas d'indemnités journalières liées à un congé maladie, maternité, AT-MP ou d'une rente d'invalidité, les congés de maternité et de paternité et l'absence de délai de carence lors du retour définitif en France. Le positionnement de la CFE comme couverture de base, proposant une prise en charge harmonisée dans toutes les zones géographiques, dans un marché de l'assurance santé internationale concentré sur la fourniture d'offres au premier euro et la différenciation des tarifs et des prestations selon les pays, la rend enfin atypique et limite son exposition à la concurrence (tout en l'exposant, en retour, à la concurrence des régimes publics de sécurité sociale).

Un ensemble de mesures paramétriques analysées par la mission permettrait à court terme de revenir à l'équilibre financier et à long terme d'enrayer l'érosion des fonds propres. Ces mesures portent sur la stratégie tarifaire, y compris concernant les « contrats ex », l'action sanitaire et sociale, y compris la catégorie aidée, la maîtrise des dépenses de soins, la performance opérationnelle et la gouvernance.

2.3.2. Les acquis de la réforme de 2018 en matière de structuration de l'offre et de maintien du principe de cotisations et prestations uniformes seraient préservés

La structuration de l'offre de la CFE serait maintenue. La réforme de 2018 a constitué à ce titre un progrès, en permettant d'améliorer la lisibilité de l'offre et en apportant de la souplesse dans la gestion commerciale de la caisse. Les critères utilisés pour déterminer les tarifs de cotisation, pour les contrats individuels comme pour les contrats collectifs, resteraient donc inchangés, de même que la gamme de contrats proposés.

Le principe de prestations et de cotisations harmonisées au plan international serait également maintenu. Cette pratique, à rebours de la pratique du marché, contribue au caractère atypique de la CFE et lui évite d'entrer en concurrence directe avec les offres des assurances privées. En outre, elle est un facteur de simplicité dans la gouvernance (le conseil d'administration ayant à se prononcer sur un nombre limité de paramètres) et dans la gestion (elle n'exige pas un suivi rapproché des marchés locaux de la santé, pour ajuster annuellement les cotisations et les prestations, ni une adaptation des systèmes d'information à une offre différenciée par pays). Changer de modèle pour passer à un système de prestations et des grilles de cotisations différenciées par pays constituerait un défi pour la CFE, assorti de risques opérationnels importants.

La faculté de conclure des partenariats serait préservée. Cette faculté a permis à la CFE d'améliorer sa qualité de service en déléguant une partie de sa gestion et de s'appuyer sur des partenaires commerciaux pour promouvoir ses offres. Les offres couplées, assorties d'une complémentaire, répondent à une demande du marché, en particulier s'agissant des clients collectifs dont les attentes sont élevées en termes de niveau de couverture et de simplicité de gestion.

2.3.3. Les tarifs de cotisations viseraient un équilibre des P/C pour l'ensemble des contrats

Le ratio de prestations sur les cotisations (P/C) de l'ensemble du portefeuille devrait assurer l'équilibre financier en intégrant les frais de gestion. Cet objectif assurerait non seulement la rentabilité de l'activité assurantielle mais également la couverture des frais de gestion, contribuant à maintenir un résultat d'exploitation positif. Les ratios P/C par contrat devraient également s'équilibrer (c'est-à-dire viser 0,8 pour tenir compte des frais de gestion). **[Confidentiel – Secret des affaires]**. Une cible de ratio P/C par type de contrat n'exclut toutefois pas une mutualisation au sein d'un même contrat : par exemple, s'agissant du contrat Monde Expat Santé, des compensations resteraient possible entre les tranches d'âge.

Pour les contrats dont le ratio P/C est supérieur à la cible de 0,8, la convergence tarifaire devrait être réalisée de manière linéaire à horizon 2028 (atteinte des ratios P/C cible lors de l'évolution tarifaire du 1er avril 2028). Cette convergence rapide est nécessaire pour assurer la préservation des fonds propres de la CFE. Un report dans le temps de cet objectif pourrait conduire à la poursuite de la consommation des fonds propres à court terme.

Cet équilibre devrait être maintenu dans la durée, en ajustant les tarifs de cotisation à la progression des prestations et des frais de gestion. La direction et le conseil d'administration de la CFE devraient par conséquent en tenir compte dans leurs décisions tarifaires, en cohérence avec les dispositions de l'article L. 762-6-4 du code de la sécurité sociale qui prévoient que « *le montant des cotisations est révisé si l'équilibre financier de l'assurance volontaire l'exige* ».

Les tarifs de cotisation des contrats collectifs pourraient être alignés sur les contrats individuels pour les sociétés ayant un nombre réduit de salariés, par exemple jusqu'à un seuil de dix salariés déclenchant l'entrée dans la grille tarifaire des contrats collectifs. En effet, la grille tarifaire des contrats collectifs peut être plus favorable que celle des contrats individuels, y compris pour les entreprises mandataires dont le nombre de salariés appartient à la première tranche (moins de 100 salariés), en particulier lorsque les revenus déclarés sont inférieurs aux deux tiers du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) ou lorsque la couverture intègre des ayants-droits (les tarifs collectifs sont les mêmes pour un célibataire, un couple ou une famille). Il peut en résulter des situations de dévoiement des contrats collectifs pour des couvertures qui relèveraient en pratique de l'offre individuelle. Afin d'éviter ce type de stratégie, les tarifs s'aligneraient sur ceux des contrats individuels pour les entreprises mandataires ne comprenant qu'un seul salarié, puis augmenteraient de manière linéaire selon le nombre de salariés jusqu'à atteindre le seuil de dix salariés déclenchant l'entrée dans la grille tarifaire des contrats collectifs.

2.3.4. La tarification des « contrats ex » serait alignée sur la tarification normale dans le cadre d'une période de transition de deux ans

Les tarifs de cotisation des bénéficiaires des « contrats ex » seraient alignés sur ceux de l'offre classique de la CFE en supprimant la règle de plafonnement introduite par la loi du 24 décembre 2018 (cf. annexe II, partie 4). Le dispositif de plafonnement des « contrats ex » avait été mal conçu et mal calibré lors de la réforme, en n'ayant pu anticiper la progression rapide des coûts de santé internationaux et les hausses de tarifs qui en ont résulté. Il introduit en outre une inégalité de fait entre des adhérents à la CFE dans des situations comparables en termes d'âge ou de situation familiale, qui peuvent s'acquitter de niveaux de cotisations très différents. Cette situation crée un subventionnement de fait des assurés relevant des « contrats ex » par ceux relevant de la grille tarifaire classique. La suppression des « contrats ex » poursuit un objectif d'équité entre les assurés et de rééquilibrage financier de ce portefeuille.

Le réalignement se ferait à l'issue d'une période transitoire maximale de deux ans. Cette période transitoire permettrait aux assurés de décider de rester à la CFE ou de trouver une assurance alternative. Elle serait courte, afin de limiter l'impact financier d'une période de transition trop longue et parce qu'il n'est pas justifié de maintenir un système dans lequel deux assurés dans une situation identique s'acquittent de tarifs de cotisation différents. Les tarifs de cotisation des bénéficiaires de « contrats ex » seraient ainsi relevés de 33 % de l'écart à la cotisation cible au 1er avril 2026 puis de 33 % supplémentaire de l'écart initial à la cotisation cible au 1er avril 2027. Au 1er avril 2028, la tarification classique s'appliquerait aux « contrats ex » dont la cotisation n'aurait pas atteint ce seuil lors des deux hausses précédentes. S'ajouterait chaque année à ces hausses appliquées aux « contrats ex » la hausse appliquée aux contrats classiques : de cette façon, la réduction de l'écart initial entre les deux types de contrats ne peut être atténuée ou compensée par la progression des tarifs des contrats classiques de la CFE (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Réduction progressive de l'écart de tarifs de cotisation des « contrats ex »

	1er avril 2025	1er avril 2026	1er avril 2027	1er avril 2028
Cotisation contrat classique « équivalent »	A	A + x	A + x + y	A + x + y + z
Cotisation contrat ex	B	B + 33 %(A-B) + x	B + 66 %(A-B) + x + y	A + x +y + z
Écart de cotisation	A-B	66 %(A-B)	33 % (A-B)	0

Source : Mission. Note : le contrat classique « équivalent » désigne le contrat de l'offre de la CFE qui correspondrait à la situation du titulaire du « contrat ex », lorsque ce dernier est rentré dans cette catégorie. Légende : x ; y et z correspondent à l'augmentation annuelle de cotisation décidée chaque année par le conseil d'administration pour les contrats classiques de la CFE. Cette augmentation est également appliquée aux « contrats ex » de façon à ne pas augmenter l'écart entre les tarifs de ces derniers et les tarifs classiques.

2.3.5. Des mesures de maîtrise de la dépense de soins, visant les adhésions opportunistes et les consommateurs les plus importants, seraient introduites

L'absence de sélection du risque, qui fait partie des missions de service public de la CFE, peut conduire à des comportements opportunistes et des consommations importantes de soins (cf. annexe II, partie 2). En effet, la CFE peut être confrontée à des phénomènes d'antisélection : les assureurs privés procédant à une sélection du risque via un questionnaire médical préalable à l'adhésion ou via l'instauration de limites d'âge, les « mauvais risques », présentant des pathologies lourdes ou un âge élevé, ont une incitation à se tourner vers la CFE s'ils ne parviennent pas à s'assurer par ailleurs. L'absence de sélection du risque peut ainsi encourager des comportements opportunistes, par lesquels des individus n'adhèreraient à la CFE que lorsqu'ils se trouvent confrontés à une hausse de leurs coûts de santé ou à la perspective probable d'une telle hausse dans un avenir proche. Or, ces personnes n'ont pas participé antérieurement à leur adhésion à la solidarité collective entre les assurés de la CFE lorsqu'elles étaient jeunes ou en bonne santé, qui est un des fondements de l'équilibre financier des contrats individuels. Un délai de carence existe afin de limiter ces comportements opportunistes, mais reste d'une ampleur limitée : en effet, un délai de trois mois s'applique si la demande d'adhésion n'est pas introduite dans les trois mois suivant le départ de France, porté à six mois pour les assurés de plus de 45 ans (article R. 762-8 du code de la sécurité sociale).

Dans ce contexte, des mécanismes additionnels pourraient être envisagés pour limiter les comportements opportunistes. La loi du 24 décembre 2018 avait supprimé le principe de cotisations rétroactives, qui pouvaient atteindre deux années de cotisations. Cette suppression visait à encourager les adhésions individuelles. Or, la pertinence de cette stratégie est discutable dans un contexte où les contrats individuels étaient dans l'ensemble déficitaires. Ce principe pourrait donc être réintroduit, sous forme de majorations de cotisations :

- un adhérent individuel qui n'introduirait pas sa demande en continuité d'un départ de France ou d'un État de l'UE-EEE verrait ainsi sa cotisation majorée la première année. La continuité pourrait s'apprécier soit au bout de deux années de résidence à l'étranger (option souple), soit à l'issue du délai de carence de six mois (option plus stricte) ;
- cette règle pourrait s'appliquer uniquement au-delà de 45 ans afin de limiter les adhésions opportunistes à des âges relativement élevés et de ne pas constituer un frein pour les adhésions des personnes pus jeunes, le plus souvent en bonne santé ;

Passé ce délai d'un an, le barème classique de cotisations s'appliquerait. Les délais de carence existants pour l'ouverture des droits seraient en outre maintenus.

Ces dispositifs permettraient d'inciter à adhérer plus tôt dans la vie, en contribuant ainsi à la logique de solidarité et de mutualisation des risques. En revanche, la majoration ne s'appliquerait pas aux adhérents en situation de continuité après un départ de France ou d'un État de l'UE-EEE.

Une approche complémentaire pour réguler les adhésions opportunistes pourrait être de prévoir un plafond de dépenses la première année d'adhésion, voire les deux premières années (par exemple à 10 000 €, ou en référence à la dépense moyenne de santé des adhérents de la CFE dans le pays pour tenir compte de l'hétérogénéité du coût des soins). Ce plafond ne s'appliquerait pas aux adhérents en continuité avec le régime général.

2.3.6. La catégorie aidée serait recentrée sur les publics les plus démunis en fondant l'éligibilité sur les différences de niveau de vie entre les pays de résidence

Le seuil d'éligibilité à la catégorie aidée, indexé sur le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) est élevé et ne reflète pas la différence de niveau de vie dans les principaux pays de résidence des bénéficiaires de la catégorie aidée par rapport à la France (cf. annexe II, partie 4). Or, le code de la sécurité sociale autorise le ministre chargé de la sécurité sociale à moduler ce plafond selon un indice de parité de pouvoir d'achat, sans pouvoir lui être supérieur[6]. Cette possibilité n'a cependant jamais été utilisée.

Le seuil d'éligibilité à la catégorie aidée serait dès lors revu et différencié en fonction du coût de la vie dans les pays étrangers. L'indicateur de référence qui serait utilisé pour approcher le niveau de vie pourrait être le produit intérieur brut (PIB) par habitant, en parité de pouvoir d'achat (PPA)[7]. Ce seuil serait en outre indexé sur la composition du foyer, en utilisant comme référence les plafonds de la complémentaire santé solidaire (cf. tableau 4) : le seuil d'éligibilité serait déterminé en multipliant le PIB par habitant en PPA par le coefficient correspondant à la composition du foyer.

Tableau 4 : Coefficients d'indexation du seuil d'éligibilité à la catégorie aidée en fonction de la composition du foyer

Composition du foyer	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes et plus
Coefficient	1,0	1,5	1,8	2,1

Source : Mission. Note : les coefficients sont fondés sur les plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire au 1er avril 2025.

La tarification de la catégorie aidée serait rehaussée, puis indexée sur l'évolution du plafond de la sécurité sociale. Le tarif de la catégorie aidée n'a évolué que de + 4 % entre 2019 et 2024. Une hausse de + 8 % est entrée en vigueur le 1er avril 2025. Ces augmentations restent très nettement inférieures à celles des autres tarifs de la CFE (la cotisation Monde Expat santé moyenne a augmenté de +37 % entre 2019 et 2025) et à celles des coûts de santé internationaux. Afin d'éviter un décrochage du tarif de la catégorie aidée par rapport aux autres tarifs de la CFE et assurer *a minima* sa stabilité en termes réels, le tarif de la catégorie aidée pourrait être indexé annuellement sur l'évolution du plafond de la sécurité sociale. Le conseil d'administration conserverait toutefois la possibilité de proposer des hausses supérieures à la tutelle.

Une tarification différenciée serait instaurée entre adhésion solo et famille. En effet, le tarif de la catégorie aidée est à ce stade le même, quelle que soit la composition du foyer. Afin de mieux refléter le fait que les coûts de santé sont proportionnels à la composition du foyer, et en cohérence avec l'indexation du seuil d'éligibilité sur la composition du foyer, la cotisation de la catégorie aidée pourrait être dédoublée entre une adhésion « solo » et une adhésion « famille », sur le modèle des autres contrats. Pour les contrats Monde Expat, le tarif de la cotisation famille représente, en moyenne, 2,2 fois le tarif de la cotisation solo. Un même coefficient pourrait dès lors s'appliquer à la catégorie aidée (qui porterait ainsi le tarif de 228 € au 1er avril 2025 à 456 € pour un foyer comprenant plus d'une personne).

[6] Article D. 762-3 du code de la sécurité sociale.

[7] L'indicateur produit par la Banque mondiale, qui couvre l'ensemble des pays du monde, pourrait constituer la référence la plus fiable.

L'incidence de ces évolutions serait modeste à l'échelle du portefeuille d'assurés de l'ensemble de la CFE. En effet, la catégorie aidée représente 3 617 bénéficiaires sur les plus de 110 000 bénéficiaires individuels en 2024 et le dispositif reste très concentré géographiquement (un pays concentre 24 % des bénéficiaires et les cinq premiers pays concentrent 70 % des bénéficiaires).

La question d'un transfert à l'État du dispositif de la catégorie aidée pourrait être posée. La catégorie aidée relève en effet d'une mission de service public se traduisant par une cotisation bonifiée qui engendre mécaniquement un déséquilibre financier pour cette partie du portefeuille d'assurés. Or, le concours de l'État prévu à l'article R. 766-58-1 du code de la sécurité sociale (sans précision du montant de ce concours ni de sa quote-part dans le coût du dispositif) et provenant du programme 151 du ministère de l'Europe et des affaires étrangères représente une fraction limitée du coût total du dispositif de la catégorie aidée (14 % en 2024, en tenant compte des crédits additionnels consentis en exécution). Le caractère limité de ce concours par rapport au coût total du dispositif n'explique pas, par lui seul, l'impact de ce dispositif sur l'équilibre financier de la CFE : les décisions successives du conseil d'administration de ne pas relever le tarif de cotisation de la catégorie aidée, ou seulement à la marge, malgré le creusement de l'écart avec les autres tarifs, a également contribué à ce déséquilibre. Pour autant, un transfert de la catégorie à l'État permettrait d'expliciter à la fois la nature de mission de service public de ce dispositif et son objectif d'aider les Français à l'étranger aux plus faibles revenus.

Opérationnellement, un tel transfert pourrait être exécuté selon les modalités suivantes :

- l'ensemble du financement de la catégorie aidée relèverait du programme 151 du ministère de l'Europe et des affaires étrangères ;
- l'État, comme aujourd'hui, conserverait la responsabilité de définir les critères d'éligibilité à ce dispositif et d'en assurer le contrôle ;
- ce dispositif serait détaché de la CFE et prendrait la forme d'une allocation d'aide à la couverture santé, versée par les consulats au même titre que les autres aides sociales : les bénéficiaires pourraient utiliser cette allocation pour financer une partie de leurs cotisations à la CFE ; ;
- le montant individuel de l'allocation serait proportionné à l'enveloppe budgétaire disponible, qui serait par construction fermée, s'agissant de crédits limitatifs. Le Parlement aurait la responsabilité de déterminer la taille de l'enveloppe et, partant, le montant individuel de l'allocation au regard du nombre de bénéficiaires identifiés, dans le cadre du débat budgétaire.

Le transfert à l'État du dispositif de la catégorie aidée n'est pas exclusif d'une révision des critères d'éligibilité selon les bases exposées *supra*. Le seuil d'éligibilité pourrait aussi, dans ce scénario, être indexé sur le coût de la vie et la composition du foyer.

2.3.7. L'action sanitaire et sociale serait recentrée sur les aides d'urgence et sa gouvernance révisée

L'action sanitaire et sociale hors prise en charge des cotisations des assurés de la catégorie aidée se compose des aides individualisées et prestations complémentaires d'une part, et des actions de prévention d'autre part. Un budget annuel de 1 780 000 € lui est dévolu (hors prise en charge des cotisations vieillesse des assurés qui perçoivent des indemnités journalières maladie, maternité et ATMP ou des rentes AT-MP et invalidité, pour les assurés qui ne sont plus éligibles et qui ne peuvent de ce fait plus cotiser), inchangé depuis 2021 malgré une sous-exécution chronique ayant atteint 41 % en 2023.

L'octroi des aides, par la direction ou par la commission d'action sanitaire et sociale et de la prévention du conseil d'administration, est discrétionnaire et ne répond à aucun critère explicite (cf. annexe II, partie 4). Les aides sont octroyées pour réduire le reste à charge de l'assuré en faisant la demande et le taux de refus est faible. Ni la nature de la dépense couverte (nature des soins, mais également frais d'hébergement ou de transport), ni les ressources des assurés, ne constituent des critères d'octroi ou de refus des aides. En outre, les montants d'aides octroyés par la commission du conseil d'administration, qui s'élèvent en moyenne, en 2024, à 9 871 €, apparaissent élevés pour des dépenses ayant par nature une vocation sociale.

Dans ce contexte, la dépense d'action sanitaire et sociale pourrait être rationalisée. Une doctrine d'octroi, sous la forme d'un règlement des aides, devrait être mise en place par la direction et le conseil d'administration, faisant intervenir des critères de ressources mais également des critères selon la nature de la dépense. Un plafond maximum d'aide devrait être institué. La direction et la commission compétente du conseil d'administration devraient être davantage impliqués dans l'octroi de l'ensemble des aides et leur suivi.

2.3.8. L'efficience de gestion serait renforcée dans le cadre d'une maîtrise des charges courantes, et en premier lieu des effectifs

Les charges courantes de la CFE ont connu une croissance dynamique (cf. annexe III). Elles ont plus que doublé entre 2017 et 2018, passant de 25 M€ à 55 M€. Depuis 2018, elles ont progressé de + 12 %, pour atteindre 61 M€ en 2023. Cette hausse des charges de gestion courante résulte à la fois de la hausse des dépenses liées aux services extérieurs portées par la stratégie d'externalisation de la CFE et de la hausse des dépenses de personnel en interne.

La stratégie d'externalisation conduite pour améliorer la qualité de service de la CFE a eu une incidence budgétaire importante. Les dépenses liées aux prestataires externes sont ainsi passées de 144 542 € en 2018 à 5 726 250 € en 2023. Si cette stratégie a permis d'améliorer le service client (amélioration de la performance de la plateforme téléphonique, réduction des délais de liquidation des soins) et de développer de nouveaux services (tiers-payant hospitalier, carte Vitale), elle n'a pas eu comme corolaire une maîtrise des coûts de personnel.

En effet, la masse salariale de la CFE a poursuivi sa progression malgré les externalisations. Elle s'accroissait ainsi de + 20 % entre 2018 et 2023. Cette dynamique était antérieure au processus d'externalisation : les effectifs de la CFE ont en effet connu une croissance importante, passant de 122 salariés en 2008, à 173 en 2013 et 215 en 2022[8]. En tout état de cause, la croissance des effectifs apparaît déconnectée de l'évolution de l'activité de la CFE (qui perd des adhérents depuis plusieurs années) et apparaît paradoxale dans un contexte de numérisation accrue des procédures et, comme il a déjà été mentionné, d'externalisation accrue de certaines fonctions.

Dès lors, la CFE devrait engager une démarche de maîtrise des charges courantes, passant en priorité par une réduction des effectifs. La réduction des effectifs devrait être ciblée dans les services dont l'activité a fait l'objet des externalisations les plus importantes. Inversement, certaines fonctions clefs, et insuffisamment développées, comme les fonctions commerciales, marketing, de maîtrise des risques et de management des systèmes d'information et des données, pourraient être renforcées, sans préjudice de l'objectif global de réduction des effectifs. À cet effet, la CFE pourrait se fixer un objectif de gel des charges courantes en termes réels sur plusieurs années et négocier une trajectoire de réduction graduelle des équivalents temps plein avec ses tutelles.

[8] Sources : Cour des comptes ; Mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale.

2.3.9. La composition du conseil d'administration serait adaptée pour renforcer la représentation du monde de l'entreprise et celle du ministère de l'Europe et des affaires étrangères

La composition du conseil d'administration donne, dans sa composition actuelle, un poids important aux représentants des assurés individuels et à l'assemblée des Français de l'étranger (cf. annexe I). Aux termes de l'article L. 766-5 du code de la sécurité sociale, sur les 21 membres du conseil d'administration, 18 représentent *de facto* les adhérents individuels. Les quinze administrateurs représentant les assurés relèvent en effet des adhérents individuels tandis que les trois administrateurs élus par l'Assemblée des Français de l'étranger tendent, par leur mandat, à défendre en priorité les intérêts des adhérents individuels. En outre, les quinze administrateurs représentant les assurés étant élus par les membres de l'Assemblée des Français de l'étranger, ils sont eux-mêmes, pour une part importante[9], membres de cette assemblée. Dans la composition du conseil d'administration à la date de la mission, dix administrateurs étaient ainsi membres de l'Assemblée des Français de l'étranger.

Une représentation proportionnelle des assurés entre contrats individuels et contrats collectifs pourrait être envisagée. Les quinze administrateurs représentant les assurés seraient ainsi élus par deux collèges distincts : un collège pour les contrats collectifs et un collège pour les contrats individuels. Le nombre de sièges d'administrateurs dévolu à chaque collège serait proportionnel à la part de contrats de l'ensemble des risques dans le total des contrats actifs à la CFE. Ainsi, les adhérents collectifs représentant environ un tiers (29 %) total des adhérents en 2024, ceux-ci devraient bénéficier de quatre à cinq sièges au conseil d'administration sur les quinze dévolus aux représentants des assurés. Les adhérents individuels conserveraient 11 sièges. L'élection serait organisée directement auprès des assurés de chaque collège, sans intermédiation par l'Assemblée des Français de l'étranger, en cohérence avec le modèle pratiqué par les mutuelles.

Afin de renforcer la culture économique et financière du conseil d'administration, les personnalités qualifiées admises à assister aux séances du conseil d'administration pourraient être désignées pour partie en raison de leur connaissance du fonctionnement des entreprises ou du secteur de l'assurance. Ces personnalités pourraient être issues du secteur privé (par exemple des organismes représentant les assurances) ou du secteur public (par exemple en désignant un représentant de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou de la direction générale du Trésor).

En outre, les commissaires du gouvernement assistant au conseil d'administration pourraient inclure un représentant du ministère de l'Europe et des affaires étrangères. En effet, à ce stade, le ministère est représenté parmi les personnalités qualifiées. Or, compte tenu des liens du ministère avec les Français de l'étranger (le ministre chargé des Français de l'étranger relevant du ministère des affaires étrangères), celui-ci pourrait figurer parmi les commissaires du gouvernement. Ce changement libèrerait une place de personnalité qualifiée pour renforcer la culture économique et financière du conseil d'administration (cf. *supra*).

[9] Dans la composition du conseil d'administration à la date de la mission, dix administrateurs sont membres de l'Assemblée des Français de l'étranger. Dès lors que trois d'entre eux sont élus à ce titre, il en résulte que sept administrateurs sur les quinze élus parmi les assurés sont également membres de l'Assemblée des Français de l'étranger.

2.3.10. La mise en œuvre du scénario de réforme de la CFE est facilitée par le fait qu'il s'appuie sur l'existant et ne remet pas en cause les principes de fonctionnement de la CFE

Le scénario de réforme proposé réaffirme les principes de fonctionnement de la CFE. Ni le modèle de la caisse, ni son offre ne sont remis en question : au contraire, son positionnement atypique est affirmé, de même que la dualité de ses objectifs entre accompagnement du développement international des entreprises françaises et organisme de protection sociale des Français à l'étranger.

Ce faisant, la réforme limite les incidences pour la gouvernance, les opérations et les assurés de la CFE. Les assurés verraient leur offre maintenue (la gamme de produits et le panier de garanties ne seraient pas modifiés) mais feraient face à des augmentations de tarifs de cotisation pour ramener les P/C à l'équilibre. L'incidence opérationnelle serait limitée, la CFE devant toutefois consentir des efforts pour maîtriser l'évolution de ses charges administratives (frais de personnel et frais d'externalisation en premier lieu). La gouvernance serait modifiée sans remettre en cause les grands équilibres du conseil d'administration.

Les principaux risques de mise en œuvre concernent des catégories spécifiques d'assurés. L'incidence de la revalorisation serait en effet la plus forte pour les « contrats ex », afin de les replacer dans une position d'équité vis-à-vis des autres assurés, et pour les bénéficiaires de la catégorie aidée qui dépasseraient les nouveaux seuils d'éligibilité. Ces populations sont toutefois limitées en nombre (de l'ordre de 12 000 « contrats ex » et 3 000 bénéficiaires de la catégorie aidée sur les 175 000 bénéficiaires de la CFE).

Tableau 5 : Analyse multicritère du scénario de réforme paramétrique de la CFE

Critère	Incidence du scénario analysé
Couverture sociale	▪ Conservation de la politique publique de protection sociale des Français à l'étranger et de la CFE comme opérateur de sa mise en œuvre
Trajectoire financière	▪ Amélioration de la trajectoire financière de la CFE ▪ Stabilisation en 2026 puis reconstitution des fonds propres à partir de l'année 2027
Missions de service public	▪ Préservation des missions de service public (absence de sélection du risque, catégorie aidée), avec des ajustements ▪ Mise en cohérence de la catégorie aidée avec le coût de la vie dans le pays de résidence et la composition du foyer ▪ Régulation des adhésions opportunistes *via* des majorations de cotisations
Finances publiques	▪ Neutre à court terme si le dispositif de la catégorie aidée continue d'être géré par la CFE ▪ Possible hausse du coût budgétaire à court terme si le dispositif de la catégorie aidée est transféré à l'État et que celui-ci relève sa contribution financière de façon à maintenir le montant du financement total du dispositif avant transfert ▪ Incidence positive à long terme si l'amélioration de la trajectoire financière et la reconstitution des fonds propres réduit le risque d'un renflouement par l'État
Gouvernance	▪ Modification de la composition du conseil d'administration à l'intérieur de la catégorie des représentants des assurés, pour représenter les contrats collectifs ▪ Modification des critères de désignation des personnalités qualifiées pour accroître l'expertise métier en matière assurantielle ▪ Ajout du ministère des affaires étrangères parmi les commissaires du gouvernement
Organisation	▪ Réduction des effectifs et réallocation des ressources vers les fonctions nécessitant un renforcement

Source : Mission.

2.4. Scénario 4 : transformation en mutuelle ou en assurance privée

2.4.1. La transformation de la CFE en mutuelle ou en assurance privée viserait à assurer sa pérennité mais pourrait induire une remise en cause de ses missions de service public

La transformation de la CFE en mutuelle ou en société d'assurance permettrait de maintenir une partie de l'offre proposée aux Français de l'étranger. Ce scénario constituerait une alternative à la fermeture de la caisse si les pouvoirs publics devaient décider de l'abandon de la politique publique de la protection sociale des Français à l'étranger. L'offre d'assurances de la CFE pourrait être conservée et le portefeuille d'assurés transféré à la nouvelle structure.

Une transformation en mutuelle ou en société d'assurance aurait des incidences différentes en matière d'implication de l'État dans la gouvernance :

- une mutuelle n'a pas d'actionnaires, mais appartient aux sociétaires qui y ont adhéré. L'État ne pouvant avoir la qualité de sociétaire, il serait *de facto* désengagé de la gouvernance de la mutuelle et ne pourrait plus influencer ses orientations stratégiques ;
- une société d'assurance dispose d'un capital détenu par des actionnaires. L'État pourrait ainsi décider de rester au capital de la nouvelle entité, ce qui lui permettrait de continuer de participer à sa gouvernance, ou de se désengager complètement.

Dans le cas d'un désengagement de l'État de la gouvernance, les décisions stratégiques relèveraient du conseil d'administration de la nouvelle entité et, à travers eux, de ses sociétaires ou actionnaires. Dès lors, ceux-ci auraient la possibilité de remettre en question les missions de service public assurées par la CFE dans son format actuel d'organisme privé chargé d'une mission de service public.

2.4.2. La pérennité financière de la CFE dans le cadre d'une mutuelle ou d'une assurance privée indépendante de l'État pourrait entraîner une remise en cause totale ou partielle de ses missions de service public

Une mutuelle ou une société d'assurance doit respecter les règles prudentielles relevant du paquet européen Solvabilité II[10]**.** Ces règles se déclinent en trois piliers :

- des exigences quantitatives, matérialisées par deux exigences de capital : le minimum de capital requis (MCR – qui détermine le minimum de fonds propres à détenir) et le capital de solvabilité requis (SCR – qui détermine le niveau de fonds propres permettant d'absorber des pertes imprévues). Ces exigences s'accompagnent d'exigences comptables, pour le calcul des provisions techniques et la comptabilisation des éléments de l'actif à leur valeur de marché ;
- des exigences qualitatives, qui comportent des principes de gouvernance et de gestion interne des risques :
  - la gouvernance doit comprendre *a minima* deux dirigeants effectifs (un président élu par le conseil d'administration et un directeur général) et quatre responsables de fonctions clefs (fonction actuarielle, fonction gestion des risques, fonction audit interne et fonction conformité). Tous doivent respecter des exigences de compétence et d'honorabilité (*fit and proper*) ;
  - la gestion interne des risques implique de conduire un processus d'évaluation des risques et de la solvabilité (ORSA – *own risk and solvency assesment*) qui inclut une analyse des besoins globaux de financement, du respect du MCR et du SCR et des déviations éventuelles du profil de risque ;
- des exigences d'information du superviseur et du public, sur une base annuelle ou trimestrielle, comprenant des informations sur le bilan, les fonds propres, les exigences de capital, les provisions techniques, l'activité et les actifs.

[10] Entré en application le 1er janvier 2016, Solvabilité II est un ensemble de règles fixant le régime de solvabilité applicable aux entreprises d'assurances dans l'Union européenne. Ses règles et principes sont principalement définis dans la directive 2009/138/CE (« directive Solvabilité II ») modifiée par la directive 2014/51/UE (directive Omnibus 2).

La CFE, dans sa situation financière et son organisation actuelles, ne serait pas en mesure de respecter les règles prudentielles exigées d'une mutuelle ou d'une assurance :

- le modèle économique, dans un contexte où le résultat de la gestion technique est structurellement déficitaire, ne serait pas jugé comme viable. Le fait que les fonds propres apparaissent suffisants au regard des ratios de solvabilité ne peut compenser, dans l'analyse, le caractère non rentable de l'exploitation ;
- la gouvernance et l'organisation des fonctions clefs ne répondraient pas aux exigences du pilier II ;
- enfin, la transmission annuelle ou trimestrielle d'informations (*reporting*) au superviseur et au public est un processus lourd qui imposerait des évolutions organisationnelles profondes à la CFE.

Dès lors, la mise en conformité avec les exigences prudentielles quantitatives nécessiterait *a minima* les évolutions paramétriques mentionnées au 2.3.

Si le niveau de capital devait être insuffisant même après prise en compte des évolutions paramétriques, ou le devenir en raison d'évolutions défavorables de l'équilibre assurantiel, une remise en cause totale ou partielle des missions de service public de la CFE pourrait intervenir. Cette remise en cause serait décidée par les actionnaires ou sociétaires de l'entité, sans intervention possible de l'État[11], et pourrait se traduire par les décisions suivantes :

- abandon du principe d'absence de sélection du risque (ou alternativement, introduction d'une sélection tarifaire), afin de réguler l'effet des « méga-consommants » et des assurés âgés sur les prestations (cf. annexe II, partie 2) ;
- abandon de la catégorie aidée.

Dans un scénario de transformation en assurance ou en mutuelle, la CFE perdrait ses avantages concurrentiels liés à son statut d'organisme de sécurité sociale. En effet, ce statut de caisse de sécurité sociale justifie aujourd'hui que la CFE bénéficie de prérogatives à nature monopolistiques telles que le recouvrement des cotisations vieillesse pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la délivrance de la carte Vitale à ses assurés ou l'absence de délai de carence lors du retour définitif en France. La perte de ces avantages pourrait avoir une incidence négative sur son portefeuille d'assurés, en particulier s'agissant des contrats collectifs qui considèrent la faculté de cotiser à la CNAV comme un produit d'appel suscitant la souscription des autres offres de la CFE.

2.4.3. Une variante de ce scénario pourrait consister à transférer le portefeuille d'assurés et les missions de la CFE à un organisme existant (mutuelle ou assurance)

Le transfert à une mutuelle ou une assurance présenterait l'intérêt de développer des synergies (notamment en matière de gestion et de coûts). Il permettrait en outre d'éviter le risque que la petite taille de la CFE ne soit un handicap si elle devait être transformée en mutuelle ou en assurance, dans un marché de l'assurance santé internationale concurrentiel et concentré autour d'acteurs de taille importante. La CFE seule pourrait ne pas être en mesure de financer les investissements dans la numérisation des procédures et le service client qui lui seraient nécessaires pour préserver sa compétitivité. Le transfert à un organisme existant permettrait à l'inverse de bénéficier d'économies d'échelle.

[11] Sauf à ce que l'État ait conservé une part suffisante du capital d'une société d'assurance pour influencer ses décisions.

Il importerait toutefois d'identifier un acteur susceptible d'être intéressé et de déterminer les conditions financières de ce rapprochement :

- si la CFE devait continuer d'assurer des missions de service public, un tel acteur demanderait une compensation financière dans le cadre d'une délégation de service public. Cela supposerait préalablement de chiffrer le coût des missions de service public. Ce scénario aurait pour conséquence une augmentation des dépenses de l'État, qui compenserait chaque année, *via* des crédits budgétaires, le coût induit par les missions de service public ;
- dans le cas contraire, la valeur de la CFE (qui réside notamment dans la valeur de ses fonds propres, son portefeuille de clients et sa marque) devrait être estimée avant d'envisager un transfert à un tiers.

2.4.4. La mise en œuvre de ce scénario soulève des questions juridiques et se heurte aux faiblesses opérationnelles de la CFE

La transformation de la CFE en assurance ou en mutuelle exigerait préalablement de clarifier certains aspects juridiques liés à la transition vers le nouveau statut. La CFE devrait en premier lieu obtenir un agrément de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ce qui n'est pas acquis dans un contexte où le résultat de la gestion technique est structurellement déficitaire. En outre, en changeant de statut, la CFE pourrait être contrainte d'obtenir l'autorisation des autorités locales dans les pays où ses offres sont distribuées, ou d'ouvrir des filiales ou des succursales dans certains d'entre eux. Enfin, dans le cas d'une transformation en mutuelle, les modalités de la compensation financière de l'État (qui cèderait les fonds propres de la caisse) devraient être clarifiées (une situation de transformation en mutuelle d'un organisme existant comprenant déjà un portefeuille d'assurés n'ayant pas de précédent).

Du reste, la CFE ne paraît pas outillée pour respecter l'ensemble des exigences du cadre prudentiel de Solvabilité II. La CFE dispose de fonds propres importants, qui lui permettraient vraisemblablement, selon l'analyse préliminaire de la mission, de respecter les exigences quantitatives du cadre de Solvabilité II. Pour autant, l'assujettissement à Solvabilité II emporte d'autres exigences. En particulier, les dirigeants effectifs et membres du conseil d'administration ne respecteraient probablement pas l'exigence de personnes *fit and proper*, en raison du manque d'expérience en gestion financière et assurantielle. Les exigences de compétences des responsables de fonctions clefs ne seraient pas respectées non plus (en particulier, la CFE ne dispose pas de compétences actuarielles en interne). La charge opérationnelle et financière de la supervision est en outre importante (en particulier en matière de *reporting* au superviseur) et s'ajouterait à des faiblesses opérationnelles existantes.

Annexe IV

Tableau 6 : Analyse multicritère du scénario de transformation en mutuelle ou société d'assurance

Critère	Incidence du scénario analysé
Couverture sociale	▪ Maintien des offres de la CFE, sous réserve que la gouvernance de la nouvelle entité en décide ainsi
Trajectoire financière	▪ Amélioration de la trajectoire financière sous réserve des mesures de redressement préalables au changement de statut
Missions de service public	▪ Maintien des missions de service public contingent à la situation financière de la nouvelle entité : risque élevé de suppression de la catégorie aidée, risque modéré de l'abandon de l'absence de sélection du risque (mais possible sélection tarifaire) ▪ Absence de droit de regard de l'État sur la pérennité des missions de service public (sauf dans un scénario de transformation en assurance avec présence de l'État au capital) ▪ Dans l'hypothèse d'un transfert des activités et des assurés à un tiers dans le cadre d'une délégation de service public : maintien des missions de service public
Finances publiques	▪ Recette non fiscale pour l'État à hauteur de la valeur des fonds propres de la CFE dans le cadre d'un transfert de la propriété à des actionnaires ou sociétaires ▪ Dans l'hypothèse d'un transfert des activités et des assurés à un tiers dans le cadre d'une délégation de service public : augmentation des dépenses publiques à hauteur du coût estimé des missions de service public de la CFE
Gouvernance	▪ Sortie de l'État de la gouvernance (sauf dans un scénario de transformation en assurance avec présence de l'État au capital) ▪ Refonte du conseil d'administration, pour n'inclure que des sociétaires (mutuelle) ou des actionnaires (assurance) ▪ Dans l'hypothèse d'un transfert des activités et des assurés à un tiers dans le cadre d'une délégation de service public : gouvernance assurée directement par l'État qui détermine avec l'organisme tiers les conditions de mise en œuvre des missions de service public (dissolution des organes de gouvernance de la CFE)
Organisation	▪ Reprise des effectifs par l'entité nouvellement créé dans les conditions prévues par l'article L. 1224-1 du code du travail ▪ Pour les effectifs non repris : reclassement des effectifs sous statut de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) dans d'autres entités relevant de la sécurité sociale ▪ En cas de transfert à un organisme tiers : enjeux similaires de reprise/reclassement ; probable cession du siège de Rubelles

Source : Mission.

Annexe IV

Tableau 7 : Analyse des objectifs, avantages et inconvénients de chaque scénario

Scénario	Objectifs assignés	Résultats attendus	Points forts	Points faibles	Risques
Fermeture de la CFE	▪ Prendre acte que la politique de protection sociale des Français à l'étranger n'est plus nécessaire ▪ Prendre acte que le modèle économique de la CFE n'est pas viable en raison de remises en cause externes	▪ Substitution des couvertures privées/régimes publics de base/régime général en France à l'offre de la CFE ▪ Maintien d'un dispositif d'assurance vieillesse à l'étranger	▪ Supprime le risque qu'une mauvaise anticipation de la non-viabilité du modèle de la CFE se traduise à terme par une fermeture associée à un renflouement de l'État pour combler le passif ▪ Risques opérationnels limités	▪ Réduit l'accès à une offre de soins de qualité pour les publics à risque (pathologies, assurés âgés) et les plus précaires économiquement	▪ Risque d'acceptabilité élevé pour la population des Français de l'étranger, en particulier personnes âgées et bénéficiaires de la catégorie aidée
Intégration au sein du régime général	▪ Préserver la politique de protection sociale des Français à l'étranger en recherchant des économies de gestion par des mutualisations avec le régime général ▪ Maintenir l'obligation d'équilibrer recettes et dépenses dans le cadre d'une gestion étanche du régime général	▪ Gains d'efficience via la mutualisation de certaines fonctions : gestion des ressources humaines, maîtrise des risques, suivi comptable des liquidations, immobilier	▪ Neutralité pour les assurés en matière d'offre et de prestations ▪ Réduction des charges de fonctionnement ▪ Meilleure prise en compte de la contrainte d'équilibre financier du régime	▪ Peut nuire à la lisibilité du régime de protection sociale des Français à l'étranger par rapport à la situation actuelle avec un organisme distinct du régime général	▪ Risque de mutualisation financière avec le régime général si le principe d'étanchéité financière et comptable devait être remis en cause dans la durée ▪ Risque de dilution de la gouvernance et des responsabilités par rapport au régime général ▪ Risque d'affaiblissement du pilotage de certaines fonctions clefs pour le modèle d'assurance volontaire : marketing, prospection, traitement de soins reçus à l'étranger, développement de partenariats avec des courtiers-gestionnaires

Annexe IV

Scénario	Objectifs assignés	Résultats attendus	Points forts	Points faibles	Risques
Réforme paramétrique	▪ Préserver la CFE comme opérateur de mise en œuvre de la protection sociale des Français à l'étranger ▪ Assurer la viabilité financière de la CFE *via* un retour à la rentabilité et à la génération de fonds propres ▪ Rééquilibrer la gouvernance pour refléter la composition du portefeuille d'assurés et mieux prendre en compte les préoccupations des entreprises ayant une activité à l'international	▪ Retour à l'équilibre de la gestion assurantielle et couverture des frais de gestion par le résultat assurantiel ▪ Génération d'un résultat net positif et de fonds propres	▪ Le maintien de la CFE permet une meilleure acceptabilité des mesures de redressement par les parties prenantes ▪ Risque opérationnel plus limité car ce scénario s'appuie sur l'existant ▪ N'exclut pas d'envisager les autres scénarios si la situation de la CFE devait de nouveau se dégrader dans le futur ▪ Renforce l'équité entre assurés (contrats ex vs. contrats classiques, catégorie aidée en fonction du coût de la vie)	▪ Restreint l'accès à la CFE pour certaines catégories de population (personnes aux ressources trop élevées pour la catégorie aidée et trop faibles pour les tarifs classiques, personnes hors continuité avec l'assurance maladie en France)	▪ Risque que le redressement financier ne se matérialise pas, en cas d'accélération de la baisse des assurés ou d'accroissement de l'antisélection (éviction des bons risques) ▪ Risque de mise en œuvre partielle des mesures recommandées par les parties prenantes (Parlement, conseil d'administration, tutelles), ne permettant pas d'atteindre les objectifs de redressement financier
Transformation en mutuelle ou en assurance	▪ Préserver les offres et le portefeuille d'assurés de la CFE	▪ Rétablissement de la trajectoire financière et respect des exigences prudentielles de Solvabilité II	▪ Donne un cadre prudentiel permettant de préserver l'équilibre financier ▪ Met en cohérence la gouvernance et l'objectif d'équilibre financier ▪ Supprime le risque pour les finances publiques en cas de renflouement de la CFE	▪ Fin du droit de regard de l'État sur la gouvernance ▪ En conséquence, possible abandon des missions de service public	▪ Risque opérationnel sur la capacité de la direction et des responsables de fonctions clefs à gérer la CFE dans le cadre de Solvabilité II ▪ Risque de respect des exigences de Solvabilité II en cas d'accélération de la baisse des assurés ou d'accroissement de l'antisélection (éviction des bons risques)

Source : Mission.

3. Les simulations actuarielles montrent que si le *statu quo* ne permet pas de rétablir la rentabilité opérationnelle de la CFE, la réforme paramétrique proposée par la mission rendrait en revanche l'exploitation excédentaire et permettrait de reconstituer les fonds propres

3.1. La simulation repose sur un scénario de référence, « au fil de l'eau », et un scénario de réforme

La mission a réalisé des simulations de trajectoire financière de la CFE. Elle s'est appuyée pour cela sur l'actuaire SPAC, avec lequel la CFE détient un contrat de prestations.

Deux scénarios ont été simulés :

- un scénario « au fil de l'eau », consistant à maintenir inchangés les paramètres de gestion en vigueur au 1er avril 2025. Dans ce scénario, la hausse de tarifs retenue est celle décidée au 1er avril 2025. Au-delà de 2025, les tarifs évoluent comme les prestations, de manière mécanique. Les « contrats ex » sont maintenus, à l'exception de ceux ayant exprimé début 2025 le souhait de changer de contrat. La catégorie aidée et l'action sanitaire et sociale sont maintenues sans changement ;
- un scénario de « réforme », fondé sur les éléments discutés dans la partie 2.3. Ce scénario prévoit un rétablissement de l'équilibre assurantiel, sur la base de ratios P/C ramenés à 0,8. Il intègre une suppression progressive des « contrats ex » et une rationalisation de la catégorie aidée et de l'action sanitaire et sociale.

Les hypothèses détaillées de ces scénarios sont présentées dans l'encadré 1.

L'évolution du résultat de la CFE a également été simulée sur la base des deux scénarios présentés *supra*.

Ces simulations ont enfin permis de d'évaluer le respect par la CFE des exigences prudentielles quantitatives de Solvabilité II dans le cadre d'une réforme. Les exigences qualitatives (piliers II et III de Solvabilité II) ne sont pas testées dans cette simulation.

Encadré 1 : Hypothèses utilisées pour la simulation de la trajectoire financière de la CFE

Scénarios

Scénario « au fil de l'eau » :

- hypothèse d'évolution de la population d'assurés (cf. infra) ;
- hypothèse d'évolution des prestations (cf. infra) ;
- hypothèse d'augmentation des tarifs de cotisations individuelles dans les mêmes proportions que les prestations ;
- hypothèse d'augmentation des tarifs de cotisations collectives sur la base du maximum entre la hausse du PASS et la hausse des prestations ;
- hypothèse de hausse des tarifs des contrats ex jusqu'à la limite du plafond de + 50 %, soit + 1,4 % en avril 2026 ;
- bascule d'une partie de la population des contrats ex sur la base de ceux ayant signalé leur souhait de changer de contrat.

Scénario de réforme :

- intègre les mêmes hypothèses d'évolution de la population et des prestations que le scénario « au fil de l'eau » ;
- intègre des hypothèses sur les tarifs de cotisation, la suppression des contrats ex, la catégorie aidée, l'action sanitaire et sociale et les frais de gestion selon les modalités décrites dans les paragraphes suivants.

Hypothèses macroéconomiques communes aux deux scénarii (au-delà de 2028, gel des prévisions 2028) :

	2026	2027	2028
Masse salariale	+ 3,1 %	+ 3,4 %	+ 3,4 %
Inflation	+ 1,75 %	+ 1,75 %	+ 1,75 %
PASS proposé	+ 3,1 %	+ 3,4 %	+ 3,4 %

Source : plan budgétaire et structurel à moyen terme du Gouvernement, 2025-2029

Population d'assurés

Évolution du nombre de bénéficiaires en maladie :

- + 0,4 % par an sur les bénéficiaires individuels (**[Confidentiel – Secret des affaires]**) ;
- - 2,0 % par an sur les bénéficiaires collectifs (**[Confidentiel – Secret des affaires]**) ;
- Contrats ex : conservation des tendances, en incluant l'effet de la fin du tiers-payant hospitalier sur la bascule des contrats ex vers les offres classiques.

Évolution du nombre d'adhérents en AT-MP :

- - 4,4 % par an sur les adhérents individuels (**[Confidentiel – Secret des affaires]**) ;
- - 2,5 % par an sur les adhérents collectifs (**[Confidentiel – Secret des affaires]**) ;
- la cotisation AT-MP augmente mécaniquement de l'inflation chaque année.

Évolution du nombre d'adhérents en vieillesse (si pertinent pour le calcul de la redevance versée par la CNAV au titre de la collecte des cotisations vieillesse) :

- + 0,6 % par an sur les adhérents individuels (**[Confidentiel – Secret des affaires]**) ;
- - 2,7 % par an sur les adhérents collectifs (**[Confidentiel – Secret des affaires]**) ;
- la cotisation vieillesse augmente mécaniquement du PASS chaque année.

Date : à partir de 2025.

Prestations

Évolution des dépenses de prestations maladie :

- effet volume : proportionnel à l'évolution du nombre de bénéficiaires ;
- effet prix : + 3,7 % par an (soit le taux de croissance annuel moyen 2021-2023 de la dépense par bénéficiaire maladie).

Évolution des dépenses de prestations AT-MP :

- effet volume : proportionnel à l'évolution du nombre de bénéficiaires ;
- effet prix : - 0,7 % par an (soit le taux de croissance annuel moyen 2021-2023 de la dépense par adhérent AT-MP).

Date : à partir de 2025.

Tarifs de cotisation maladie

Convergence linéaire des P/C vers 0,8 fin 2028 pour chaque type de contrat individuel.

Maintien du P/C des contrats collectifs à son niveau actuel (projection à fin 2025).

Date : à partir de 2026 (en intégrant les hausses votées pour une mise en œuvre au 1er avril 2025) et en progression linéaire jusqu'à atteindre un P/C de 0,8 par contrat.

Tarifs de cotisation AT-MP

Révision à la hausse du tarif de cotisation AT-MP, de 1,15 % du salaire à 1,50 % du salaire.

Ce scénario, qui augmente de 30,5 % les cotisations, s'ajoute à la hausse des assiettes.

Date : à partir du 1er avril 2026.

Contrats ex

Suppression des contrats ex (alignement sur les tarifs de l'offre classique).

Date : réalignement en trois étapes : au 1er avril 2026, au 1er avril 2027 et au 1er avril 2028 (selon la méthodologie figurant au tableau 3). Au 1er avril 2028, les tarifs des « contrats ex » sont alignés sur les tarifs classiques. Hypothèse conventionnelle d'absence de perte de clients à la suite, l'ensemble des titulaires de contrats ex basculant vers les nouveaux contrats.

Catégorie aidée

Indexation du seuil d'éligibilité à la catégorie aidée sur le PIB par habitant, en parité de pouvoir d'achat, de chaque pays de résidence. Prise en compte de la composition du foyer en appliquant un coefficient fondé sur le barème de la complémentaire santé solidaire (1 pour une personne seule, 1,5 pour un couple, 1,8 pour trois personnes, 2,1 pour quatre personnes).

Conséquence sur la population : réduction de 36 % de l'effectif et de la dépense associée à la catégorie aidée.

Date : réduction de 18 % au 1er juillet 2026, réduction de 18 % supplémentaire (36 % au total) au 31 décembre 2026 (sur la base d'un effectif et de dépenses au 31 décembre 2025).

Indexation automatique du tarif de la catégorie aidée sur l'évolution annuelle du plafond de la sécurité sociale.

Date : à partir du 1er avril 2026.

Action sanitaire et sociale

Réduction de 30 % des aides individualisées d'action sanitaire et sociale sur la base du budget 2025.

Date : au 1er janvier 2026.

Frais de gestion

Stabilisation des frais de gestion courante (hors ASS, catégorie aidée) à l'inflation française.

Date : annuellement sur l'ensemble de l'horizon de projection.

Source : Mission.

3.2. La poursuite « au fil de l'eau » de l'activité de la CFE ne corrige pas le déficit d'exploitation de la CFE et, partant, ne restaure pas la viabilité de son modèle économique

Le scénario « au fil de l'eau » permet une amélioration notable des ratios de P/C (cf. tableau 9).

Le ratio de P/C des contrats individuels diminue, passant de [-] en 2024 à 1,03 en 2028 et 1,01 en 2030. Les contrats individuels n'atteignent pas l'équilibre pour autant (entendu comme un niveau de P/C à 0,8) et continuent de générer un déficit assurantiel de [-] en 2028 et [-] en 2030.

Le ratio de P/C des contrats collectifs s'améliore également, passant de [-] en 2024 à 0,70 en 2028 et se maintenant à ce niveau jusqu'en 2030. L'amélioration du ratio de P/C permet de dégager des excédents importants sur la gestion assurantielle, qui s'élèvent à [-] en 2028 et [-] en 2030.

Une amélioration du P/C des contrats collectifs très en-deçà de 0,8 soulève toutefois des questions à deux titres :

- d'une part, dans un contexte où le ratio de P/C des contrats individuels reste élevé, une telle situation correspond à un subventionnement des contrats individuels par les contrats collectifs ;
- d'autre part, un tel niveau de ratio pourrait accroître l'effet d'éviction par le prix et conduire certains clients collectifs à réévaluer leur adhésion à la CFE.

Il convient de noter que si l'amélioration du ratio de P/C en 2025 est le résultat de décisions du conseil d'administration, le maintien du ratio à ce niveau au-delà de 2025 est le résultat des hypothèses retenues par la mission. Il ne préjuge donc pas des décisions du conseil d'administration qui auraient pu être prises les années suivant 2025.

Conformément aux hypothèses retenues, les tarifs de cotisation dans le scénario « au fil de l'eau » augmentent au même rythme que les coûts de santé, soit + 3,7 % par an. Après la hausse d'avril 2025 décidée en décembre 2024 par le conseil d'administration, la progression des tarifs de cotisation est donc uniforme jusqu'en 2030 (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Évolution annuelle des tarifs de cotisation dans le scénario « au fil de l'eau »

Année	Collectifs	Monde	Monde Expat	Retraite Expat	France Expat
2025	+ 8,0 %	+ 8,0 %	+ 8,0 %	+ 8,0 %	+ 12,0 %
2026	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %
2027	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %
2028	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %
2029	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %
2030	+3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %	+ 3,7 %

Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire.

En tout état de cause, l'amélioration des ratios de P/C ne permet pas d'équilibrer le résultat d'exploitation de la CFE, dont l'exploitation reste déficitaire (cf. tableau 9).

[Confidentiel – Secret des affaires], le résultat dégagé sur l'activité assurantielle maladie-maternité-invalidité est insuffisant pour couvrir les frais de gestion, même en intégrant les excédents dégagés sur le risque AT-MP et sous l'hypothèse d'une évolution maîtrisée des frais de gestion (+1,75 % par an).

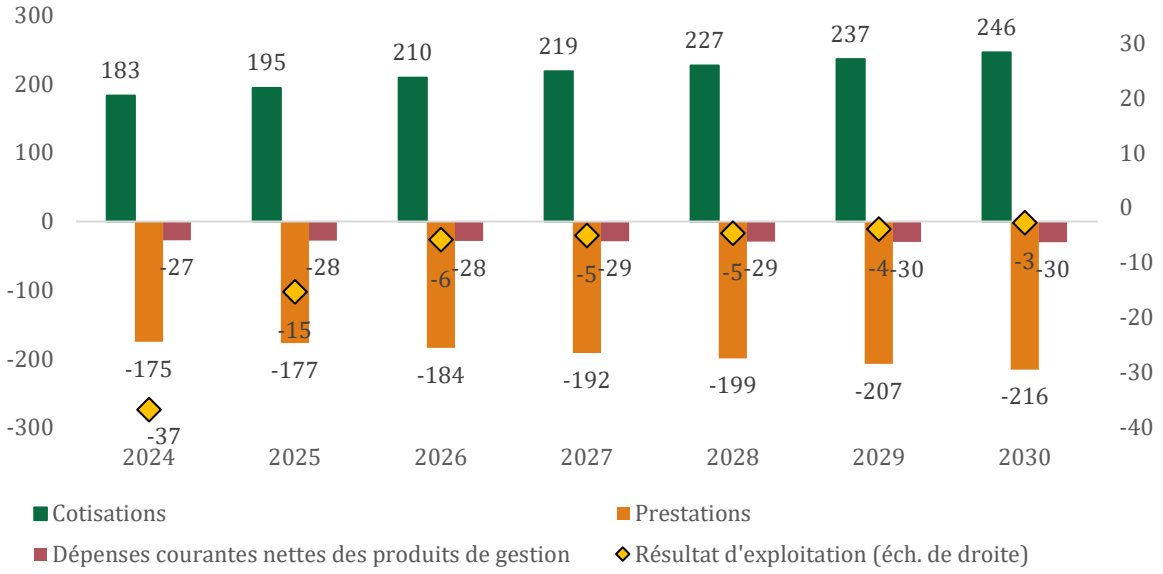
Dès lors, le résultat d'exploitation s'inscrit en déficit de – 4,6 M€ en 2028 et de – 2,7 M€ en 2030 (cf. graphique 1).

Ce résultat présente une sensibilité importante aux hypothèses retenues. À cet égard, une diminution plus rapide des contrats collectifs, de – 4 % par an au lieu de – 2 % par an comme retenu dans la simulation se traduirait par une dégradation du résultat des contrats collectifs de 1,2 M€ en 2028 et de 1,9 M€ en 2030.

Dans ce contexte, l'activité de placement resterait déterminante pour générer un résultat net positif et reconstituer les fonds propres. Or, les revenus de placement sont volatils et difficile à prévoir. Ils peuvent constituer un complément de rentabilité, mais ne peuvent pas jouer un rôle central dans la viabilité du modèle économique de la CFE.

La pérennité financière de la CFE ne serait donc pas assurée dans le cadre du scénario « au fil de l'eau ».

Graphique 1 : Simulation du résultat d'exploitation de la CFE dans le scénario « au fil de l'eau » (en M€)



Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Note : le résultat d'exploitation est le résultat de la différence entre, d'une part, les cotisations perçues et, d'autre part, les prestations versées, les dépenses courantes nettes des produits de gestion et la variation des provisions. La variation des provisions n'apparaît pas dans le graphique.

L'évolution des fonds propres de la CFE dans le scénario « au fil de l'eau » serait tributaire de la rentabilité des placements. La mission a simulé l'évolution des fonds propres selon deux hypothèses (cf. graphique 2) :

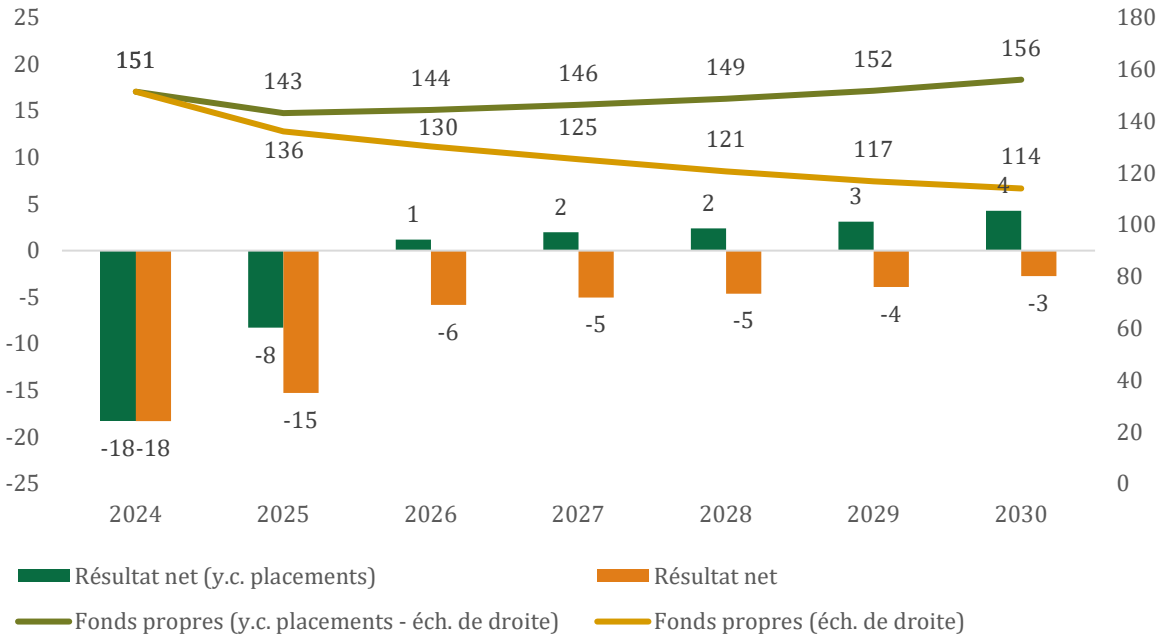
- une hypothèse « historique » de résultat financier de 7 M€, correspondant au résultat moyen obtenu ces dernières années. Cette hypothèse est toutefois fragile compte tenu de la volatilité des revenus de placement, des cessions d'actifs récentes et de l'incertitude concernant les évolutions de marché ;
- une hypothèse conservatrice de résultat financier nul, conduisant à considérer que le résultat net est égal au résultat d'exploitation.

Dans les deux cas, une hypothèse de résultat exceptionnel nul est retenue.

Sous la première hypothèse, un résultat net légèrement positif est obtenu en 2026, permettant une lente reconstitution des fonds propres, qui passent de 151 M€ en 2024 à 156 M€ en 2023.

Sous la seconde hypothèse, le résultat net reste déficitaire sur toute la période et la consommation de fonds propres se poursuit, ces derniers atteignant 114 M€ en 2030.

Graphique 2 : Évolution du résultat net et des fonds propres de la CFE dans le scénario « au fil de l'eau » (en M€)



Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Note : les variables « y compris placements » intègrent un résultat financier de 7 M€ par an.

Annexe IV

Tableau 9 : Projection des ratios de P/C de la CFE dans le scénario « au fil de l'eau »

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Légende : P/C= ratio des prestations sur les cotisations.

Tableau 10 : Projection du résultat d'exploitation de la CFE dans le scénario « au fil de l'eau »

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cotisations							
Santé	157 588 143 €	173 954 072 €	185 356 853 €	194 014 068 €	202 818 104 €	212 126 576 €	222 050 122 €
Subvention de l'Etat	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €
Dotation de l'action sociale	4 872 093 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Option IJ	6 689 274 €	6 669 041 €	6 731 511 €	6 819 830 €	6 910 670 €	7 002 720 €	7 095 997 €
AT-MP	13 533 337 €	13 394 885 €	16 789 212 €	17 075 694 €	16 896 149 €	16 719 229 €	16 544 880 €
Prestations payées							
Santé	-161 759 557 €	-167 639 837 €	-174 614 095 €	-181 976 996 €	-189 592 034 €	-197 427 611 €	-205 453 128 €
Option IJ	-2 470 507 €	-2 282 399 €	-2 541 811 €	-2 524 182 €	-2 643 620 €	-2 780 479 €	-2 917 838 €
AT-MP	-5 369 272 €	-6 297 245 €	-6 413 594 €	-6 490 253 €	-6 590 072 €	-6 706 126 €	-6 832 104 €
Action sanitaire & sociale	-5 611 129 €	-751 969 €	-535 590 €	-544 963 €	-554 500 €	-564 204 €	-574 077 €
Variation des provisions							
Santé	-17 762 843 €	-67 016 €	-2 275 940 €	-2 489 987 €	-2 594 978 €	-2 679 276 €	-2 753 405 €
Option IJ	0 €	-1 327 016 €	-1 353 372 €	-1 508 463 €	-1 486 489 €	-1 446 961 €	-1 406 213 €
AT-MP	0 €	-3 838 840 €	621 417 €	664 921 €	809 246 €	971 852 €	1 146 756 €
Dépenses	-29 825 348 €	-30 347 292 €	-30 878 370 €	-31 418 741 €	-31 968 569 €	-32 528 019 €	-33 097 259 €
Produits de gestion	2 669 957 €	2 560 000 €	2 593 410 €	2 635 514 €	2 678 933 €	2 723 717 €	2 769 918 €
Résultat d'exploitation	**-36 745 853 €**	**-15 273 616 €**	**-5 820 368 €**	**-5 043 558 €**	**-4 617 159 €**	**-3 888 582 €**	**-2 726 352 €**

Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Légende : IJ=indemnités journalières ; ATMP=accidents du travail et maladies professionnelles.

3.3. La réforme paramétrique proposée par la mission permet de dégager des excédents d'exploitation dès 2026 et d'amorcer une reconstitution des fonds propres

Le scénario de réforme, en faisant converger l'ensemble des ratios de P/C vers 0,80, restaure l'équilibre assurantiel et évite toute subvention croisée entre contrats collectifs et individuels (cf. tableau 10).

La revalorisation des tarifs de contrats collectifs en 2024 et 2025 avait conduit à une diminution du ratio de P/C en-deçà de 0,80, celui-ci atteignant [-] cette dernière année. L'hypothèse retenue dans ce scénario d'une convergence du P/C vers 0,80 conduit à sous-indexer les tarifs de cotisation à partir de 2026 et donc à restituer de la valeur aux adhérents collectifs sans compromettre l'équilibre de cette catégorie de contrats. Le résultat de la gestion assurantielle des contrats collectifs connaît dès lors un pic en 2025, à 13,6 M€, puis décroît à mesure que le P/C remonte vers 0,80 pour atteindre 10,4 M€ en 2028 et 9,3 M€ en 2023.

Parallèlement, le ratio de P/C des contrats individuels décroît pour atteindre 0,80 en 2028. Ce ratio est atteint pour l'ensemble des contrats, l'amélioration procédant notamment de la suppression graduelle des « contrats ex », qui basculent vers des contrats classiques présentant un P/C plus équilibré (cf. tableau 13) :

- parmi les contrats classiques, l'effort d'amélioration du P/C est le plus important pour les contrats Retraite Expat, France Expat et Jeune Expat, dont le P/C passe de [-] en 2024, respectivement, à 0,80 en 2028 ;
- les contrats Monde Expat, dont le P/C atteint [-] en 2024, ont consenti un effort d'amélioration moindre pour atteindre 0,80 en 2028 ;
- les « contrats ex » font enfin l'objet d'une amélioration importante du P/C avant leur suppression. Les P/C des « contrats ex » non-salariés, salariés et retraités passent ainsi de 1,37, 1,31 et 1,85 en 2024 à 0,96, 0,82 et 0,96, respectivement, en 2027 avant la bascule vers les nouveaux contrats.

Sous l'effet de l'amélioration des ratios de P/C, le résultat de la gestion assurantielle des contrats individuels redevient positif à partir de 2026. Alors que ce résultat est déficitaire en 2025, à – 9,0 M€, il se redresse à 5,7 M€ en 2026 et augmente fortement pour atteindre 38,7 M€ en 2028 puis 41,8 M€ en 2030.

L'incidence tarifaire de la convergence des ratios de P/C vers 0,80 est différente selon les types de contrats (cf. tableau 11) :

- les contrats collectifs ne sont plus revalorisés au-delà de 2025 et jusqu'en 2030. En effet, la hausse de tarifs de 2025 de +8,0 % améliore fortement le P/C. Il devient alors possible de ne plus revaloriser ces contrats afin de laisser le P/C converger à la hausse vers 0,80 sous l'effet de l'augmentation des prestations ;
- les contrats Jeune Expat, Monde Expat et France Expat sont revalorisés dans des proportions allant de + 5 % à + 8 % par an ;
- le contrat Retraite Expat subit les hausses de cotisations les plus importantes en raison de son fort déséquilibre initial.

Tableau 11 : Évolution annuelle des tarifs de cotisation dans le scénario de réforme paramétrique

Année	Collectifs	Jeune	Monde	Retraite	France
2025	+ 8,0 %	+ 8,0 %	+ 8,0 %	+ 8,0 %	+ 12,0 %
2026	-	+ 7,5 %	+ 5,3 %	+ 18,5 %	+ 8,0 %
2027	-	+ 7,5 %	+ 5,3 %	+ 18,5 %	+ 8,0 %
2028	-	+ 7,5 %	+ 5,3 %	+ 18,5 %	+ 8,0 %
2029	-	+ 2,0 %	+ 1,9 %	-	-
2030	+ 5,0 %	+ 3,5 %	+ 2,3 %	+ 4,0 %	-

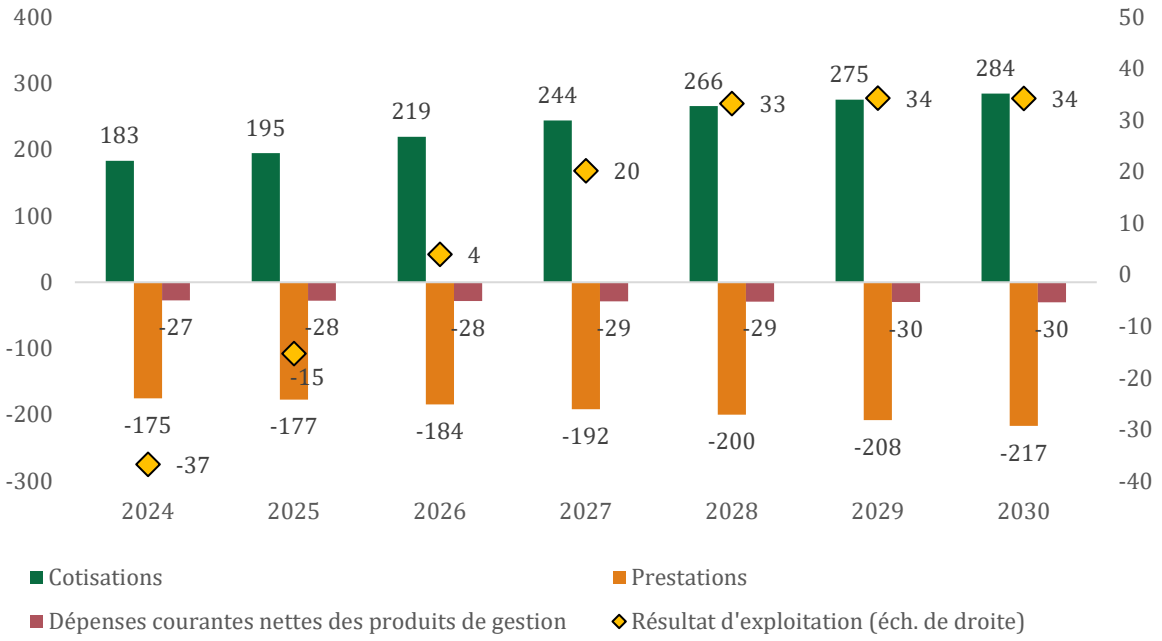
Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire.

La convergence des P/C vers 0,80, associée à la suppression progressive des « contrats ex » et à la rationalisation de la catégorie aidée permettent une amélioration substantielle du résultat d'exploitation qui redevient positif en 2026 (cf. tableau 13). Le résultat d'exploitation, qui était déficitaire de 15,3 M€ en 2025, atteint ainsi 4,0 M€ en 2026 puis 33,3 M€ en 2028 et 34,2 M€ en 2023 (cf. graphique 3).

Comme dans le scénario « au fil de l'eau », ce résultat présente une sensibilité importante aux hypothèses retenues. De la même façon, une diminution plus rapide des contrats collectifs, de – 4 % par an au lieu de – 2 % par an se traduirait par une dégradation du résultat des contrats collectifs de 1,2 M€ en 2028 et de 1,9 M€ en 2030. Pour autant, cette sensibilité n'est pas de nature à remettre en cause le caractère excédentaire de l'exploitation.

De même, l'excédent d'exploitation dégagé permet de ne plus dépendre du résultat financier pour assurer la rentabilité de la CFE. Une baisse de la rentabilité des placements financiers, ou des dépréciations d'actifs, pourraient être plus facilement compensées par l'exploitation, évitant ainsi un résultat net négatif et la consommation de fonds propres.

Graphique 3 : Simulation du résultat d'exploitation de la CFE dans le scénario de réforme paramétrique (en M€)



Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Note : le résultat d'exploitation est le résultat de la différence entre, d'une part, les cotisations perçues et, d'autre part, les prestations versées, les dépenses courantes nettes des produits de gestion et la variation des provisions. La variation des provisions n'apparaît pas dans le graphique.

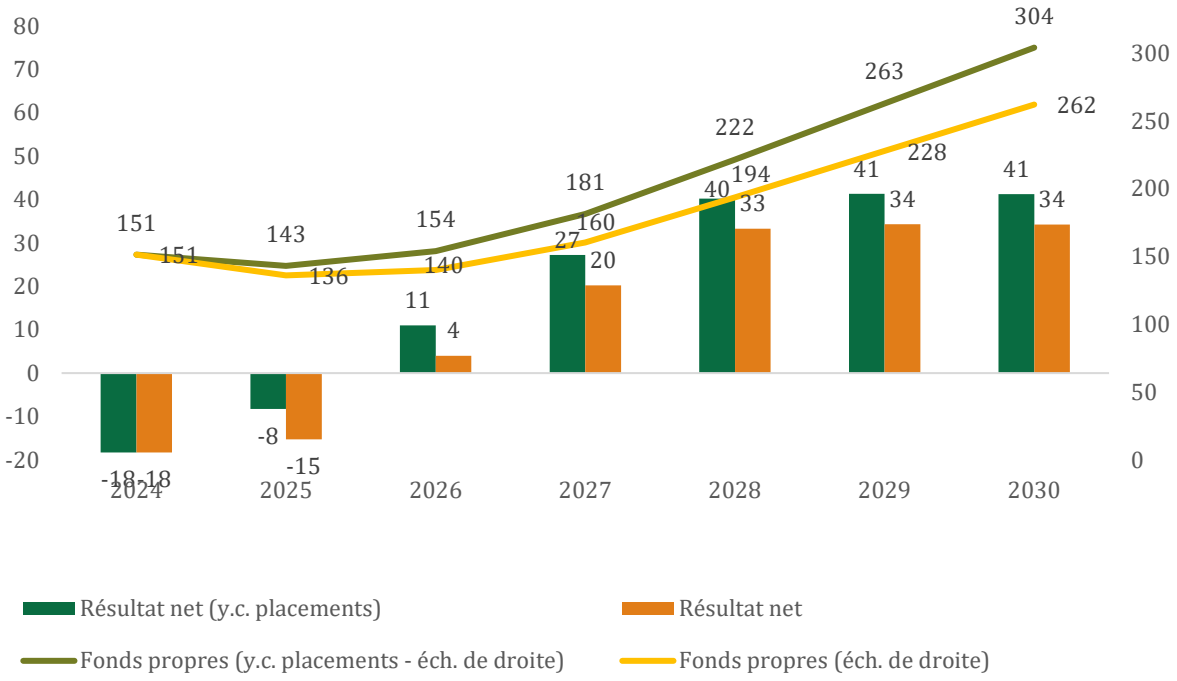
L'évolution des fonds propres de la CFE dans le scénario de réforme paramétrique est positive, même en cas d'hypothèse conservatrice sur le résultat financier (cf. graphique 4).

Sous l'hypothèse d'un résultat financier annuel égal à la moyenne historique de 7 M€, qui se conjugue au redressement du résultat d'exploitation, la CFE présente un résultat net de 11 M€ en 2026. Les fonds propres se reconstituent ensuite rapidement et passent de 151 M€ en 2024 à 304 M€ en 2023.

Sous la seconde hypothèse conservatrice de résultat financier nul, le résultat net redevient également positif en 2026. Les fonds propres se reconstituent ensuite rapidement pour atteindre 262 M€ en 2030.

Annexe IV

Graphique 4 : Évolution du résultat net et des fonds propres de la CFE dans le scénario de réforme paramétrique (en M€)



Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire.

Annexe IV

Tableau 12 : Projection des ratios de P/C de la CFE dans le scénario de réforme

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Légende : P/C= ratio des prestations sur les cotisations.

Tableau 13 : Projection des ratios de P/C par contrat dans le scénario de réforme

[Confidentiel – Secret des affaires]

Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Légende : P/C= ratio des prestations sur les cotisations.

Tableau 14 : Projection du résultat d'exploitation de la CFE dans le scénario de réforme

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cotisations							
Santé	157 588 143 €	173 955 093 €	195 200 324 €	219 419 522 €	241 085 836 €	251 063 846 €	260 149 903 €
Subvention de l'Etat	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €	700 000 €
Dotation de l'action sociale	4 872 093 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Option IJ	6 689 274 €	6 669 041 €	6 731 511 €	6 819 830 €	6 910 670 €	7 002 720 €	7 095 997 €
AT-MP	13 533 337 €	13 394 885 €	16 789 212 €	17 075 694 €	16 896 149 €	16 719 229 €	16 544 880 €
Prestations payées							
Santé	-161 759 557 €	-167 639 837 €	-174 639 427 €	-182 105 554 €	-189 943 792 €	-198 096 919 €	-206 476 348 €
Option IJ	-2 470 507 €	-2 282 399 €	-2 541 811 €	-2 524 182 €	-2 643 620 €	-2 780 479 €	-2 917 838 €
AT-MP	-5 369 272 €	-6 297 245 €	-6 413 594 €	-6 490 253 €	-6 590 072 €	-6 706 126 €	-6 832 104 €
Action sanitaire & sociale	-5 611 129 €	-751 969 €	-535 590 €	-544 963 €	-554 500 €	-564 204 €	-574 077 €
Variation des provisions							
Santé	-17 762 843 €	-67 016 €	-2 275 940 €	-2 501 908 €	-2 639 403 €	-2 768 845 €	-2 871 658 €
Option IJ	0 €	-1 327 016 €	-1 353 372 €	-1 508 463 €	-1 486 489 €	-1 446 961 €	-1 406 213 €
AT-MP	0 €	-3 838 840 €	621 417 €	664 921 €	809 246 €	971 852 €	1 146 756 €
Dépenses	-29 825 348 €	-30 347 292 €	-30 878 370 €	-31 418 741 €	-31 968 569 €	-32 528 019 €	-33 097 259 €
Produits de gestion	2 669 957 €	2 560 000 €	2 593 410 €	2 635 514 €	2 678 933 €	2 723 717 €	2 769 918 €
Résultat d'exploitation	**-36 745 853 €**	**-15 272 596 €**	**3 997 771 €**	**20 221 417 €**	**33 254 390 €**	**34 289 810 €**	**34 231 957 €**

Source : Mission, d'après une analyse de SPAC actuaire. Légende : IJ=indemnités journalières ; ATMP=accidents du travail et maladies professionnelles.

3.4. En première analyse, la CFE respecterait les exigences quantitatives du cadre de Solvabilité II mais cela resterait insuffisant pour envisager une transformation en mutuelle ou en société d'assurance

Une simulation du respect des exigences quantitatives du cadre Solvabilité II a été réalisée par le cabinet SPAC pour le compte de la CFE, sur la base des hypothèses proposées par la mission dans le scénario « au fil de l'eau » et le scénario de réforme paramétrique. Cette simulation a vocation à étayer le scénario de transformation en mutuelle ou en assurance privée présenté au 2.4.

La simulation propose une vision partielle du respect des exigences de Solvabilité II. Elle se concentre sur le ratio de fonds propres (*Solvency Capital Requirement - SCR*) du cadre Solvabilité II. En revanche, la simulation ne porte pas sur les piliers II (gouvernance) et III (*reporting*) de Solvabilité II. En outre, l'analyse prospective du SCR en 2030 pour les deux scénarios est incomplète et extrapole la situation de 2024, sans reconstituer d'hypothèses clefs comme l'évolution des marchés financiers.

En 2024, les fonds propres de la CFE lui permettraient de respecter les exigences au titre du SCR (cf. tableau 15 et graphique 5). La CFE dispose en effet de 163 M€ de fonds propres, dans la méthodologie de Solvabilité II (qui diffère d'une approche comptable des fonds propres), pour une exigence au titre du SCR de 109 M€. Cela lui permettrait de couvrir cette exigence avec un ratio de 149 %. Les principaux risques générant un besoin de fonds propres au titre du SCR sont :

- le risque de concentration sur le portefeuille de placements ;
- le risque de catastrophe affectant une partie du portefeuille d'assurés dans une même zone géographique ;
- le risque de concentration du portefeuille d'assurés en une même zone géographique ;
- le risque de *spread* ;
- le risque lié à la détention d'actions.

En 2030, dans le scénario « au fil de l'eau », l'augmentation des fonds propres au sens de Solvabilité II serait compensée par l'augmentation des besoins au titre du SCR. En conséquence, le ratio de couverture se détériorerait légèrement pour atteindre 147 % (cf. graphique 6)mais la CFE continuerait de respecter l'exigence quantitative du SCR.

En 2030, dans le scénario de réforme paramétrique, les fonds propres augmenteraient significativement. L'exigence au titre du SCR augmenterait également, mais dans des proportions moindres. Le ratio de couverture en résultant s'améliorerait nettement pour atteindre 242 % (cf. graphique 7)

Tableau 15 : Résultat des simulations du respect des exigences quantitatives de Solvabilité II

	Situation 2024	Situation 2030 « au fil de l'eau »	Situation 2030 réforme paramétrique
SCR	109 M€	122 M€	145 M€
Fonds propres SII	163 M€	179 M€	350 M€
Ratio de couverture	149 %	147 %	242 %

Source : SPAC actuaire. Légende : SCR=Solvency Capital Requirement ; SII=Solvabilité II.

L'analyse du respect des exigences de SCR est une indication de l'adéquation du niveau de fonds propres de la CFE. À ce titre, celle-ci dispose d'un niveau adéquat de fonds propres pour faire face aux différents risques auxquels elle est exposée. Le ratio de 242 % atteint dans le cadre du scénario de réforme paramétrique la positionnerait à un niveau comparable aux acteurs privés du marché de l'assurance assujettis à la directive Solvabilité II[12].

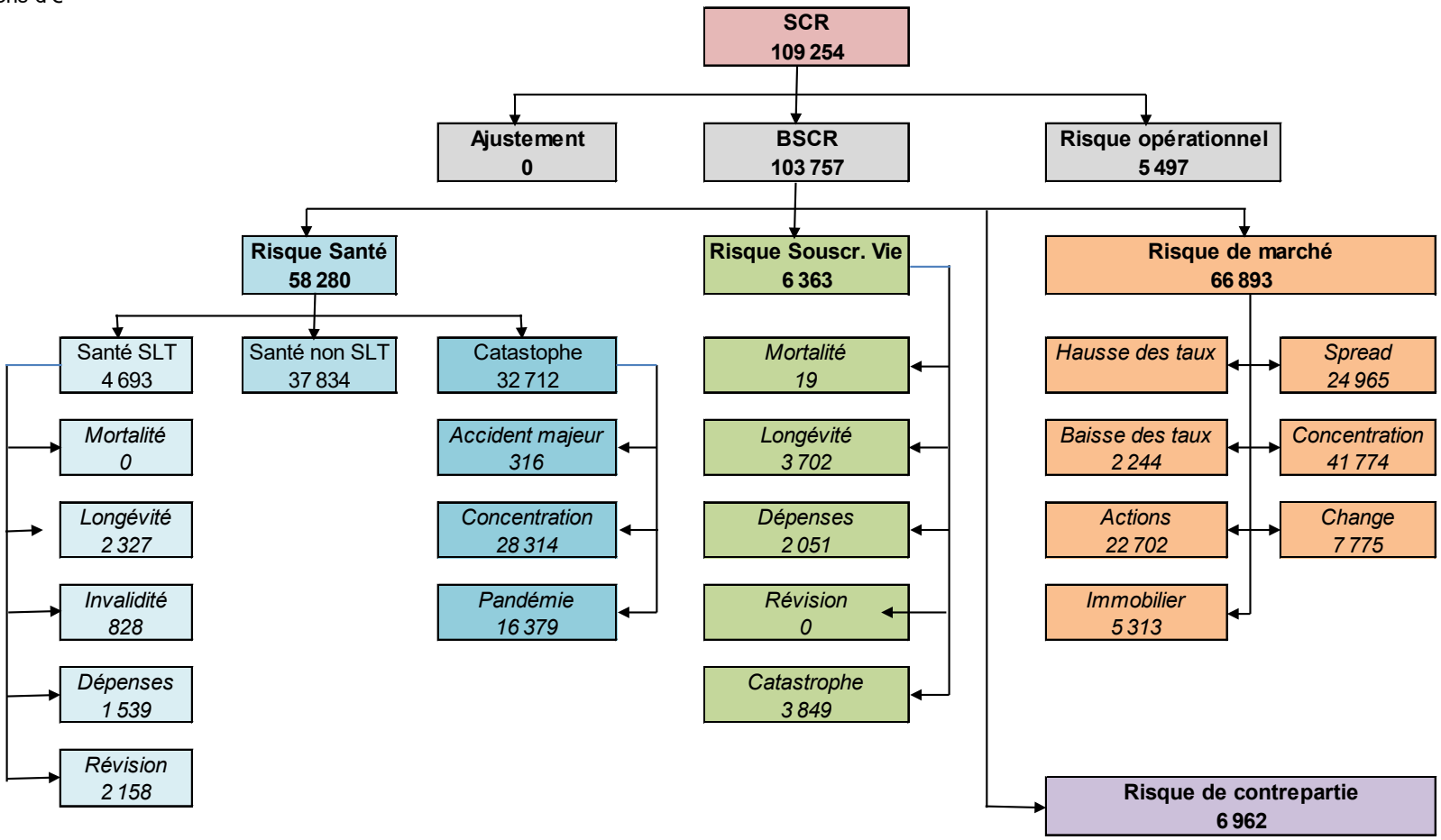
Pour autant, le respect de cette exigence n'est pas suffisant en soi et la CFE aurait en tout état de cause des difficultés à respecter l'ensemble des règles de Solvabilité II. En particulier, le fait que l'exploitation soit aujourd'hui déficitaire serait un potentiel obstacle pour l'obtention d'un agrément d'entreprise d'assurance. En outre, la gouvernance devrait évoluer pour respecter les règles s'appliquant aux dirigeants effectifs et aux organes de gouvernance, et les fonctions clefs devraient également être fortement renforcées.

[12] À titre de comparaison, et malgré les spécificités du statut de la CFE (cf. annexe I), le ratio de solvabilité de l'ensemble des organismes d'assurance en France s'établissait à 249 % fin 2023 .Source : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), Analyses et synthèses n°162, « La situation des assureurs soumis à Solvabilité II en France fin 2023 » (2024).

Annexe IV

Graphique 5 : Analyse des exigences de fonds propres dans le cadre Solvabilité II –situation en 2024

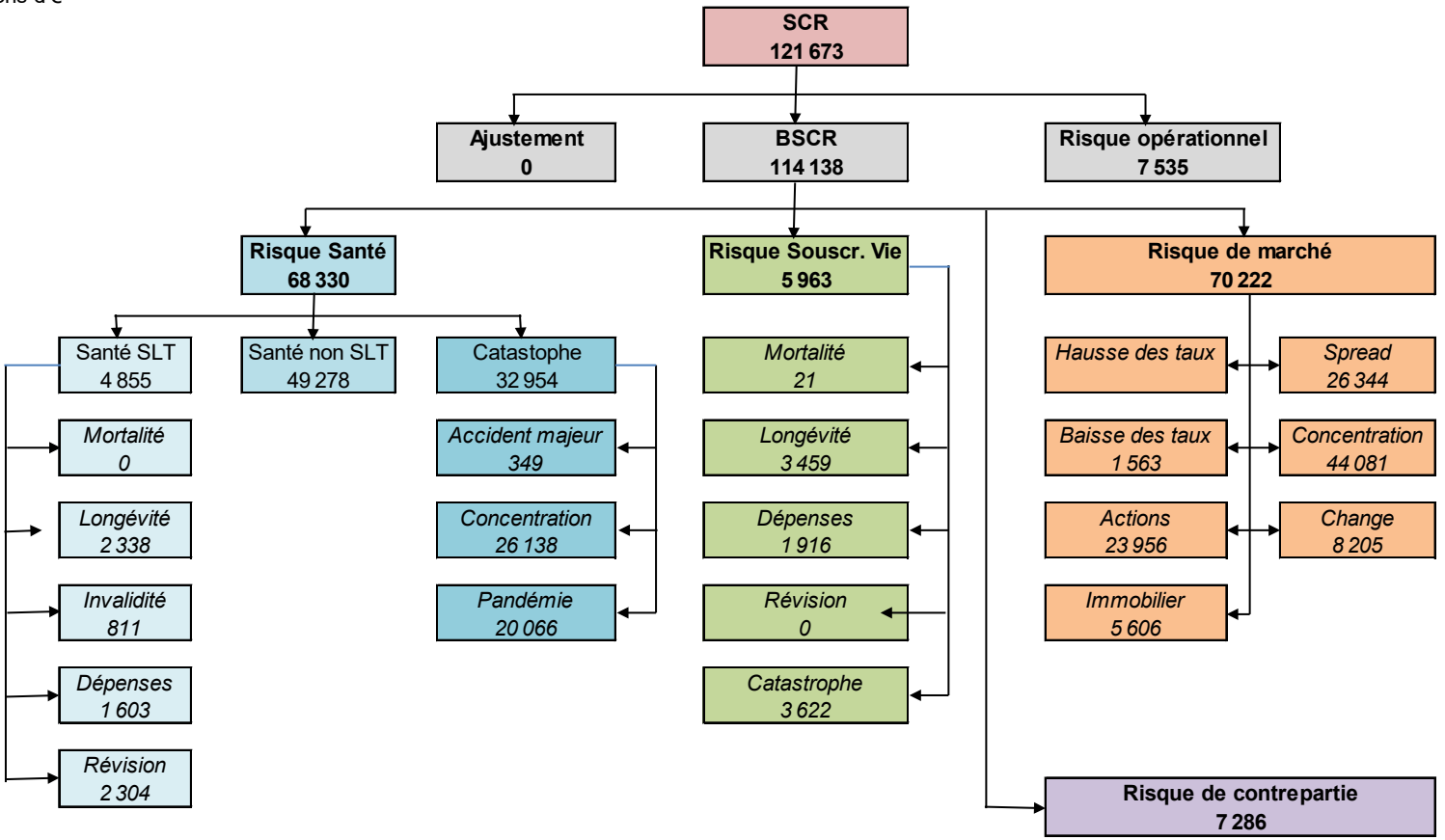
en Millions d'€



Source : SPAC actuaires.

Graphique 6 : Analyse des exigences de fonds propres dans le cadre Solvabilité II – scénario « au fil de l'eau »

en Millions d'€

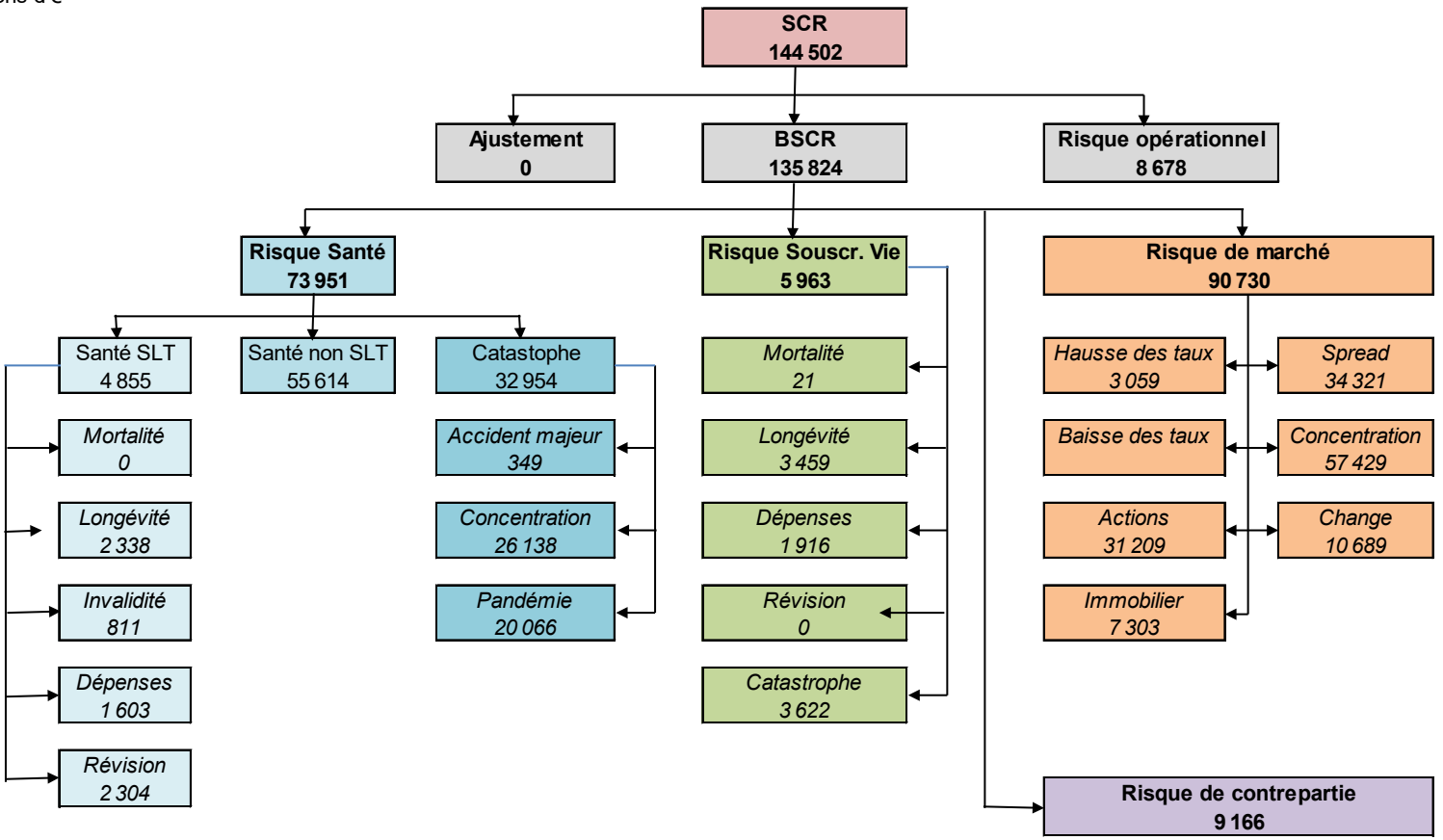


Source : SPAC actuaires.

Annexe IV

Graphique 7 : Analyse des exigences de fonds propres dans le cadre Solvabilité II – scénario de réforme paramétrique

en Millions d'€



Source : SPAC actuaires.

ANNEXE V

Personnes rencontrées par la mission

1. CABINETS MINISTÉRIELS 1

1.1. Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles 1

1.2. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique 1

1.3. Cabinet de la ministre des comptes publics 1

1.4. Cabinet du ministre délégué auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères, chargé du commerce extérieur et des Français de l'étranger 1

2. MINISTÈRES ET ADMINISTRATIONS 1

2.1. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles 1

2.1.1. Direction de la sécurité sociale 1

2.1.2. Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale 2

2.1.3. Centre de liaison européen et international de la sécurité sociale 2

2.2. Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie 2

2.2.1. Direction du budget 2

2.2.2. Direction générale du Trésor 2

2.2.3. Direction des affaires juridiques 2

2.3. Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères 3

2.3.1. Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire 3

2.3.2. Direction générale de la mondialisation 3

2.3.3. Direction des Nations Unies, des organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie 3

2.3.4. Délégation permanente de la France à l'Unesco 3

3. AUTORITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS 3

3.1. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 3

3.2. Business France 3

4. CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER 4

4.1. Bureau du conseil d'administration 4

4.2. Commission des finances et du contrôle interne du conseil d'administration 4

4.3. Commission de la stratégie commerciale, du développement et de la communication du conseil d'administration 4

4.4. Groupe de travail sur la pérennité de la CFE 4

4.5. Direction 4

5. ÉLUS 5

5.1. Parlementaires 5

5.2. Assemblée des Français de l'étranger 5

6. CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE 5

6.1. Caisse nationale d'assurance maladie 5

6.2. Caisse nationale d'assurance vieillesse 6

6.3. Mutualité sociale agricole 6

7. MUTUELLES ET ENTREPRISES D'ASSURANCE 6

7.1. April 6

7.2. Axa 7
7.3. Allianz Partners 7
7.4. Henner 7
7.5. Malakoff Humanis 7
7.6. MGEN 7
7.7. MSH 7
7.8. International-Santé 7

8. ORGANISATIONS PATRONALES, ASSOCIATIONS ET ENTREPRISES 8

8.1. Mouvement des entreprises de France (MEDEF) 8
8.2. Cindex 8
8.3. Cercle Magellan 8
8.4. Action contre la faim 8
8.5. BNP Paribas 8
8.6. Bouygues bâtiment international 8
8.7. LVMH 8
8.8. TotalEnergies 9

9. ORGANISATIONS INTERNATIONALES 9

9.1. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 9
9.2. Organisation des Nations unies pour l'éducation, les sciences et la culture (UNESCO) 9

10. PRESTATAIRES DE LA CFE 9

10.1.. SPAC Actuaires 9
10.2.. Amadeis 9

11. PERSONNALITÉS QUALIFIÉES 9

11.1.. Royaume de Belgique 9
11.2.. Autres interlocuteurs 10

1. Cabinets ministériels

1.1. Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

- Mme Marine Pardessus, conseillère filières, métiers et attractivité.

1.2. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

- M. François Bolard, directeur de cabinet adjoint.

1.3. Cabinet de la ministre des comptes publics

- M. Paul-Armand Veillon, directeur adjoint de cabinet ;
- M. Sylvain Moulierac, conseiller chargé des comptes sociaux.

1.4. Cabinet du ministre délégué auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères, chargé du commerce extérieur et des Français de l'étranger

- M. Alexandre Pointier, directeur de cabinet ;
- M. Julien Bouchard, conseiller chargé des Français de l'étranger.

2. Ministères et administrations

2.1. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

2.1.1. Direction de la sécurité sociale

- Mme Delphine Champetier de Ribes, cheffe de service, adjointe au directeur de la sécurité sociale ;
- Mme Anne-Gaëlle Casandjian, cheffe de la division des affaires communautaires et internationales (DACI) ;
- Mme Emmanuelle Eldar, adjointe à la cheffe de la division des affaires communautaires et internationales (DACI) ;
- Mme Emilie Vaisman, chargée de mission, division des affaires communautaires et internationales (DACI) ;
- Mme Delphine Chaumel, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire ;
- M. Thomas Sepulchre, chef du bureau régimes professionnels de retraite et institutions de protection sociale complémentaire (3C) ;
- M. Valentin Boncourt, chargé d'étude, pôle *Data Science* – Actuariat ;
- Mme Virginie Doublet, chargée de mission ;
- M. Gauvain Tuzet, chargé de mission.

2.1.2. Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale

- Mme Mylène Girard, cheffe de la MNC ;
- Mme Valérie Scélo, cheffe d'antenne de Saint-Denis (La Réunion).

2.1.3. Centre de liaison européen et international de la sécurité sociale

- Mme Armelle Beunardeau, directrice ;
- Mme Aurélie Briere, directrice des affaires juridiques ;
- Mme Farida Saigh, directrice des affaires juridiques adjointe ;
- Mme Gaëlle Nahmani, directrice des affaires juridiques adjointe ;
- Mme Muriel Chapalain, directrice des études.

2.2. Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

2.2.1. Direction du budget

- M. Louis de Franclieu, sous-directeur de la 7ème sous-direction ;
- M. Thomas Caltagirone, chef du bureau des affaires étrangères et de l'aide au développement ;
- M. Théo Sévénier, adjoint au chef de bureau des affaires étrangères et de l'aide au développement ;
- M. Diego Mermet, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux.

2.2.2. Direction générale du Trésor

- Mme Diane Fattelay, cheffe du bureau entreprises et intermédiaires d'assurance ;
- M. Bastien Lafont, adjoint au chef de bureau ;
- M. Jérémy Fraisse, adjoint au chef de bureau.

2.2.3. Direction des affaires juridiques

- Mme Dominique Agniau-Canel, sous-directrice du droit public et du droit européen et international ;
- Mme Léa Matteaccioli, adjointe à la cheffe du bureau du droit public général ;
- M. Yannick Cervantes, consultant, bureau du droit public général ;
- Mme Catherine Houdant, adjointe à la cheffe du bureau du droit européen ;
- Mme Alexandra Cuisiniez, consultante, bureau du droit européen ;
- Mme Sonia Beurier, sous-directrice du droit des régulations économiques ;
- Mme Anne Osmont d'Amilly, adjointe à la cheffe du bureau du droit financier ;
- Mme Sarah Touboul, adjointe à la cheffe du bureau du droit financier ;
- M. Martin Delaveau, consultant, bureau du droit financier ;
- M. Pierre Labrune, adjoint à la cheffe du bureau du droit public des affaires ;
- Mme Justine Ciroux, consultante, bureau du droit public des affaires.

2.3. Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères

2.3.1. Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire

- M. François Penguilly, chef du service des Français à l'étranger, personnalité qualifiée admise à assister aux séances du conseil d'administration de la CFE ;
- Mme Samantha Bonbayl-Schefski, cheffe de la mission de gestion administrative et financière ;
- Mme Fanny Rosso, rédactrice, mission de l'aide à la scolarité et de l'action sociale ;
- M. Yannick Andrianarahinjaka, chef de la mission des conventions et entraides judiciaires ;
- Mme Julie Fort, cheffe du pôle des conventions de sécurité sociale ;
- Mme Fanny Rolland, responsable des questions fiscales ;
- M. Payam Shahrjerdi, rédacteur.

2.3.2. Direction générale de la mondialisation

- M. David Izzo, directeur adjoint de la diplomatie économique.

2.3.3. Direction des Nations Unies, des organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie

- M. Bruno Caussanel, sous-directeur des enjeux globaux et de la gouvernance des organisations internationales ;
- M. Antoine Calabrese, rédacteur organisations internationales.

2.3.4. Délégation permanente de la France à l'Unesco

- Mme Isabelle Desvignes, déléguée permanente adjointe, chargée d'affaires.

3. Autorités et établissements publics

3.1. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

- Mme Mary-Cécile Duchon, directrice, 1ère direction du contrôle des assurances ;
- Mme Anne-Laure Kaminski, directrice, 2ème direction du contrôle des assurances ;
- M. Olivier Prato, directeur, direction des autorisations ;
- M. Laurent Jurdic, direction des autorisations.

3.2. Business France

- M. Benoît Trivulce, directeur général par intérim, directeur général délégué ;
- Mme Lucie Breton-Ravier, directrice juridique ;
- M. Jean-Baptiste Reye, directeur adjoint de la direction des VIE ;
- Mme Anne Luneau, directrice des ressources humaines.

4. Caisse des Français de l'étranger

4.1. Bureau du conseil d'administration

- Mme Isabelle Frej, présidente du conseil d'administration ;
- M. Gérard Senac, vice-président du conseil d'administration ;
- Mme Stéphanie Héricher, vice-présidente du conseil d'administration.

4.2. Commission des finances et du contrôle interne du conseil d'administration

- M. Pierre François, administrateur ;
- Mme Nadine Fouques-Weiss, administratrice ;
- M. Jean-Hervé Fraslin, administrateur.

4.3. Commission de la stratégie commerciale, du développement et de la communication du conseil d'administration

- M. Franck Barthélémy, administrateur ;
- M. Thierry Consigny, administrateur ;
- M. Pierre-Yves Dupuis, administrateur ;
- Mme Stéphanie Héricher, administratrice ;
- M. Gérard Sénac, administrateur.

4.4. Groupe de travail sur la pérennité de la CFE

- M. Franck Barthélémy, administrateur ;
- M. Pierre-Yves Dupuis, administrateur ;
- Mme Nadine Fouques-Weiss, administratrice ;
- M. Jean-Hervé Fraslin, administrateur ;
- M. Michaël Pitre, administrateur ;
- Mme Radya Rahal, administratrice.

4.5. Direction

- M. Eric Pavy, directeur ;
- M. Pierre Tinet, directeur adjoint ;
- Mme Carole Abajas, directrice des finances et de la maîtrise des risques ;
- Mme Rachida Benameur, fondée de pouvoir ;
- Mme Séverine Privé-Marmet, directrice des prestations et de la satisfaction du client ;
- Mme Séverine Brunaud, directrice des ressources humaines et de la logistique ;
- M. Michaël Hérault, directeur des systèmes d'information ;
- Mme Rachida Kaci, directrice de la communication, du marketing et du développement.

5. Élus

5.1. Parlementaires

- M. Karim Ben Cheikh, député représentant les Français établis hors de France (9e circonscription) ;
- Mme Anne Genetet, députée représentant les Français établis hors de France (11e circonscription) ;
- M. Ronan Le Gleut, sénateur représentant les Français établis hors de France.

5.2. Assemblée des Français de l'étranger

- M. Florian Bohème, président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée des Français de l'étranger.

6. Caisses nationales de sécurité sociale

6.1. Caisse nationale d'assurance maladie

- Mme Virginie Galland, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département de la règlementation, coordinatrice technique du secteur relations internationales ;
- Mme Angèle Muriel, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département de la règlementation, coordinatrice technique du secteur prestations ;
- Mme Pierig Pouliquen, direction déléguée aux opérations, direction de l'organisation et de la performance de la production, mission accompagnement des régimes partenaires d'assurance maladie obligatoire, manager coordonnateur de la mission ;
- M. Karim Ben Ali, direction de l'organisation et de la performance de la production, département de la gestion des bénéficiaires, responsable adjoint ;
- M. Razak Idrissou, direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude, directeur de mission ;
- Mme Élodie Naffrechoux-Querbes, direction déléguée aux opérations, cabinet de la directrice déléguée, directrice de mission ;
- Mme Pascale Poujol, direction déléguée aux opérations, direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, mission des relations internationales et des situations particulières, directrice de mission ;
- Mme Nathalie Julien, direction déléguée aux opérations, direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, mission des relations internationales et des situations particulières, chargée de mission ;
- M. Armand Carel, direction déléguée aux opérations, direction de l'organisation et de la performance de la production, département de la gestion des bénéficiaires, division maîtrise d'ouvrage précarité et relations internationales, manager opérationnel ;
- M. José Badal, direction déléguée aux opérations, direction de l'organisation et de la performance de la production, département de la gestion des bénéficiaires division maîtrise d'ouvrage précarité et relations internationales, directeur de projet ;

- Mme Virginie Galland, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département de la règlementation, coordinatrice technique du secteur relations internationales ;
- Mme Julie Galodé, direction de la stratégie, des études et des statistiques, département diffusion, analyse prospective et relations internationales, chargée de mission ;
- M. Christophe Albou, CPAM du Morbihan, sous-directeur chargé du CNSE ;
- M. Frederic Démont, CPAM Seine et Marne, directeur des droits, des prestations et des relations avec les entreprises, Cnarefe ;
- Mme Andréa Beccari, Cnarefe, manager du service ;
- Mme Tatiana Minde, Cnarefe, manager opérationnel ;
- Mme Marjorie Holtz, CPAM Val de Marne, coordonnatrice département gestion des bénéficiaires.

6.2. Caisse nationale d'assurance vieillesse

- M. Max Pacalet, directeur des relations internationales et de la conformité ;
- Mme Françoise Julien-Degaast, responsable du pôle relations avec les assurés de l'étranger, personnalité qualifiée admise à assister aux séances du conseil d'administration de la CFE ;
- Mme Virginie Barret, adjointe du directeur des relations internationales et de la conformité.

6.3. Mutualité sociale agricole

- M. Etienne Meunier, caisse centrale de la MSA, directeur métier santé et gestion des individus ;
- M. Bruno Noury, caisse centrale de la MSA, direction métier santé et gestion des individus, responsable département maîtrise d'ouvrage stratégique santé ;
- M. Amira Dekar, caisse centrale de la MSA, direction métier santé et gestion des individus département maitrise d'ouvrage stratégique, cheffe de projet maîtrise d'ouvrage stratégique santé ;
- M. Loïc Perrot, caisse centrale de la MSA, direction métier santé et gestion des individus, département maitrise d'ouvrage stratégique, chef de projet maîtrise d'ouvrage stratégique santé ;
- M. Thomas Bousquet, caisse centrale de la MSA, chargé de mission au cabinet de la présidence et de la direction ;
- M. Thierry Peres, MSA de la Charente, direction de la santé et des services aux assurés, responsable du département de la santé ;
- Mme Anabelle Doumet, MSA de la Charente, direction de la santé et des services aux assurés, département de la santé responsable pôle santé-PME ;
- M. Norman Obry, GIE i-MSA, responsable du pôle partenariats.

7. Mutuelles et entreprises d'assurance

7.1. April

- Mme Isabelle Moins, directrice générale adjointe April international.

7.2. Axa

- M. Mattieu Rouot, directeur général de Maxis ;
- M. Ludovic Lambolez, directeur de l'activité International Private Medical Insurance.

7.3. Allianz Partners

- M. Xavier Mauriac, directeur commercial partenariat et affinitaire, Santé internationale.

7.4. Henner

- Mme Laure de Tilly, directrice générale déléguée, opérations France et international ;
- Mme Audrey Hauciarts, responsable conformité et contrôle interne ;
- Mme Assiba Bouheraoua, responsable des opérations internationales ;
- Mme Carole Giraud, opérations internationales, responsable qualité et formation.

7.5. Malakoff Humanis

- Mme Annika Milville, directrice de l'international, direction des grands comptes & de l'international.

7.6. MGEN

- M. Stéphane Znaty, directeur de l'international ;
- Mme Catherine Adam, directrice des opérations ;
- Mme Lucie Georges, responsable de la direction prévoyance et expertise métier au sein de la direction des opérations ;
- M. Michaël Pitre, administrateur de la MGEN, administrateur de la CFE au titre de la Fédération nationale de la Mutualité Française.

7.7. MSH

- M. Frédéric Grand, directeur général de MSH International ;
- Mme Amandine Giraud, directrice adjointe chargée de la finance, du juridique et de la stratégie ;
- Mme Nathalie Fessard de Foucault, directrice grands comptes.

7.8. International-Santé

- M. Raphaël Reiter, président-directeur général.

8. Organisations patronales, associations et entreprises

8.1. Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

- M. Pierre François, directeur général de Swisslife prévoyance et santé, administrateur de la CFE au titre du Medef, branche assurance ;
- Mme Pauline Cavanna, cheffe de service protection sociale complémentaire, UIMM ;
- Mme Marie Gouérant, juriste, service protection sociale complémentaire, UIMM ;
- M. Antoine Bessiere, chargé de mission – financement de la protection sociale, MEDEF.

8.2. Cindex

- Mme Delphine Douroux, directrice de Cindex ;
- Mme Emilie Bergeaud, directrice rémunération et mobilité internationale, groupe Renault ;
- M. Pierre-Yves Bigot, directeur mobilité internationale, groupe Vinci ;
- M. Laurent Mereyde, directeur de la sûreté, groupe Technip ;
- Mme Hasnae Aramburu, responsable paye internationale, groupe Thalès ;
- M. Stéphane Watts, directeur de la mobilité internationale, groupe Orange.

8.3. Cercle Magellan

- M. Jean Pautrot, président du Conseil Magellan de l'international.

8.4. Action contre la faim

- M. Olivier Cuinet, responsable du pôle RH ;
- M. Guilhem Cazaux, coordinateur des assurances.

8.5. BNP Paribas

- Mme Juliette Grimaud, responsable des affectations internationales et de la mobilité internationale au sein du groupe ;
- M. Clément Thibaud, directeur des agences de Mérignac centre et Mérignac Capeyron, affectations internationales et de la mobilité internationale au sein du groupe ;
- Mme Jacqueline Cheyban-Villelegier, responsable gestion assistance et paie, direction des ressources humaines.

8.6. Bouygues bâtiment international

- Mme Valérie Bonnouvrier, directrice de la mobilité.

8.7. LVMH

- M. Franck Bada, responsable de la mobilité internationale.

8.8. TotalEnergies

- Mme Christine Amelon, responsable prévoyance et santé France, responsable des expatriés ;
- M. Cyrille Espinosa, directeur de TGHRS, filiale chargée d'activités RH ;
- M. Gabriel Galvalisi, direction des assurances ;
- M. Christophe Marty, directeur de la paye.

9. Organisations internationales

9.1. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

- Mme Jessica Mason, cheffe adjointe de la gestion des ressources humaines ;
- M. Jean-Pierre Couchinave, chef de la division des opérations, direction des ressources humaines.

9.2. Organisation des Nations unies pour l'éducation, les sciences et la culture (UNESCO)

- M. Paul Coustère, responsable des ressources humaines par intérim ;
- M. Immo Welter, *chief of pension & insurance unit*.

10. Prestataires de la CFE

10.1. SPAC Actuaires

- Mme Geneviève Beraud-Gravillon, associée ;
- M. Louis Lenglin, associé ;
- M. Adrien Imbert, actuaire.

10.2. Amadeis

- M. Alexandre Lengereau, président et co-fondateur ;
- Mme Camille Dupuis, directrice associée.

11. Personnalités qualifiées

11.1. Royaume de Belgique

- M. Marc Morsa, directeur général, coordination des politiques et relations internationales, ministère fédéral de la sécurité sociale ;
- M. Bert Srobbe, directeur général, Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer (OSSOM) ;
- M. Jean-Pierre Rucquoy, conseiller (service assurés actifs) OSSOM.

11.2. Autres interlocuteurs

- M. Laurent Caillot, inspecteur général des affaires sociales ;
- M. Laurent Gallet, directeur général de l'établissement national des invalides de la marine (Enim), ancien directeur de la CFE.

PIÈCE JOINTE

Lettre de mission

Pièce jointe

GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

LES MINISTRES

Réf. : D24-05780

Paris, le 03 JUIL. 2024

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

La ministre du travail, de la santé et des solidarités

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics

à

Monsieur Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Madame Catherine SUEUR
Cheffe de l'Inspection Générale des Finances

Objet : Evaluation de la pérennité du modèle économique de la Caisse des Français de l'étranger

La Caisse des Français de l'étranger (CFE) est un organisme de droit privé créé en 1978 et assurant une mission de service public : la gestion des assurances volontaires des assurés résidant à l'étranger pour les risques maladie et maternité, invalidité, AT/MP et vieillesse.

L'ensemble de ces assurances volontaires permet aux Français de l'étranger de bénéficier d'une meilleure couverture sociale, en complément ou en l'absence d'une convention bilatérale de sécurité sociale entre leur pays d'expatriation et la France. Tout en étant chargée d'une mission de service public, la CFE a donc la spécificité d'évoluer dans un environnement concurrentiel dans lequel elle dispose cependant d'avantages comparatifs uniques : possibilité d'obtenir une carte Vitale SESAM, application des règles de coordination entre cette caisse et les régimes obligatoires français de sécurité sociale - passage de l'obligatoire au facultatif et inversement -, absence de délai de carence au retour de l'expatriation.

La CFE est placée sous la tutelle de l'Etat, qui est exercée conjointement par la direction de la sécurité sociale et par la direction du budget. Depuis 2014, cette tutelle se traduit par une convention de partenariat entre l'Etat et la CFE. Dans ce cadre, la CFE gère les assurances volontaires de manière autonome, avec une obligation d'équilibrer recettes et dépenses.

Pièce jointe

La CFE est financée principalement par les cotisations de ses adhérents et les frais de gestion versés par la CNAV pour le recouvrement des cotisations d'assurance volontaire vieillesse. Elle dispose également d'une dotation de l'Etat, issue du programme 151 « Français à l'étranger et affaires consulaires » relevant du MEAE, pour financer une partie de son action sanitaire et sociale, en ce qui concerne les cotisations de la « catégorie aidée » prévue par l'article L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale.

Partant du constat que le modèle de la CFE ne correspondait plus aux nouvelles formes d'expatriation, qu'elle enregistrait une diminution des adhésions collectives, une surreprésentation des adhérents âgés et une faiblesse des adhésions des moins de 30 ans, la loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 a réformé la caisse de façon approfondie pour améliorer son offre et rénover sa gouvernance, et a été pour partie basée sur les recommandations d'un rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances de juillet 2015 sur l'activité et les conditions d'intervention de la CFE.

Malgré cette réforme, le résultat financier de la CFE s'est dégradé depuis 2018, avec une alternance d'années déficitaires et d'années de léger excédent. En 2022, elle a enregistré un déficit de 42 M€ dû à une diminution des contrats collectifs et une dépréciation de ses placements financiers. Du fait d'une provision de 17M€ constituée la même année au titre de la dépréciation de ses actifs obligataires due à la hausse des taux d'intérêt, elle a exprimé un besoin réel de ressources supplémentaires annuelles de 25M€.

Face à ce déséquilibre, le conseil d'administration a, sur la période récente, voté d'importantes augmentations de cotisations, au risque de conduire à un déport des adhérents vers des assurances privées ou encore à une renonciation aux soins.

Si certains leviers à l'impact non décisif paraissent mobilisables (élargissement de la couverture de la CFE à de nouveaux publics, assouplissement du cadre règlementaire de ses placements financiers, réduction de ses coûts de gestion, recentrage de l'activité sur quelques produits, développement d'une politique d'attractivité à destination des entreprises, réforme du dispositif de la « catégorie aidée » pour en réduire le coût), une analyse plus approfondie des évolutions auxquelles la CFE est confrontée paraît nécessaire afin d'assurer la pérennité du système de protection sociale des assurés résidant à l'étranger.

Par ailleurs, la mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale réalise actuellement un audit sur la gestion interne de la CFE.

Dans ce contexte, il est souhaité que le modèle économique de la CFE fasse l'objet d'une évaluation. Nous vous prions de bien vouloir conduire cette mission d'évaluation qui dresserait un bilan de la situation actuelle de la caisse et des effets utiles que la mise en œuvre de la réforme de 2018 a pu produire. En particulier, vous vous attacherez à déterminer si cette caisse dispose de moyens suffisants pour assurer son équilibre budgétaire ou si une réforme plus structurelle est requise, en veillant à identifier des pistes de réforme ne nécessitant pas de hausse de la participation de l'État.

La mission, dont les conclusions sont attendues pour le mois de décembre 2024, pourra s'appuyer sur les services de la direction de la sécurité sociale et de la direction du budget.

Bruno LE MAIRE **Catherine VAUTRIN** **Thomas CAZENAVE**