RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

RAPPORT

Septembre 2026

REFONDER L'ARTICULATION ENTRE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET COMPLEMENTAIRES SANTE AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

Elisabeth Hubert,
Nicolas Bouzou,
Stéphane Junique,
Franck Von Lennep

REFONDER L'ARTICULATION ENTRE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET COMPLEMENTAIRES SANTE AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

Rapport final

Septembre 2026

Elisabeth Hubert,
Nicolas Bouzou,
Stéphane Junique,
Franck Von Lennep

Rapporteures : Emilie Fauchier-Magnan (IGAS), Anouk Canet (IGF)

SOMMAIRE

PREAMBULE **7**

SYNTHESE **9**

LISTE DES RECOMMANDATIONS **15**

1 NOTRE MODELE DE COUVERTURE EN SANTE PROTECTEUR EST CONFRONTE A UN REEL DANGER DE SOUTENABILITE ET TIRE INSUFFISAMMENT PARTI DE LA COMPLEMENTARITE ENTRE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) ET ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (OC) **18**

1.1 L'INTERVENTION CONJOINTE DE L'AMO ET DE L'AMC PERMET D'ASSURER UNE PROTECTION ELEVEE MAIS LAISSE SUBSISTER DES DESEQUILIBRES, MALGRE UNE REGULATION DE PLUS EN PLUS FORTE AU FIL DU TEMPS 18

1.1.1 *Jamais défini explicitement, le rôle des OC s'est progressivement enrichi par le biais de modifications législatives successives, rendant illisibles les responsabilités des financeurs et imprécis et contradictoires les objectifs des contrats* *18*

1.1.2 *De plus en plus segmenté entre actifs et inactifs du fait du développement des contrats collectifs, le système actuel conduit par sa complexité à des effets redistributifs illisibles entre les populations couvertes* *22*

1.1.3 *Les OC contribuent à l'accès aux soins, en couvrant les restes à charge post AMO, au sein d'un système dual très protecteur en santé mais inéquitable en prévoyance* *26*

1.2 FACE AUX DEFIS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DE LA CROISSANCE DES MALADIES CHRONIQUES, ET AU VU DE LA DEGRADATION DES COMPTES SOCIAUX, LA REGULATION DE LA DEPENSE DE SANTE DOIT ETRE PLUS EFFICIENTE 33

1.2.1 *Le creusement du déficit de l'assurance-maladie obligatoire, dans un contexte de croissance structurelle des dépenses de santé, appelle à recourir à des modalités de régulation plus ambitieuses et plus efficientes* *33*

1.2.2 *La structure du financement de la dépense de santé a réduit la participation des assurés à la prise en charge de leurs soins* *36*

1.2.3 *Le montant des primes des OC augmente, sous le triple effet d'une hausse des prestations, de frais de gestion élevés, mais également d'une hausse de la taxation depuis 2025* *38*

1.3 LA FAIBLESSE DE LA GOUVERNANCE AMO/AMC NUIT A LA CONDUITE ET A L'EFFICIENCE DE CERTAINES POLITIQUES PUBLIQUES, NOTAMMENT EN MATIERE DE GESTION DES RISQUES, DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE 42

1.3.1 *Depuis 2004 et la création de l'UNOCAM, le principe du « qui co-paie, co-décide » n'a pas été pleinement mis en œuvre, engendrant tensions entre acteurs et-illisibilité du système* *42*

1.3.2 *Les politiques de gestion du risque et de lutte contre la fraude sont pénalisées par l'insuffisance des échanges d'informations entre AMO et AMC, en dépit d'enjeux partagés* *44*

1.3.3 *Les actions de prévention en santé déployées par les OC sont mal identifiées, peu évaluées et ne sont pas articulées avec les actions publiques, en l'absence d'une gouvernance nationale* *45*

1.4 MALGRE DES PROGRES RECENTS, LE SYSTEME DE COUVERTURE SANTE RESTE GENERATEUR DE COMPLEXITE ET D'ILLISIBILITE POUR LES OFFREURS DE SOINS ET LES PATIENTS 50

1.4.1 *Le tiers payant avec les OC reste perçu comme complexe par une partie des professionnels de santé de ville, mais pourrait être une source de simplification dans les établissements de santé* *50*

1.4.2 *Concernant les patients, la complexité des règles de remboursement de l'AMO engendre une incompréhension des dispositifs* *52*

1.4.3 *Les règles du ticket modérateur relevant de la règlementation de l'AMO rendent les règles de participation des assurés incompréhensibles, en particulier à l'hôpital* *53*

2 D'AUTRES MODELES D'ORGANISATION PEUVENT INSPIRER UN RENOUVELLEMENT DE L'ARCHITECTURE DE FINANCEMENT DU RISQUE MALADIE 55

2.1 EN FRANCE, LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS DE L'ASSURANCE-MALADIE COMPLEMENTAIRE AU SEIN DE LA COUVERTURE MALADIE EST ATYPIQUE PAR RAPPORT AUX PAYS EUROPEENS 55

2.2 LA PRIVATISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE CONSTITUERAIT UNE RUPTURE MAJEURE DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS 58

2.3 INVERSEMENT, L'ETATISATION DU SYSTEME DE SANTE CONSTITUE UNE MAUVAISE REPONSE AUX DEFIS DU SYSTEME DE SANTE ET AUX BESOINS DES ASSURES 59

2.4 LE PLAFONNEMENT DU RESTE A CHARGE, OU « BOUCLIER SANITAIRE » PEUT CONSTITUER UNE REPONSE A PLUSIEURS DES DEFAUTS STRUCTURELS DU SYSTEME AMO/AMC, MAIS AURAIT DE MULTIPLES EFFETS QUI INTERROGENT 62

2.5 LE DECROISEMENT TOTAL OU PARTIEL DU PANIER DE SOINS POURRAIT ETRE ENVISAGE ET CONSTITUERAIT UNE INSPIRATION UTILE POUR MIEUX AFFIRMER LE ROLE DES OC 64

3 LA REFORME PROPOSEE PAR LA MISSION 66

3.1 DEFINIR LE ROLE ET LES MISSIONS DES ORGANISMES D'ASSURANCE SANTE DANS UN SYSTEME DE SOINS RENOVE ET PLUS EFFICACE 68

***3.1.1** Expliciter le rôle et les missions des organismes complémentaires, en les faisant évoluer vers des organismes d'assurance santé (ODAS) 68*

***3.1.2** Réformer la gouvernance entre l'État, l'assurance maladie obligatoire et les ODAS 69*

***3.1.3** Définir une stratégie financière pluriannuelle fixant une trajectoire de répartition des financements entre l'AMO, les organismes d'assurance santé et les assurés 70*

3.2 S'APPUYER SUR LE TANDEM AMO-ODAS POUR GARANTIR L'ACCES AUX SOINS, RENFORCER LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE ET ORIENTER LES DEPENSES VERS LES SOINS ESSENTIELS 71

***3.2.1** Ajuster le panier de soins AMO-ODAS pour recentrer la couverture santé sur les seules dépenses essentielles et validées scientifiquement et créer, en conséquence, un « contrat essentiel » 71*

***3.2.2** Confier aux ODAS la responsabilité du financement de certains segments de dépense pour renforcer la qualité et l'efficience de ces dépenses 73*

3.3 ASSOCIER LES ODAS A LA REALISATION DES POLITIQUES DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE EN LEUR CONFIANT DE NOUVELLES RESPONSABILITES 76

***3.3.1** Favoriser l'action des ODAS en faveur de la prévention en santé, notamment en entreprise, et de l'accompagnement des parcours, dans le cadre d'une nouvelle stratégie nationale de santé 76*

***3.3.2** Renforcer le partage de données entre AMO et organismes d'assurance santé à des fins de prévention en santé tout en contrôlant l'absence de sélection des risques en fonction de l'état de santé par les ODAS 80*

***3.3.3** Apparier les données des ODAS avec le SNDS et normaliser l'accès des ODAS au SNDS pour faciliter les études et évaluations 82*

***3.3.4** Engager une action concertée sur le registre de la lutte contre la fraude, en s'appuyant sur les possibilités ouvertes par la loi fraude de juin 2026 ..... 83*

3.4 REDONNER DES MARGES DE LIBERTE AUX ACTEURS TOUT EN PROTEGEANT MIEUX CERTAINES SITUATIONS 84

***3.4.1** Donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs 84*

***3.4.2** Mieux protéger certains risques ou certaines populations 85*

3.5 RENFORCER LA LISIBILITE ET LA TRANSPARENCE, SIMPLIFIER LES DISPOSITIFS PRESIDANT A LA COUVERTURE SANTE . 87

***3.5.1** Simplifier et harmoniser les règles de participation financière à l'hôpital 87*

***3.5.2** Améliorer et simplifier la facturation auprès des ODAS 88*

***3.5.3** Renforcer la transparence des dépenses des ODAS, y compris sur les frais de gestion et l'information des assurés 90*

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 92

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES MEMBRES DE LA MISSION 101

ANNEXE 2 : LISTE DES MOTIFS D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR, SELON LEUR NATURE 102

ANNEXE 3 : LE 100 % SANTE 104

ANNEXE 4 : L'ENQUETE FLASH PREVENTION EN SANTE MENEE AUPRES DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES 106

Préambule

Ce rapport avait, selon le contenu de notre lettre de mission, pour « objectif d'aboutir à une vision modernisée et partagée des rôles respectifs de l'AMO et des AMC, au service des assurés comme de la soutenabilité de notre modèle social ». La complémentarité de nos parcours professionnels et la diversité de nos convictions personnelles sur ces sujets ont nourri des échanges particulièrement riches. Cela nous a permis de parvenir à une conviction commune : les mots « service aux assurés », « soutenabilité » et « modèle social » constituaient l'essentiel de l'objectif assigné à notre mission et leur préservation repose sur une ambition plus large que celle des rôles respectifs de l'AMO et de l'AMC.

Loin de nous l'idée, néanmoins, d'établir un document programmatique de réforme de notre système de santé et de protection maladie. Aussi forte soit la tentation de s'engager dans un tel travail, lucidement nous avons convenu que le temps imparti et le cadre fixé ne permettaient pas d'engager ce chantier. Notre démarche a donc été de répondre à la commande faite mais en nous employant, tout au long de notre rapport, à souligner la nécessité d'une réforme plus vaste et à poser cette approche volontariste globale comme un préalable, les rôles respectifs des assureurs étant un élément, parmi d'autres, de cette nouvelle architecture.

Les multiples auditions conduites nous ont très vite confortés dans cette vision, la grande prudence de nos interlocuteurs témoignant des effets délétères de la multiplicité et de la succession des mesures adoptées depuis plusieurs décennies, chacun craignant que de nouvelles dispositions ne leur soient plus préjudiciables que celles existantes. Comment reprocher cette crainte, au vu des décisions court-termistes privilégiées depuis quelques années ? Il convient d'ajouter que la présentation annuelle du montant des déficits annoncés, leur pérennité et leur croissance ont créé un contexte de « normalité » qui accroît la frilosité vis-à-vis de mesures visant à en réduire le montant.

Notre pays doit prendre conscience que la santé s'exercera désormais dans un univers qui placera au premier plan vieillissement et maladies chroniques, qui fera de la prévention la priorité de l'action publique en santé et qui verra l'IA et les innovations thérapeutiques et techniques devenir des instruments majeurs du diagnostic et du traitement des maladies.

Notre choix a donc été de répondre à la question posée du rôle respectif de l'AMO et de l'AMC et de leur articulation, mais d'inscrire les évolutions proposées dans ce contexte de changements profonds et avec la préoccupation budgétaire de ne plus dépenser davantage que nous n'avons de possibilités de financement.

Nous avons conscience que certaines de nos analyses pourront paraître exigeantes et certaines de nos propositions ambitieuses.

Mais c'est précisément parce que nous voulons préserver les fondamentaux de notre système de protection sociale que nous estimons urgente et indispensable, la conduite d'une réforme d'ampleur et que les mois qui nous séparent des élections présidentielles sont un espace de temps privilégié pour que le travail d'information et de conviction ait lieu. En l'absence de transformations du système lui-même, de sa gouvernance et de son organisation, les changements proposés pour le financement s'avéreront inopérants. Nos préconisations répondent donc aux défaillances nées de l'accumulation de mesures ponctuelles et de normes qui ont engendré une complexité devenue ingérable et s'inscrivent dans une perspective de lisibilité, de transparence, de pédagogie, d'équité, de responsabilité et de respect de l'équilibre des finances publiques. Dans ce contexte, l'articulation entre AMO et AMC appelle désormais une évolution en profondeur et un pilotage volontariste.

Chacun aura compris que nous sommes très attachés à la prise en compte de ce rapport dans sa globalité et que nous incitons celles et ceux qui auront à en tirer parti, à s'affranchir de la tentation de grapiller, ici ou là, certaines mesures pour en faire des propositions intégrées au PLFSS. Agir ainsi serait la reconduction de ce que nous connaissons depuis des années et reviendrait à reproduire les erreurs que nous dénonçons.

Les réformes de nos systèmes de santé et de protection sociale ne peuvent produire leurs effets que si leurs composantes sont appréhendées dans leur cohérence et leur complémentarité. Mais la réussite ne sera au rendez-vous que si la démarche repose sur un élément essentiel : la confiance dans la stabilité, la justice et la cohérence des règles, que cette confiance soit celle des citoyens et des patients, des professionnels et établissements de santé, des organismes complémentaires, des industriels de la santé.

Nous souhaitons enfin remercier chaleureusement les rapporteures de l'IGAS et de l'IGF, Émilie Fauchier-Magnan et Anouk Canet, pour leur engagement, leur rigueur et leur accompagnement tout au long de cette mission. Leur contribution a été précieuse et a largement participé à la qualité et à la richesse de cette réflexion collective.

Dr. Elisabeth Hubert, Nicolas Bouzou, Stéphane Junique et Franck Von Lennep

Synthèse

Le défi du système de couverture maladie français est désormais existentiel. D'une part, le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et la mise sur le marché d'innovations thérapeutiques majeures mais coûteuses conduisent à une hausse structurelle des dépenses. D'autre part, en l'absence de mesures correctrices, le déficit de l'assurance maladie de 15,9 Md€ en 2025 devrait continuer de s'accroître pour atteindre, en 2029, 17,7 Md€, perspective inquiétante au vu de l'état des finances du pays.

Dans ce contexte, si le sujet de l'articulation AMO/AMC apparait comme essentiel, il ne saurait constituer à lui seul une solution si ne s'exprime pas d'abord une stratégie politique claire en matière de santé, assortie d'un plan pluriannuel de financement. La soutenabilité de notre modèle social et l'accès aux innovations sont à ce prix et imposent également que désormais soit instituée une règle de ne pas dépenser plus que le produit de nos recettes.

Le système de couverture maladie français, conçu comme protecteur, est confronté à des fragilités croissantes et tire peu parti de la complémentarité AMO/AMC

Le système français de couverture santé se caractérise par un **niveau de protection particulièrement élevé, assuré conjointement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC)**. Ainsi, le reste à charge des ménages, en baisse sensible au fil des années, est l'un des plus bas en comparaison internationale, s'élevant à 10,2 % de la dépense de santé, pour une moyenne européenne de 14,8 % ; cette baisse est essentiellement portée par la croissance de la part de l'AMO. Ce haut niveau de protection s'illustre par d'une part la couverture universelle élevée assurée par l'AMO et d'autre part la couverture quasi-généralisée de la population par une complémentaire santé, puisque 96,6 % des Français sont couverts - ce chiffre intégrant les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Les organismes complémentaires (OC) assurent un rôle significatif dans le financement de la dépense de santé, à hauteur de 12,8 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2024 mais avec un poids inégal selon les postes : 3,8 % des dépenses hospitalières, 14,8 % des soins ambulatoires, 10,9 % des médicaments mais 68,2 % de l'optique, 50,6 % de l'audioprothèse et 48,5 % des soins dentaires. La hausse soutenue des primes des OC ces dernières années (+8 % en 2024, +6 % en 2023) s'explique notamment par une hausse des prestations, tant celles liées à l'augmentation tendancielle des dépenses que celles dues à l'élargissement du panier du contrat responsable, mais aussi au remboursement de prestations de soins non conventionnels. Cette hausse des prestations n'a pas été atténuée par une diminution des frais de gestion, qui demeurent élevés et assez stables (18,8 % des cotisations en moyenne). Par ailleurs, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) ainsi que la taxe exceptionnelle votée en 2026, dont les OC sont les collecteurs, pèsent sur le montant des primes effectivement acquittées, 40 % de son produit finançant directement l'AMO et non plus uniquement la solidarité (CMUC puis C2S) ainsi que la création de cette taxe l'avait prévu.

Il est d'ailleurs à noter que par rapport à ses voisins européens, la France se caractérise par un nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé très élevé, 397 contre une trentaine au Royaume Uni.

Parallèlement, le système est complexifié par l'effet de dispositions successives, engendrant des fragilités structurelles dont l'ampleur s'accroit.

La première concerne le changement de logique des contrats responsables, qui se sont vu assigner depuis leur création une multiplicité et une succession d'objectifs contradictoires. Prévus initialement comme des outils de responsabilisation des assurés, ces contrats ont ensuite répondu à des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins et de contribution à la régulation des prix des prestations de soins. Dans le même temps, la régulation des garanties des complémentaires s'est accrue et les contrats responsables ont contribué à définir en creux le rôle des OC dans le système de santé. Par ailleurs, la

réglementation de ces contrats a contribué à l'inflation des primes en ne laissant comme espace de concurrence véritable que les prestations à la périphérie des soins.

La deuxième concerne la segmentation croissante du marché entre les diverses populations, les évolutions récentes de la couverture complémentaire visant à réduire certaines inégalités mais engendrant elles-mêmes des effets pervers. Le développement de la couverture collective depuis l'accord national interprofessionnel de 2013 et le déploiement en cours de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ont ainsi renforcé la distinction entre le marché des inactifs et celui des actifs, plus protecteur et bénéficiant d'aides publiques plus importantes et d'une participation des employeurs. Quant aux plus âgés, ils paient des primes plus élevées avec une croissance plus rapide, en raison d'un reste à charge après AMO supérieur du fait de leurs besoins en soins. Si le dispositif ALD diminue sensiblement les dépenses à la charge des complémentaires santé, sa croissance a pour conséquence d'augmenter la part de l'AMO dans les dépenses totales. Ce mouvement interroge la soutenabilité du modèle, en particulier pour les ménages modestes, notamment du fait de la méconnaissance du dispositif de la C2S. Ces difficultés réelles d'accès à une complémentaire pour les retraités modestes, doivent néanmoins être mises en regard du constat selon lequel le taux d'effort effectif des actifs est systématiquement supérieur à celui des retraités, quel que soit le niveau de vie considéré.

La troisième est liée à la couverture inégale de certains risques pourtant majeurs, comme la prévoyance, avec une meilleure prise en charge des cadres et une forte variabilité entre branches et entreprises. Bien qu'essentielles, les garanties de prévoyance sont peu connues, les risques décès et invalidité restant difficiles à appréhender pour les salariés.

La faiblesse de la gouvernance AMO/AMC nuit à la conduite et à l'efficience de certaines politiques publiques, notamment en matière de gestion des risques, de prévention et de lutte contre la fraude

Si la loi de 2004 a constitué un progrès important, à travers la création de l'Unocam, la gouvernance telle qu'elle est actuellement mise en œuvre entre l'État, l'assurance maladie et les organismes complémentaires, n'a pas vu la mise en œuvre du « qui co-paie, co-décide ». D'une part, les transferts réguliers et croissants de financements de l'AMO vers l'AMC sont réalisés par à-coups, sans trajectoire d'ensemble, suscitant une crise de confiance entre les acteurs. D'autre part, l'absence de définition du rôle des OC, hors les obligations fixées par le contrat responsable, les cantonne en grande partie à un rôle de co-payeurs, alors qu'ils disposent de capacités d'action significatives qui pourraient être mieux mobilisées au service des priorités de politiques publiques.

L'absence de partage et de concertation est particulièrement préjudiciable dans deux secteurs :

- les politiques de gestion du risque, les actions de maîtrise des dépenses ou de contrôle de leur pertinence, avec l'enjeu majeur de la lutte contre la fraude qui pour être efficace suppose partage d'informations et action concertée ;

- la prévention, dont la place est notoirement insuffisante, le système français demeurant principalement orienté vers la prise en charge des pathologies déclarées. Certes, les OC développent déjà certaines actions dans les entreprises et auprès de leurs assurés, mais ces initiatives restent limitées, mal identifiées, peu coordonnées et évaluées et dans bien des cas concernent des activités non remboursées par l'AMO.

Une gouvernance nationale claire, une concertation organisée et régulière entre AMO et AMC, des modalités établies de partage des données sont autant de défis à relever pour asseoir la soutenabilité financière du système.

Malgré des progrès récents, le système de couverture santé est perçu comme complexe et de moins en moins lisible par les offreurs de soins et les patients

La superposition des règles de remboursement de l'AMO et de l'AMC rend incompréhensibles les dispositifs pour les assurés. Outre le fait que le contenu des contrats des complémentaires est complexe du fait même de la technicité du vocabulaire, les règles de calcul de la participation des individus sont particulièrement illisibles et inéquitables, notamment pour ce qui relève du reste à charge à l'hôpital.

Plus largement, la multiplication des dispositifs d'exonérations a progressivement réduit la compréhension globale du système et notamment l'intervention des complémentaires.

En ce qui concerne le tiers payant, s'il apparait comme une possible source de simplification dans les établissements de santé, son usage est hétérogène chez les professionnels de santé de ville et sa généralisation progressive reste perçue comme complexe par certains métiers. Le nombre important d'OC, l'absence d'intégration dans certains logiciels des outils nécessaires au déploiement du tiers payant, la charge administrative, des défauts de transparence et de service sont autant de situations qui alimentent les interrogations voire les oppositions.

Plusieurs scénarios de rupture, qui ont déjà fait l'objet d'investigations approfondies par le passé, ont été écartés par la mission pour privilégier un scénario de transformation pragmatique et ambitieux

La mission a examiné plusieurs scénarios d'évolution structurelle de l'architecture du système, inspirés des comparaisons internationales.

Le scénario d'une privatisation de l'assurance maladie obligatoire, inspiré notamment des modèles étrangers, ne parait pas envisageable. Une telle évolution constituerait une rupture majeure avec l'histoire de la protection sociale française, et n'emporterait pas l'acceptabilité des citoyens et des offreurs de soins, attachés au modèle public de Sécurité sociale financée par cotisations prélevées sur les ménages ou les entreprises ou par l'impôt et les taxes.

Le scénario d'une hausse renforcée de la couverture santé par l'assurance maladie, parfois désigné sous le terme de « Grande Sécurité sociale », a également été écarté par la mission, qui considère qu'un tel projet ne répondrait ni aux enjeux de soutenabilité financière ni aux besoins de transformation de notre système de santé. Quant à la possible transposition du régime d'Alsace Moselle à toute la France, le fait que les employeurs ne financent aucunement le dispositif, que les études réalisées n'ont pas montré que les comportements des usagers et des professionnels étaient plus vertueux et que l'effet sur les tarifs des OC n'a jamais été évalué ont conduit la mission à écarter cette idée.

Enfin**, la mise en place d'un bouclier sanitaire** plafonnant le reste à charge, si elle permettrait de satisfaire certains objectifs, pose de nombreuses questions opérationnelles, notamment selon qu'elle s'accompagne ou non d'une modification des règles d'exonération et d'une modulation ou non selon les revenus, et selon son articulation avec les dispositifs de solidarité existants. Au-delà, ce scénario n'apporte pas en soi de réponse aux défis de la prévention et aux enjeux de la pertinence des soins et ne permet pas de clarifier le rôle des OC dans notre système de santé.

Quant au décroisement total ou partiel du panier de soins, s'il ne répond qu'imparfaitement à l'ambition portée par la mission, il permet d'avancer vers davantage de clarification sur le rôle et la place des acteurs et d'engager une transition vers un rôle plus affirmé pour les OC.

Cinq axes pour refonder durablement l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé et contribuer à la transformation du système de santé

La mission met en avant plusieurs principes qui sont autant de prérequis à la mise en œuvre d'une nouvelle architecture de la protection santé :

- Garantir une couverture de santé protectrice pour les Français,
- Donner la priorité à une régulation pluriannuelle des dépenses de santé, avec d'une part la mise en œuvre d'une règle d'or garantissant l'équilibre de l'AMO et d'autre part une rénovation de la structuration de l'ONDAM,
- Recentrer la couverture des dépenses de santé sur les soins dont la validité scientifique est démontrée, renforcer l'efficience des soins et des parcours tant en ville qu'à l'hôpital et s'appuyer sur l'innovation technique et thérapeutiques pour transformer l'offre de soins,
- Transformer notre système de soins établi sur le seul curatif vers un système s'appuyant résolument sur la prévention,

- Renforcer la lisibilité de notre système de protection sociale dans une logique de responsabilisation de tous, notamment patients, offreurs de soins et organismes complémentaires,
- Développer un climat de confiance dont les fondements sont une nouvelle gouvernance, une stratégie pluriannuelle des enjeux et des financements et une coopération structurée entre acteurs.

Ces principes affirmés, la mission propose de :

1. Refonder la gouvernance et reconnaître pleinement les OC, devenus organismes d'assurance santé (ODAS) comme acteurs du système de santé

La première recommandation consiste à **clarifier le rôle et la place des OC** et à les reconnaître comme de véritables acteurs du système de santé, en les désignant « organismes d'assurance santé » (ODAS). Les missions des ODAS seraient explicitées, pour conforter leur légitimité politique et institutionnelle sur trois champs complémentaires : le remboursement des soins de santé, qui demeurerait leur mission première ; la prévention en santé, notamment au sein des entreprises ; enfin, aux côtés des professionnels de santé et du médicosocial, l'accompagnement des personnes et des parcours.

Ce rôle nouvellement défini des ODAS, qui suppose une profonde transformation des organismes complémentaires eux-mêmes, s'inscrira dans une **gouvernance rénovée**. La mission propose ainsi de recréer des instances régulières de concertation associant État, assurance maladie et ODAS afin de définir des orientations communes dans des domaines tels que la prévention, la lutte contre la fraude, la gestion du risque. Cette gouvernance rénovée devrait s'appuyer sur une trajectoire financière pluriannuelle définissant clairement les contributions respectives de l'AMO, des ODAS et des assurés. Enfin, un renforcement du rôle de l'UNOCAM complètera cette réforme de la gouvernance.

2. Ajuster les paniers de soins sur les seules dépenses scientifiquement incontestables et créer en conséquence un contrat « essentiel ».

La mission estime indispensable de recentrer la solidarité nationale sur les soins dont l'efficacité médicale est démontrée. Ainsi, la mission recommande donc de subordonner l'intégration d'un acte ou prestation au sein de la couverture maladie à une étude scientifique et médico-économique menée par la HAS. Une intégration plus dynamique de l'innovation dans le panier de soins serait également recherchée.

La mission propose en outre de sortir de la logique du contrat responsable **en créant un « contrat essentiel** », recentré sur le financement des soins pertinents. Les garanties portant sur des actes insuffisamment validés scientifiquement ou sur des prestations de confort ne bénéficieraient plus des avantages fiscaux et sociaux. Une instance de concertation réunissant, notamment l'UNOCAM, l'UNCAM, la DSS et les acteurs de santé serait ensuite chargée de proposer au ministre de la Santé, à échéance régulière, son contenu et son éventuelle révision sur la base des évaluations de la HAS.

3. S'appuyer sur les ODAS pour déployer les politiques de prévention en santé et de gestion du risque

En premier lieu, dans le cadre de la gouvernance renouvelée, **les ODAS pourraient se voir fixer un objectif de consacrer *a minima* 2 % de leurs cotisations à la prévention en santé**, notamment en entreprise, en privilégiant les actions probantes. Ceci s'articulera avec une réforme du dispositif du degré élevé de solidarité.

Les ODAS doivent pouvoir **accéder à certaines données nécessaires pour leurs actions de prévention**, telles que l'information sur la vaccination ou la réalisation de dépistages, ou l'information sur les arrêts de travail de plus d'un mois. La nécessaire contrepartie sera le développement de contrôles diligentés par la CNIL ou l'ACPR pour vérifier le respect de l'interdiction de toute sélection des risques et de tarification selon l'état de santé. Les conditions d'accès des ODAS au système national des données de santé (SNDS) seraient alignées avec le droit commun, tandis que le SNDS serait apparié de manière

effective avec les données des ODAS, pour enrichir l'analyse des restes à charge et faciliter les évaluations d'impact.

En second lieu**, la lutte contre la fraude doit faire l'objet de coopérations étroites entre AMO et AMC.** La mission recommande à cette fin l'élaboration d'un plan d'action pluriannuel commun, la création d'une plateforme d'échange de données, ainsi qu'un recours accru aux outils de détection partagés, en s'appuyant sur les nouvelles possibilités ouvertes par la loi fraude de juin 2026.

Enfin, dans une perspective de décroisement partiel, la mission recommande de **transférer vers les ODAS les dépenses d'optique et d'audioprothèses** actuellement financées par l'AMO (respectivement 350 M€ et 450 M€) afin de les responsabiliser en tant que gérant du risque de ces segments de dépense. Dans la même logique, une partie significative des dépenses de transports sanitaires (représentant aujourd'hui 6,4 Md€ pour l'AMO) serait transférée, afin de capitaliser sur les compétences des organismes assureurs en termes d'assistance. Enfin, sous réserve d'une expertise juridique et de concertations avec les partenaires sociaux, la mission recommande de confier une partie accrue des IJ associées aux premiers jours d'arrêts maladie aux employeurs, ce qui pourrait se traduire par un rôle accru des ODAS (en prévoyance), et conforter leurs actions de gestion du risque en entreprise, y compris en prévention.

4. Redonner des marges de manœuvre aux ODAS, tout en protégeant mieux certaines situations

La mission considère que les ODAS ne pourront pleinement assumer leurs nouvelles responsabilités sans disposer **d'une plus grande liberté d'action**. Le futur contrat essentiel devrait ainsi offrir davantage de souplesse dans la définition des garanties et permettre aux ODAS d'expérimenter de nouveaux outils de régulation. Ainsi, la possibilité d'introduire certaines franchises sur les prestations des ODAS (ville comme hôpital) serait ouverte. Ces franchises, optionnelles pour les assurés, pourraient contribuer à modérer leurs primes, et favoriser leur responsabilisation. La mission recommande également d'offrir la possibilité aux ODAS de mettre en place des mécanismes de bonus prévention afin d'encourager les assurés, y compris via des bonifications financières, à participer aux campagnes de dépistage, aux vaccinations ou aux parcours de prévention recommandés.

La transformation du système doit s'accompagner du maintien d'un haut niveau de protection pour l'ensemble de la population. **Une meilleure couverture des risques d'incapacité, d'invalidité et de décès** permettrait de renforcer la protection des salariés, en donnant aux organismes complémentaires les moyens de développer une véritable politique de prévention. À ce titre, la mission estime que la couverture prévoyance, dans la nouvelle architecture du système de santé, doit être généralisée à l'ensemble des salariés.

La mission préconise en outre la création, par un accord de place entre ODAS, d'un **mécanisme de péréquation entre actifs et retraités** afin d'atténuer les effets de segmentation du marché et de limiter le coût des contrats pour les retraités modestes. Cette solution permettrait de préserver les principes de solidarité tout en évitant une extension continue des financements publics. En l'absence d'accord de place, la piste d'une C2S Séniors devrait être étudiée. Elle appelle également à la poursuite des actions pour lutter contre le non-recours à la C2S, en développant davantage les actions spécifiques au non-recours à la C2S contributive auprès des retraités, en lien avec la CNAV.

5. Renforcer la transparence et la lisibilité des dispositifs en privilégiant leur simplification

Plusieurs mesures de simplification sont également proposées par la mission. En premier lieu, **la simplification des règles de calcul du reste à charge applicable à l'hôpital** apparaît indispensable, associée à un plafonnement de ces participations et plus largement à une incitation financière à réduire le recours à l'hébergement hospitalier. En second lieu, **plusieurs améliorations doivent être apportées à la gestion du tiers payant,** qui reste perçu comme complexe par de nombreux professionnels de santé, l'association de ces derniers à la définition des modalités de fonctionnement des ODAS et l'adoption de normes de tiers payant par tous les ODAS doit être opérante pour tous de même que leur intégration

par tous les éditeurs de logiciels. À l'hôpital, la finalisation du déploiement de ROC doit permettre de générer des simplifications, des économies en gestion et, à terme, une nette amélioration du recouvrement auprès des ODAS.

Enfin, **l'effort de transparence doit être poursuivi par les organismes complémentaires**. Les ODAS devraient mieux distinguer au sein de leurs frais de gestion les dépenses de prévention et les coûts liés aux intermédiaires. Les assurés devraient disposer de manière effective d'informations sur le ratio entre les prestations versées et les cotisations.

Dans un contexte où la concentration du secteur devrait se poursuivre, ces exigences de transparence et de normalisation SI devront s'accompagner de la réduction progressive des frais de gestion afin de dégager davantage de ressources au bénéfice direct des assurés.

Enfin le mécanisme des franchises et participations forfaitaires de l'AMO pourrait être plus lisible.

Au-delà de l'objectif de lisibilité, se pose **le sujet de la responsabilisation de chacun quant à l'usage de ce bien commun qu'est notre système de protection sociale**. Les chiffres des déficits publics appellent à une prise de conscience des risques qui pèsent sur la pérennité de notre couverture santé très protectrice et sur nos capacités financières à financer les progrès scientifiques.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandation	Vecteur
Définir le rôle des organismes assureurs de santé et redéfinir la gouvernance		
1	Définir le rôle et les missions des organismes d'assurance santé (ODAS) : financement des prestations de soins, prévention notamment dans les entreprises et accompagnement des patients et de leurs parcours de soins.	Loi ou SNS
2	Refonder la gouvernance entre l'État, l'assurance maladie et les ODAS en réactivant une instance nationale permanente de concertation ; renforcer les compétences de l'UNOCAM en matière de négociation conventionnelle, de gestion du risque et de dialogue avec la HAS ; engager une réflexion pour rendre opposables les décisions de l'UNOCAM à l'ensemble des ODAS.	Loi
3	Proposer au Parlement, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, une trajectoire pluriannuelle de répartition des financements précisant l'évolution respective de la contribution l'AMO, des ODAS et des assurés au financement de la dépense de santé.	LFSS, le cas échéant LPFP
Recentrer la couverture santé sur les actes essentiels et scientifiquement prouvés		
4	Exclure du panier de soins AMO les actes scientifiquement non prouvés, en fonction des évaluations de la HAS ; développer une gestion plus dynamique de ce panier de soins pour mieux intégrer l'innovation.	Loi ; CCAM
5	Remplacer le contrat responsable par un contrat essentiel au périmètre recentré sur un panier de soins pertinents, régulièrement actualisé sur la base des progrès des connaissances scientifiques.	Loi
Confier de nouvelles responsabilités à l'AMC dans la prévention, l'accompagnement et la gestion du risque		
6	Confier aux ODAS, selon une trajectoire pluriannuelle progressive, le financement des dépenses d'équipements d'optique, d'audioprothèses et de transport sanitaire programmé, dans le cadre de la gouvernance renforcée de l'UNOCAM.	Loi
7	Transférer une partie des IJ aux employeurs pour favoriser le rôle des ODAS dans la prévention, l'accompagnement et la régulation de ces dépenses à l'issue d'une concertation avec les partenaires sociaux.	Loi
8	Créer une instance nationale de concertation dédiée à la prévention associant État, AMO, AMC, collectivités, professionnels et établissements de santé, usagers et partenaires sociaux, définissant des objectifs et des indicateurs inscrits dans une nouvelle stratégie nationale de santé ; favoriser dans ce cadre les partenariats entre CPAM et ODAS sur des actions de prévention vers les assurés.	Loi ou SNS (à instruire)
9	Engager les ODAS à dédier *a minima* 2 % de leurs cotisations dans les actions de prévention et d'accompagnement des assurés, en listant les prestations de prévention pouvant en relever ; assurer un suivi régulier des dépenses engagées par les ODAS sur ce périmètre, en isolant au sein des frais de gestion les dépenses de prévention.	Loi ou SNS (à instruire)
10	Réformer le dispositif du degré élevé de solidarité (ou haut degré de solidarité) après une évaluation plus approfondie de sa mise en œuvre.	Loi ou décret (à instruire)

N°	Recommandation	Vecteur
11	Reconnaître aux organismes d'assurance santé un rôle et une place dans le financement et le déploiement de dispositifs d'accompagnement et de prévention en appui des missions des professionnels de santé non médicaux.	Décret (art. R. 912-2 du CSS)
Renforcer la coopération AMO/ AMC grâce à un partage sécurisé des données		
12	Favoriser le partage de données de santé portant sur les actes et interventions de prévention avec les OC, sous réserve du consentement de l'assuré, pour les données individuelles.	Loi et/ ou décret en CE (à instruire)
13	Inscrire dans la loi l'interdiction de sélection du risque selon l'état de santé pour tous les contrats d'assurance santé, en l'assortissant d'une politique de contrôle.	Loi et priorités de l'ACPR
14	Compléter le SNDS avec les données de remboursement des OC et aligner la procédure d'accès au SNDS des ODAS sur le droit commun.	Loi sur le 2nd point
15	Définir un plan pluriannuel d'actions concertées AMO/ AMC pour la lutte contre la fraude ; créer une plateforme d'échange de données sur la lutte contre la fraude.	Plan d'actions
Mieux protéger tout en assouplissant le cadre d'exercice de l'AMC		
16	Introduire la possibilité pour les ODAS d'expérimenter un bonus prévention (incitations financières en cas de respect de parcours prévention) et ouvrir la possibilité de franchises sur les garanties des ODAS.	Loi
17	Généraliser, dans le cadre de la négociation collective, une couverture minimale de prévoyance pour l'ensemble des salariés.	ANI
18	Instaurer par accord de place un fonds de mutualisation visant à introduire une péréquation entre actifs et retraités modestes pour réduire le coût des contrats de complémentaire de ces derniers ; à défaut, étudier l'option de la mise en place d'une C2S séniors.	Accord de place ; Loi (C2S séniors)
19	Intensifier les actions de lutte contre le non-recours à la C2S participative.	
Simplifier et renforcer la transparence		
20	Réformer les règles de participation financière à l'hôpital en les simplifiant et en les plafonnant ; étudier la mise en œuvre un dispositif incitatif à la réduction de l'hébergement hospitalier.	Loi ou décret (à instruire)
21	Mieux associer les professionnels de santé à la définition des règles du tiers payant ; accélérer l'adoption des normes par les éditeurs et les ODAS.	
22	Enrichir le rapport annuel sur la situation financière des ODAS, et renforcer l'information auprès des assurés sur les frais de gestion des ODAS et sur les remboursements dont ils bénéficient de la part de leur organisme d'assurance santé.	

Introduction

Par lettre de mission en date du 21 janvier 2026, le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et la ministre de l'action et des comptes publics ont confié à Mme Elisabeth Hubert et MM. Nicolas Bouzou, Stéphane Junique et Franck von Lennep une mission relative à l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les assurances maladie complémentaires (AMC) (voir présentation des membres de la mission en annexe 1).

L'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales ont désigné respectivement Mme Anouk Canet et Mme Emilie Fauchier-Magnan pour appuyer la mission et élaborer le présent rapport. Le contenu du rapport n'engage cependant que les personnalités qualifiées, signataires des travaux.

La lettre de mission fixait plusieurs objectifs :

- établir un état des lieux de l'articulation entre AMO et AMC ;
- étudier la faisabilité et la pertinence d'évolutions de l'architecture AMO-AMC, en distinguant le cas échéant entre les ajustements de court terme et des scénarios d'évolution à moyen et long termes ;
- identifier des champs dans lesquels une meilleure coopération entre AMO et AMC pourrait générer des gains d'efficience, en particulier en matière de prévention, de gestion du risque, de lutte contre la fraude.

La mission a conduit ses travaux entre janvier et juillet 2026. Elle a auditionné un grand nombre d'acteurs (voir liste des personnes rencontrées à la fin du rapport), notamment les administrations concernées, les fédérations d'organismes complémentaires, les représentants de professionnels de santé et les fédérations hospitalières, des représentants d'usagers et des experts. Elle a également réalisé une enquête auprès des organismes complémentaires sur leurs dépenses de prévention en santé, avec le soutien de la DREES et le concours des trois fédérations, dont les résultats sont présentés en annexe 4. Enfin, elle a réuni trois dirigeants d'organismes complémentaires et trois dirigeants de CPAM pour deux ateliers collaboratifs pour identifier les leviers d'une meilleure coopération entre AMO et AMC en matière de gestion du risque et de prévention en santé.

Les chiffrages réalisés par la mission IGAS-IGF sur les scénarios de réforme de l'articulation entre AMO et AMC ont également alimenté le rapport.

1 Notre modèle de couverture en santé protecteur est confronté à un réel danger de soutenabilité et tire insuffisamment parti de la complémentarité entre assurance maladie obligatoire (AMO) et organismes complémentaires (OC)

1.1 L'intervention conjointe de l'AMO et de l'AMC permet d'assurer une protection élevée mais laisse subsister des déséquilibres, malgré une régulation de plus en plus forte au fil du temps

1.1.1 Jamais défini explicitement, le rôle des OC s'est progressivement enrichi par le biais de modifications législatives successives, rendant illisibles les responsabilités des financeurs et imprécis et contradictoires les objectifs des contrats

- **Défini en creux en 1945, le marché des complémentaires santé a profondément évolué depuis les années 1980, avec l'ouverture à la concurrence et la réglementation européenne.**

À la création de la Sécurité sociale en 1945, l'espace d'intervention des OC est avant tout défini « en négatif » de celui de l'assurance-maladie obligatoire, *via* le dispositif du ticket modérateur (TM). Si la Mutualité, dont le rôle était central dans l'organisation et la gestion du système de protection sociale d'avant-guerre, est exclue de la gestion des caisses de sécurité sociale au profit des partenaires sociaux, la loi reconnaît en revanche, pour la prise en charge de ce TM, une « exclusivité de principe aux organismes non lucratifs », mutuelles et institutions de prévoyance[1]. Dans les trois décennies qui suivent la création de la Sécurité sociale, et en dépit de l'ouverture du marché de l'assurance santé aux entreprises à but lucratif en 1956, cet équilibre évolue peu. En outre, les mutuelles et les partenaires sociaux conservent un rôle dans la gestion du régime de base pour certains régimes ou certains segments de populations, par exemple pour les fonctionnaires.

À compter de la fin des années 1970, deux évolutions concomitantes affectent les complémentaires santé :

- d'une part, face aux conséquences pour les finances publiques des chocs pétroliers, le taux du TM est progressivement relevé[2], confortant l'importance des complémentaires dans la solvabilisation des ménages pour leurs dépenses de santé ;
- d'autre part, à partir des années 1980, le marché de la complémentaire santé fait l'objet d'une ouverture et d'une libéralisation croissantes, en contrepartie de laquelle le législateur prévoira une régulation accrue.

Cette libéralisation passe d'abord par la suppression du monopole de certains types d'organismes complémentaires sur des marchés spécifiques. Avant les années 1980, la loi réservait les marchés de la complémentaire des salariés et des fonctionnaires respectivement aux institutions de protection sociale et aux mutuelles. Avec la réforme du code de la mutualité de 1985, le gouvernement officialise l'ouverture à la concurrence du secteur de la santé[3]. Mais c'est surtout la loi du 31 décembre 1989 (dite « Evin ») qui met sur le même plan les entreprises d'assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Au niveau européen, les troisièmes directives « assurance vie » et « assurance non-vie » du 18 juin 1992, qui intègrent les assurances santé dans le champ du droit européen, prévoient que, pour la France, peuvent faire l'objet d'un agrément pour l'exercice d'activité d'assurance les trois familles d'organismes. De fait, cette évolution fait entrer dans le champ des directives les institutions de prévoyance et les mutuelles, les compagnies d'assurance en relevant d'ores et déjà. Ces directives sont transposées

[1] J.-F. Chadelat, Histoire des complémentaires maladie.

[2] Première étape avec le plan Bérégovoy de 1982 qui fait passer le remboursement de plus de 1000 médicaments de 70 à 35 % et institue le forfait journalier hospitalier ; plan Seguin de 1985-1986.

[3] J.-F. Chadelat, *ibidem*.

en 1994 pour les institutions de prévoyance[4] et, très tardivement, en 2001[5], à la suite d'une condamnation de la France par la Cour de justice de l'Union européenne[6], pour les mutuelles (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Les difficultés entourant l'intégration des mutuelles au champ du droit européen

Après l'adoption des troisièmes directives « assurance » en 1992, les responsables des mouvements mutualistes craignaient que leur transposition dans le code de la mutualité n'aboutisse à une remise en cause des spécificités mutualistes, liées à la fois aux contrats (engagement viager, nature collective de la cotisation…) mais également aux activités sanitaires et sociales des mutuelles (hôpitaux et centres de santé). Le « principe de spécialité externe » du droit européen interdit en effet aux organismes d'assurance de proposer, en même temps que leur activité principale, des prestations en nature.

En 1999, Michel Rocard produit un rapport qui ouvre la voie à une transposition en identifiant des solutions permettant de préserver l'essentiel des activités mutualistes. Les directives sont finalement intégrées au droit français, dans le code de la mutualité, en 2001[7].

Source : Mission.

Ce mouvement de libéralisation se poursuit tout au long des années 1990 puis 2000 avec la suppression des derniers avantages dont bénéficiaient certains OC pour des marchés spécifiques :

- pour la fonction publique, la Commission qualifie d'aides d'État plusieurs avantages dont bénéficiaient les mutuelles de fonctionnaires[8] ;
- pour les salariés du privé, la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 sur la loi de transposition de l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 censure les « clauses de désignation », jugées contraires à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle.

La loi de 2019 prévoyant la possibilité d'une résiliation infra-annuelle s'inscrit dans cette dynamique.

En contrepartie de la libéralisation, le législateur a organisé la protection des assurés en encadrant certaines caractéristiques des contrats complémentaires : la loi Evin (article 6) interdit ainsi aux assureurs de refuser un remboursement, ainsi que de réaliser des ajustements de tarification individuels liés à l'état de santé au cours de la vie du contrat. Surtout, la loi de finances rectificative du 28 décembre 2001 (article 63) réserve les exonérations de la taxe d'assurance (cf. encadré 2) aux contrats « solidaires », qui n'appliquent pas de sélection du risque, **généralisant quasiment *de facto* l'interdiction de sélection du risque pour les complémentaires santé**.

- **La régulation du contenu des garanties des complémentaires s'est accrue au cours du temps, pour aboutir au dispositif de contrat responsable dont les objectifs sont devenus contradictoires.**

À compter des années 2000, à la faveur de la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui implique de définir juridiquement un panier de soins remboursables pour les foyers modestes éligibles[9], le législateur commence à établir un édifice normatif donnant un « statut juridique particulier »[10] aux garanties d'assurance-santé. Dès lors, la nécessité d'une meilleure définition de l'articulation entre l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire et celle de l'assurance maladie complémentaire commence à s'imposer.

[4] Loi du 8 août 1994

[5] Ordonnance n° 2001-350 refondant le code de la mutualité.

[6] CJCE, arrêt C-239/98 du 16 décembre 1999.

[7] Rapport de Michel Rocard, 1999.

[8] Loi du 19 septembre 2007 et du 8 novembre 2011.

[9] Par la loi du 27 juillet 1999.

[10] Selon l'expression du Hcaam (2021).

Les contrats responsables, créés par la loi du 13 août 2004, constituent un véhicule important permettant de mieux définir cette articulation. Si la loi ne prévoit pas d'obligation, pour les assureurs, de proposer ces contrats, il leur assortit un régime fiscal particulièrement incitatif qui décourage fortement la souscription de contrats non responsables (cf. encadré 2).

Encadré 2 : La fiscalité des contrats responsables

Dès lors qu'ils sont solidaires (sans sélection du risque en fonction de l'état de santé) et responsables, les contrats de complémentaire santé sont soumis à une fiscalité différenciée. Ainsi, pour un contrat responsable :

- le taux de taxe de solidarité additionnelle (TSA) est réduit : il s'élève à 13,27 % contre 20,27 % pour les contrats non responsables, hors surtaxe exceptionnelle de 2,05 % en 2026 ;

- s'agissant des contrats collectifs, la contribution employeur au contrat de complémentaire santé est exclue de l'assiette de cotisations sociales et soumise à un forfait social à taux réduit[11] ; la part salariale de la cotisation n'est par ailleurs pas intégrée à l'assiette de l'impôt sur le revenu ;

- pour les travailleurs non-salariés, la prime associée à un contrat responsable est entièrement déductible du revenu imposable.

La TSA est collectée par les complémentaires santé : concrètement, une fraction des primes payées par les assurés ou adhérents aux OC correspondant à la TSA est reversée pour partie au fonds de financement de la complémentaire solidaire, et pour partie à l'assurance-maladie obligatoire.

La France se distingue par une fiscalité élevée en comparaison d'autres pays européens. Les contrats d'assurance santé sont exemptés de taxe en Allemagne, taxés à 0,15 % en Espagne et à 2,5 % en Italie.

Source : Mission.

À l'origine, ces contrats s'inscrivent dans un objectif de responsabilisation des OC et des assurés, la loi interdisant la prise en charge des dépenses que le législateur souhaitait conserver à la charge des assurés, en particulier les majorations résultant du non-respect du parcours de soins (en 2004) puis les franchises médicales à compter de leur création en 2008.

Ces contrats ont fait l'objet de réformes successives, dont les plus importantes sont survenues en 2015 puis en 2019 par voie législative et à l'initiative du Gouvernement. Celles-ci lui ont adjoint de nouveaux objectifs tendant davantage à améliorer les garanties proposées, pour renforcer la couverture en santé des assurés, tout en plafonnant la prise en charge sur certains segments de dépenses jugés inflationnistes :

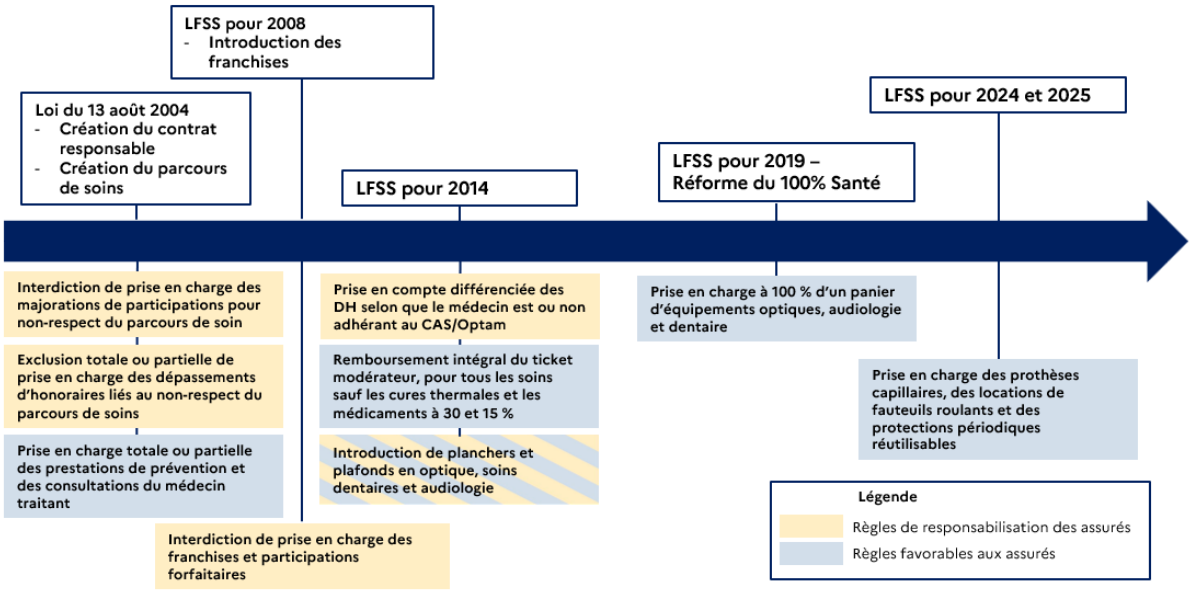
- en 2015, le panier de soins des contrats responsables a été élargi pour couvrir l'intégralité de la participation des assurés sur les tarifs de prise en charge par l'AMO, pour l'ensemble des dépenses de santé, ainsi que l'intégralité du forfait journalier hospitalier[12]. La réforme prévoit aussi l'encadrement par des plafonds et des planchers des prix des soins remboursés en optique et en dentaire. Enfin, en cohérence avec la convention médicale de 2014, elle prévoit des plafonnements différenciés de la prise en charge des dépassements d'honoraires selon que le praticien est, ou non, adhérent au contrat d'accès aux soins (devenu l'Optam) ;
- en 2019, la réforme instituant le 100 % santé dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins a complété les garanties obligatoires des contrats responsables en définissant notamment un panier de produits dentaires, optiques et d'audioprothèses bénéficiant d'une prise en charge renforcée.

[11] Le forfait social est une contribution due par l'employeur sur les revenus d'activité soumis à la contribution sociale généralisée (CSG) mais non assujettis à cotisations de Sécurité sociale. Cette règle connait toutefois des exceptions. Le taux du forfait social est fixé à 20 % sauf dans des cas particuliers où il est de 8 %, 10 % ou 16 %. Source : Urssaf.

[12] Cette réforme résulte de l'article 45 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, devenu l'article 56 dans la LFSS pour 2014. D'après l'étude d'impact du projet de loi, elle vise à améliorer le niveau de couverture minimal des contrats, notamment sur les postes générant les plus forts restes à charge, en s'alignant partiellement avec les garanties minimales prévues par l'ANI de 2013. En contrepartie, le texte prévoit de plafonner le niveau de prise en charge des honoraires pour limiter la solvabilisation des pratiques tarifaires excessives.

Le contrat responsable a ainsi changé de logique, passant d'un objectif initial de responsabilisation des assurés, consistant à faire participer les assurés au financement de leurs soins, à un objectif ultérieur de couverture des soins. En définitive, le contrat responsable dans sa forme actuelle résulte de la sédimentation d'ajouts d'obligations contradictoires entre elles, qui en font un outil aujourd'hui illisible.

Schéma 1 : Principales évolutions du contenu du contrat responsable entre 2004 et 2025



Source : Mission.

- **Depuis quelques années, un dernier mouvement tend à créer ou étendre des obligations de couverture complémentaire à de nouvelles catégories de publics.**

Plus récemment, cet édifice normatif a été complété par des obligations de souscriptions de complémentaires santé, qui s'ajoutent aux régulations précitées. Ainsi, l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 institue, à compter de 2016, une obligation de couverture des salariés par un contrat collectif, avec financement obligatoire par l'employeur à hauteur d'au moins 50 % d'un panier de soins défini par les textes, et garantit la portabilité de l'assurance complémentaire (c'est-à-dire son maintien à titre gratuit) pendant l'année qui suit la perte d'un emploi. Dans la fonction publique, une ordonnance du 17 février 2021 a rendu obligatoire la participation des employeurs publics à la prévoyance et à la complémentaire santé des agents. Cette ordonnance prévoit la possibilité de mettre en place des contrats collectifs santé à adhésion obligatoire après négociation collective. Un accord interministériel a rendu obligatoire la souscription à un contrat collectif pour les fonctionnaires de l'État à compter du 1er janvier 2026[13]. Pour la fonction publique territoriale, un accord interministériel prévoit que l'employeur devra obligatoirement participer à la cotisation en matière de santé à compter de la même date. Cette couverture devrait également être étendue à compter de 2027 aux agents de la fonction publique hospitalière. La part des contrats collectifs est passée de 44 % à 51 % des cotisations collectées entre 2015 et 2024 ; cette part devrait s'accroître encore en 2025-2026.

[13] Accord interministériel du 6 mars 2022 pour la fonction publique d'État, accord collectif national du 11 juillet 2023 pour la fonction publique territoriale.

Aujourd'hui, la France se distingue par la place importante qu'occupent les organismes de complémentaires santé dans le financement de la dépense de soins. En 2014, les assurances privées facultatives prenaient en charge 13,4 % de la dépense de soins en France, contre un peu moins de 8 % en Suisse et aux Pays-Bas, et moins de 5 % dans les autres États considérés.

Par ailleurs, le taux de couverture de la population est particulièrement élevé en France : en 2017, 96 % de la population étaient couverte, contre 23 % en Allemagne (dont le système de couverture assurantielle obligatoire gérée par des caisses de droit public présente schématiquement les mêmes caractéristiques que l'assurance maladie en France). Aux Pays-Bas, 85 % de la population est couverte par une assurance privée facultative, mais dans le contexte d'un panier de soins décroisé où certains soins ne sont pas remboursés par l'assurance santé de base (soins ambulatoires et soins dentaires).

Dernière caractéristique de la France, le reste à charge après intervention de l'AMO et de l'AMC est particulièrement faible (cf. 1.1.3.).

- **Enfin, par rapport à ses voisins européens, la France se caractérise par un nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé qui reste très élevé**[14].

La France se caractérise par l'existence de trois familles d'organismes différentes pratiquant une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance. Le secteur s'est concentré de manière très importante dans les vingt dernières années, du fait notamment de la réglementation européenne[15] : le nombre d'organismes a été divisé par quatre depuis 2001 et jusqu'à presque six pour les mutuelles, et les 20 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé ont représenté à eux seuls 58 % du marché français de l'assurance santé en 2024 (contre 45 % en 2011). Mais la France compte 397 organismes exerçant une activité de complémentaire santé, contre une trentaine d'organismes seulement aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni.

Dans le même temps, la part de marché des assureurs s'est accrue, passant de 30 à 39 % entre 2015 et 2024, au détriment des mutuelles dont la part de marché est passée de 52 à 44 %.

1.1.2 De plus en plus segmenté entre actifs et inactifs du fait du développement des contrats collectifs, le système actuel conduit par sa complexité à des effets redistributifs illisibles entre les populations couvertes

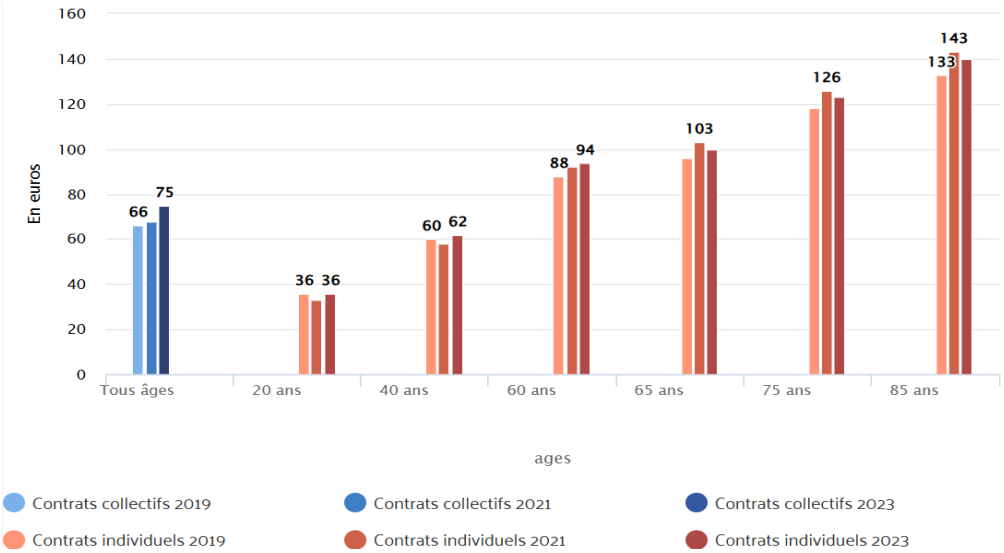
Si les OC ne peuvent fixer le montant des primes en fonction de l'état de santé, ils disposent à d'autres égards d'une liberté de tarification incluant la possibilité de tenir compte de l'âge de l'assuré. Il existe ainsi des variations importantes entre les primes payées par différentes catégories de population. En 2023, selon l'enquête sur les organismes complémentaires de la DREES, le montant moyen de prime mensuelle d'un contrat individuel s'élève à 36 € pour une personne de 20 ans, contre 143 € pour une personne de 85 ans. Par ailleurs, en moyenne et tous âges confondus, le montant moyen de la prime d'un contrat collectif s'élève à 66 € et celui d'un contrat individuel à 75 € (cf. graphique 1).

Schématiquement, les actifs paient moins que les retraités, et les contrats collectifs sont plus avantageux pour leurs adhérents que les contrats individuels. Ces deux catégories se recoupent en pratique largement puisque les 60 ans et plus représentent seulement 15 % des contrats collectifs et 54 % des contrats individuels en 2023.

[14] « La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens », les dossiers de la DREES n°19, 2017

[15] Notamment le relèvement en 2007 et 2008 du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance.

Graphique 1 : Montant moyen des primes mensuelles, selon l'âge et le type de contrat



Source : DREES, Enquête Organismes Complémentaires. Note de lecture : pour les contrats collectifs, le montant présenté inclut la part salariale et la part patronale.

Deux effets contribuent à expliquer ces écarts de tarification :

- d'une part, la tarification à l'âge est autorisée et le reste à charge après AMO croît avec l'âge (251 € par an et par ménage pour les 20-29 ans, contre 874 € pour les 70-79 et 1011 € pour les 80-89 ans en 2021) : les tarifs sont donc tirés vers le haut à mesure de la progression de l'âge ;
- d'autre part, les branches et les employeurs, qui recourent par ailleurs fréquemment à des courtiers, disposent d'un pouvoir de négociation plus important que les particuliers pour obtenir des tarifications avantageuses.

En sens inverse, les contrats collectifs offrent des garanties plus élevées, contribuant à renchérir leur coût et à réduire l'impact des deux effets précédents.

Certaines réformes récentes pourraient par ailleurs avoir accentué ces évolutions :

- l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, entré en vigueur en 2016, en posant le principe d'une négociation des contrats au niveau de la branche ou de l'entreprise, donne *de facto* un pouvoir de négociation accru aux employeurs. De plus, il a fait sortir du marché des contrats individuels une large part des populations actives, concentrant le « mauvais risque » sur les contrats individuels ;
- la réforme du 100 % Santé, qui accroît significativement la solvabilisation d'équipements en audiologie, en dentaire et en optique, a amélioré le recours aux soins des plus âgés notamment en audiologie, ce qui se répercute en partie dans le montant des primes[16].

Un nombre relativement limité d'évaluations exhaustives des effets de l'ANI de 2013 sur le marché de la complémentaire santé ont été réalisées à ce jour[17]. S'agissant du 100 % Santé, sans qu'une évaluation complète de la réforme ait été conduite, l'évolution des primes entre 2019 et 2021 semble conforter le constat d'une démutualisation croissante[18].

---

[16] DREES, Etudes et résultats n° 1338, *Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?* avril 2025.

[17] Un bilan réalisé par le Hcaam en 2021 (Annexes au document de travail du HCAAM sur l'AMC - Novembre 2020.docx) porte spécifiquement sur les contrats collectifs, et non sur l'ensemble du marché. Le rapport IGAS de 2026 relatif à la protection sociale complémentaire en entreprise aborde également les effets de l'ANI, mais sous le prisme des dispositifs dérogatoires en matière de cotisations sociales s'appliquant à la protection sociale complémentaire en entreprise.

[18] Voir Etudes et résultats n°1338, *ibid*.

Ainsi, sur cette période, les primes des contrats individuels ont évolué de manière très contrastée selon l'âge : elles ont légèrement diminué pour les assurés les plus jeunes (- 8,3 % pour les 20 ans), sont restées stables pour les assurés d'âge médian et ont en revanche sensiblement augmenté pour les assurés les plus âgés (+ 10,6 % pour les personnes âgées de 65 ans, + 10,4 % à 75 ans, + 12,3 % à 85 ans). Les contrats collectifs, qui couvrent une population structurellement plus jeune, ont connu sur la même période une hausse nettement plus modérée (+ 3,0 %).

- **L'empilement de dispositifs socio-fiscaux aux effets contradictoires en termes de redistribution contribue à complexifier l'analyse du phénomène de « démutualisation ».**

Le coût des dispositifs socio-fiscaux favorables aux actifs pour les primes de complémentaires, présenté dans l'encadré 2 *supra*, est à la fois important et mal connu : la dépense fiscale n'est pas chiffrée formellement dans l'annexe *Voies et Moyens* du projet de loi de finances, tandis que l'avantage social consistant en l'application d'un forfait social réduit à la contribution employeur n'est chiffrée qu'épisodiquement. Le tableau ci-dessous présente les dernières estimations disponibles des coûts de ces dispositifs pour les finances publiques.

Tableau 1 : Estimations du coût des dispositifs fiscaux et sociaux favorables

Niche	Montant (en M€)	Source	Date des données
Défiscalisation de la participation du salarié de l'impôt sur le revenu	830	DREES	2017
Défiscalisation des contrats des indépendants de l'impôt sur le revenu	410	DREES	2017
Taux de forfait social[19] réduit (taux de 8 % par opposition à un taux normal de 20 %)[20]	1 800	IGAS	2024

Source : *Mission, à partir de publications IGAS et DREES.*

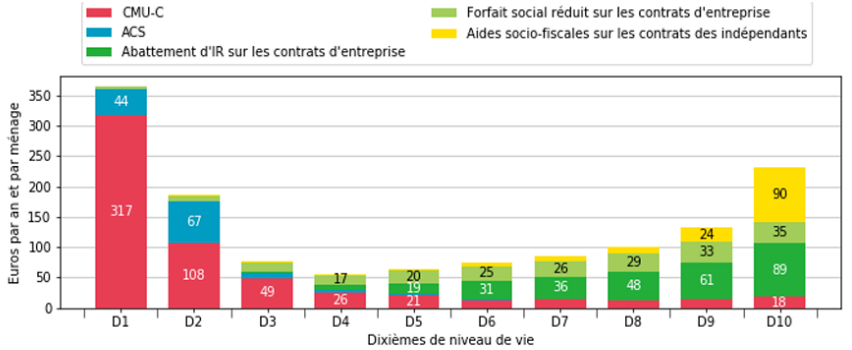
Ces dispositifs présentent la particularité d'avoir, pour partie, des effets anti redistributifs entre ménages aisés et ménages modestes, tout particulièrement s'agissant des dispositifs fiscaux bénéficiant aux salariés et aux indépendants, comme le montre le tableau *infra*[21].

[19] Il s'agit du forfait social applicable à la prévoyance et à la complémentaire santé, les données disponibles ne permettant pas de faire le départ entre les deux.

[20] La direction de la sécurité sociale estime, pour 2025, que le rendement brut du remplacement du forfait social réduit par un forfait social normal rapporterait 1,9 Md€, sur le même champ des contrats complémentaires santé et prévoyance. On peut ainsi en déduire dire que le rétablissement d'un FS à 20 % uniquement pour les contrats santé rapporterait un ordre de grandeur de 950 M€, en prenant l'hypothèse conventionnelle, relativement fragile, d'une répartition 50/50 des cotisations entre santé et prévoyance, en l'absence de chiffrage fiable sur ce sujet. Les dernières données de la DREES confirment une répartition proche de 50/50 entre ces deux catégories de contrats, même si la part de la complémentaire santé progresse légèrement et représente désormais 56 % des cotisations sur la dernière année disponible.

[21] Source : DREES, *Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie,* 2022.

Tableau 2 : Distribution de l'ensemble des aides à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie, en 2017, en euros



Lecture > Les ménages du sixième dixième de niveau de vie reçoivent en moyenne 31 euros par an d'aide publique sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé, et 25 euros par an sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.
Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.
Source > Ines-Omar 2017.

Source : DREES.

Enfin, l'effet redistributif entre actifs et retraités du système AMO/AMC peut aussi être mesuré par le taux d'effort global, c'est-à-dire en considérant le financement total de la santé acquitté par les ménages, incluant le reste à charge, les primes des complémentaires, les cotisations maladie, la contribution sociale généralisée (CSG), les taxes sur la consommation et les autres prélèvements obligatoires permettant de financer l'assurance-maladie obligatoire, rapporté au revenu total du ménage[22]. Le tableau *infra* présente une synthèse des prélèvements et avantages socio-fiscaux concernant d'une part les actifs, et d'autre part les retraités.

Tableau 3 : Prélèvements et avantages socio-fiscaux en matière de santé

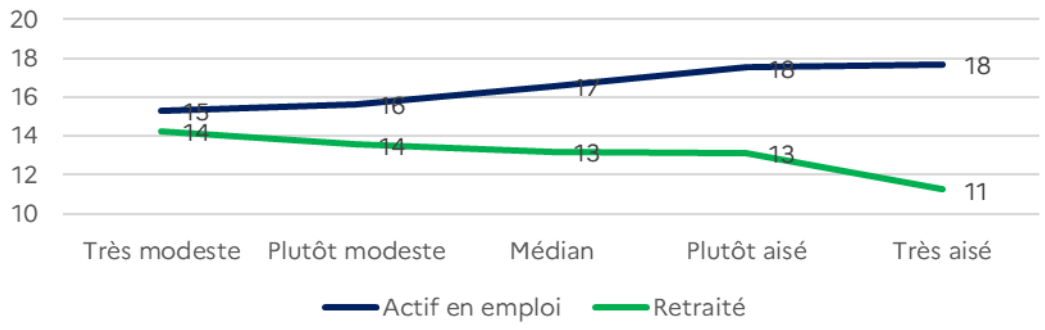
	Actifs	Retraités
Prélèvements sur les revenus pour le financement de l'AMO	- Cotisation maladie déplafonnée au taux de 13 % - CSG au taux de 4,25 %	- CSG aux taux variant entre 0 % et 8,30 % à taux plein
Fiscalité des contrats d'AMC	- Taxe de solidarité additionnelle à taux réduit (13,27 %) pour les CSR, à taux plein (20,27 %) pour les contrats non solidaires, non responsables	
Traitement fiscal des primes d'AMC	- Salariés : exclusion de l'assiette de l'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation - Non-salariés : cotisation entièrement déductible du revenu imposable	Néant
Traitement social des primes d'AMC	- Salariés : exclusion de la contribution employeur de l'assiette des cotisations sociales, forfait social réduit	Néant

Source : Mission. Lecture : les cases en vert représentent les dispositifs « favorables » à la catégorie de population concernée, les cases en orange les dispositifs « défavorables ».

Dans cette perspective, on observe que le taux d'effort des actifs est systématiquement supérieur à celui des retraités, quel que soit le niveau de vie considéré : il s'élève ainsi à 15 % pour les actifs « très modestes », contre 14 % pour les retraités du même niveau de vie. Cet écart se creuse à mesure que le niveau de vie progresse, pour atteindre un écart de sept points pour les ménages les plus aisés (cf. graphique 2).

[22] DREES, Etudes et résultats n° 1345.

Graphique 2 : Taux d'effort moyen selon le niveau de vie et la situation socioprofessionnelle de la personne la plus âgée du ménage, en 2019



Source : Mission, à partir de données DREES, Etudes et résultats n° 1345

- **Du fait de cette très grande complexité et de la sédimentation de dispositifs contradictoires, les acteurs auditionnés par la mission ne partagent pas le même diagnostic de la situation.**

Si la grande majorité d'entre eux s'accorde sur le fait qu'il existe une réelle problématique d'accès aux contrats pour les personnes très âgées et modestes, qui pourrait (sans que la mission ait pu le confirmer) se traduire par un recours accru à des contrats non responsables proposant un panier réduit de garanties par cette catégorie de population, la notion de « démutualisation » n'est pas partagée par tous les acteurs. Certains soutiennent ainsi que les contrats assurent une mutualisation entre les générations, dans la mesure où le RAC après AMC des ménages âgés est moins élevé que celui des ménages d'actifs en proportion de leurs dépenses[23].

Plus largement, le cadre social et fiscal est considéré par une partie d'entre eux comme la résultante de choix politiques visant notamment à encourager le dialogue social, dont l'objectif n'est pas prioritairement redistributif. Dans ce contexte, celui-ci n'aurait pas à être modifié en tant que tel mais peut éventuellement être corrigé par des dispositifs de solidarité *ad hoc*, allant du crédit d'impôt sur les primes des complémentaires bénéficiant aux inactifs à la création de dispositifs spécifiques pour les retraités (fonds de mutualisation, C2S séniors, etc.).

1.1.3 Les OC contribuent à l'accès aux soins, en couvrant les restes à charge post AMO, au sein d'un système dual très protecteur en santé mais inéquitable en prévoyance

- **Un système dual de couverture des dépenses de santé très protecteur en comparaison internationale**

En comparaison internationale, le reste à charge des ménages français, après couverture de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladies complémentaires (RAC post AMC), est un des plus bas de l'Union européenne : d'après les comptes de la santé, en 2023, il s'élève à 10,2 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)[24]. Seuls le Luxembourg (9,7 %) et la Croatie (9,4 %) ont des RAC plus faibles, tandis que la moyenne européenne s'élève à 14,8 %[25].

[23] Contribution de la FIPS.

[24] Cet agrégat statistique utilisé pour les comparaisons internationales est plus large que la CSBM utilisée dans le reste du rapport ; au-delà de la CSBM, il intègre les soins de longue durée, les dépenses de prévention et des dépenses de gestion du système de santé.

[25] En Allemagne, il s'établit à 11,1 % de la dépense ; dans les pays scandinaves, entre 13 et 14 %. Les RAC les plus élevés sont observés dans les pays du sud et de l'Est de l'Europe, avec des taux allant de 25 à 35 %.

Encadré 3 : La notion de reste à charge

On distingue :

- le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) : il s'agit du montant non financé par l'AMO, recouvrant les participations financières des assurés (ticket modérateur, forfaits et franchises) et la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires ou tarifs de dispositifs médicaux libres, comme les lunettes) ;

- le reste à charge après remboursement par l'AMC (RAC AMC), qui est le montant qui subsiste pour le patient après la prise en charge éventuelle par son contrat de complémentaire santé.

Source : Mission.

Le reste à charge des ménages français (RAC AMC) diminue depuis les années 2010 (cf. partie précédente), principalement du fait de la forte progression du nombre de personnes en ALD jusqu'en 2019[26]. La réforme du 100 % santé a également contribué à une baisse nette du reste à charge des ménages sur les postes des audioprothèses et prothèses dentaires[27].

Ce système mixte combinant AMO et AMC contribue à la faiblesse du reste à charge des ménages, notamment du fait de la quasi-généralisation de la couverture en complémentaire santé. En 2023, 96,6 % de la population en France, hors Mayotte, est couverte par une complémentaire santé (en y intégrant la complémentaire santé solidaire (C2S))[28]. Cette proportion a augmenté de façon régulière pendant vingt ans, avant de se stabiliser à un niveau très élevé (87 % en 1996, 95,7 % en 2017 et 96,6 % en 2023).

Toutefois, l'absence de couverture par une complémentaire santé est plus élevée chez les plus modestes : en 2023, 7 % des 20 % les plus modestes ne sont pas couverts contre seulement 1 % des 20 % les plus aisés. Ce taux de non-couverture relativement élevé, malgré l'existence de la C2S, s'explique notamment par le non-recours à cette dernière. Le taux de non-couverture est également plus élevé pour les chômeurs (11 %), les étrangers (10 %) et, dans une moindre mesure, les indépendants et les jeunes de 25-34 ans (5 %). Le taux de non-couverture des retraités est similaire à la population générale (3 %). Dans la plupart des régions, la non-couverture est proche de la moyenne nationale, à l'exception de l'Outre-mer (5 %) et de l'Ile-de-France (6 %), ce qui s'explique principalement par des différences de composition sociale.

Le principal motif d'absence de couverture est d'ordre financier (34 %), tandis que 15 % des personnes non couvertes ne souhaitent pas de complémentaire[29].

- **Des restes à charge élevés persistent pour certains assurés, notamment pour les plus âgés.**

En 2023, parmi les 46,7 Md€ de dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie, **63 % des dépenses étaient couvertes par les complémentaires, tandis que 37 % étaient financées directement par les ménages**. 46 % du RAC des ménages après intervention des OC concerne les soins ambulatoires, 22 % les médicaments, 19 % les dispositifs médicaux et 14 % les soins hospitaliers.

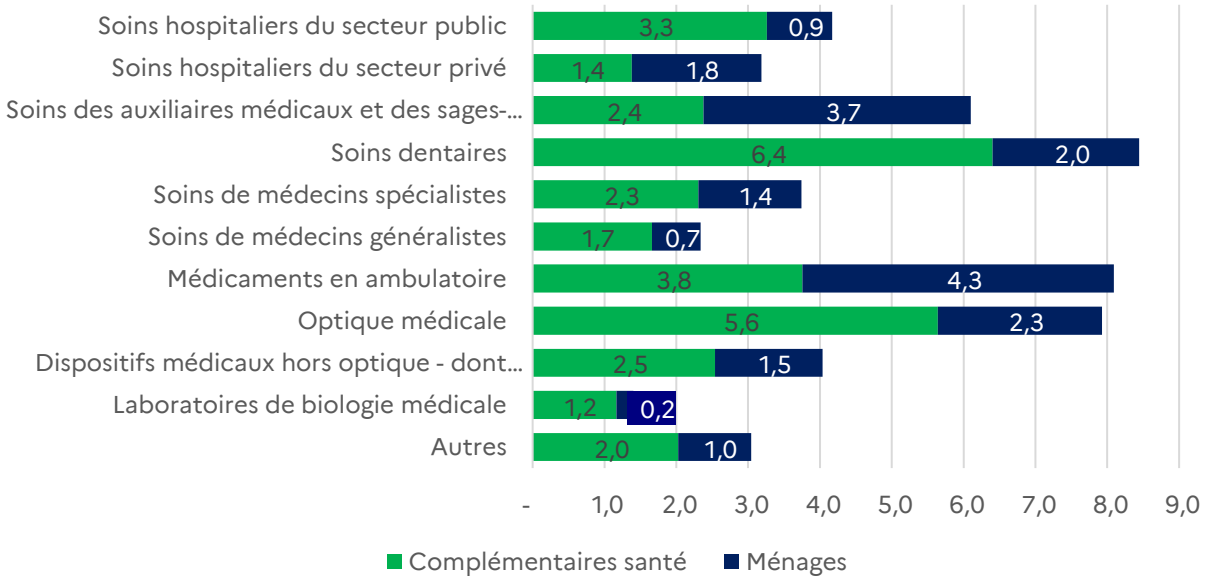
[26] *Les comptes de la santé*, DREES, 2025.

[27] S'agissant des audioprothèses, le reste à charge est passé de 57 % en 2019 à 27 % en 2023 (alors même que les taux d'équipement ont progressé), tandis que pour les prothèses dentaires, il a diminué de 23 % en 2019 à 12 % en 2023. En optique, le reste à charge est relativement stable (30 % en 2019 ; 31 % en 2023).

[28] « En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres », Les dossiers de la DREES n°137, avril 2026.

[29] Les autres motifs de non-couverture sont les suivants : 12 % des personnes déclarent être en cours d'adhésion, 10 % n'y pensent pas ou n'ont pas le temps, 8 % sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale pour une maladie de longue durée, 5 % ne savent pas comment faire et 15 % déclarent une autre raison. Données issues de l'enquête SRCV 2023, présentées dans les Dossiers de la DREES n° 137 *(ibid)*.

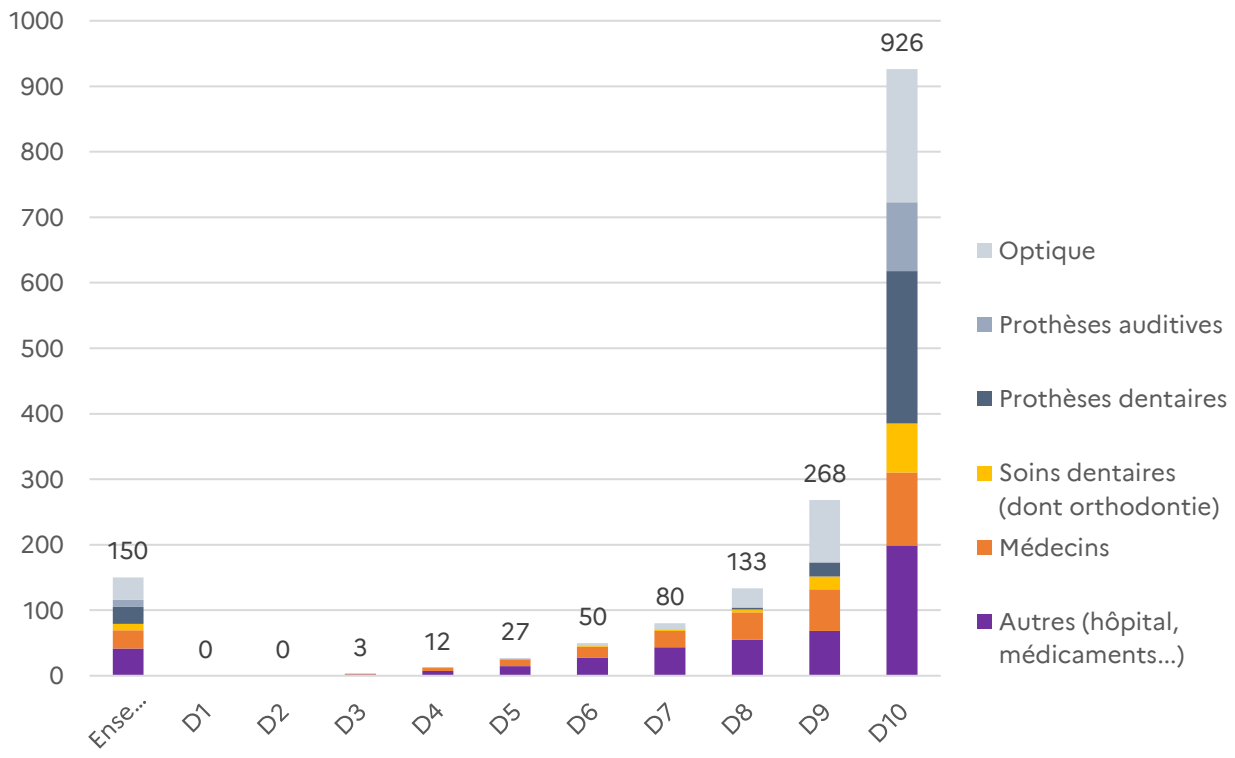
Graphique 3 : Prise en charge par les organismes complémentaires et restes à charge des ménages, par poste de soins de la CSBM, en milliards d'euros, en 2024



Source : Mission, à partir de données DREES, comptes de la santé. Par convention, les dépenses de chambre individuelle à l'hôpital public sont exclues du champ des dépenses de santé.

Les restes à charges après AMC sont très dispersés : si 20 % de la population n'a aucun reste à charge, le reste à charge du 9ème décile de la population est de 268 €, et celui du 10ème décile de 926 €. En dépit du 100 % santé, la majorité des restes à charges concernent l'optique, le dentaire et les audioprothèses, qui concentrent la moitié du RAC du 9ème décile et les deux tiers du 10ème décile. S'agissant de l'audioprothèse, le RAC est nul en dehors du 10ème décile. Une partie de ces RAC sont choisis par les patients (s'agissant par exemple de la liberté tarifaire en optique ou pour les audioprothèses) et non subis du fait d'une couverture insuffisante.

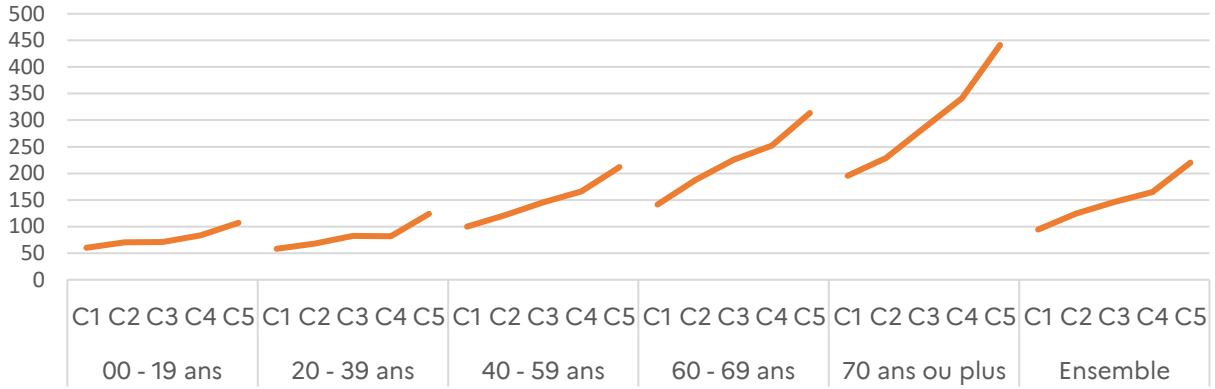
Graphique 4 : Distribution du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire en 2023, par décile de reste à charge



Source : DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.
Lecture : en 2023, les 10 % des individus avec les restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) les plus élevés (D10) paient 926 euros de reste à charge en moyenne par an.
Champ : France métropolitaine.

Par ailleurs, le reste à charge des ménages après intervention des complémentaires varie selon l'âge : en 2019, il était de 100 € de 20 à 39 ans contre 410 € après 70 ans. Il varie également en fonction du revenu, particulièrement après 60 ans (cf. graphique ci-après). Ceci est lié au recours plus important des plus aisés aux soins avec des dépassements ou avec une liberté tarifaire (équipements dentaires, optiques et d'audiologie notamment). **Au total, deux segments de populations conservent des RAC AMC moyens annuels supérieurs à 250€ par an : les personnes de plus de 75 ans et les personnes de plus de 60 ans, au-delà d'un certain niveau de vie.**

Graphique 5 : Reste à charge moyen après remboursement par l'AMC, par tranche d'âge et selon le niveau de vie en 2023



Source : DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.
Lecture : Un individu de 70 ans ou plus du premier cinquième de niveau de vie (C1) supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'AMC de 196 euros en moyenne.
Champ : Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière[30].

- **La C2S et les ALD constituent deux dispositifs très protecteurs en termes de restes à charge, sans les éliminer totalement**

S'agissant de la complémentaire santé solidaire (C2S, cf. encadré), 90 % des bénéficiaires ont un reste à charge inférieur à 30 € par an[31]. Pour les 10 % restants, qui assument en moyenne un RAC de 250 €, celui-ci porte en grande partie sur les dispositifs médicaux, en particulier l'optique, les prothèses dentaires et les appareils auditifs au sein des paniers « libre » ou « modéré », ainsi que sur l'orthodontie.

[30] Le champ des dépenses de santé intégrées dans le modèle Inès-Omar (208 Md€ en 2023) est plus réduit que le champ des dépenses de santé de la CSBM (249 Md€), car il exclut les dépenses non individualisables (exemple des rémunérations sur objectif de santé publique des médecins) et les dépenses non présentées au remboursement (par exemple les médicaments non remboursables). Ceci explique que les RAC moyens présentés sur ces graphiques soient inférieurs au RAC moyen total (274€ en moyenne selon les comptes de la santé).

[31] Source : « La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé », Etudes et résultats n°1362, DREES, janvier 2026.

Encadré 4 : La complémentaire santé solidaire (C2S)

Créée en 2019, en substitution de la CMU-C et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), la complémentaire santé solidaire (C2S) permet à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un accès gratuit ou à un tarif avantageux à la complémentaire santé, sous conditions de ressources du foyer. Elle se décline en :

- une C2S gratuite pour les foyers dont les revenus sont inférieurs à un plafond légal de 868 € mensuels pour une personne seule (6 M de bénéficiaires) ;
- une C2S participative, qui inclut une participation financière de l'assuré dont le coût varie de 8 à 30 € par mois selon l'âge, pour les revenus allant jusqu'à 35 % au-dessus du plafond légal de la C2S, soit 1172 € mensuels pour une personne seule (1,8 M de bénéficiaires).

La C2S prend en charge l'intégralité des frais de soins courants ainsi que le panier 100 % Santé en optique et en audiologie. Ses bénéficiaires ne peuvent se voir appliquer de dépassements d'honoraires sur les actes pris en charge et sont également exonérés des franchises médicales et des participations forfaitaires. Dans l'objectif d'éviter le renoncement aux soins lié à des difficultés financières immédiates, ils sont également dispensés d'avance de frais à travers une obligation de pratiquer le tiers payant par les professionnels de santé.

Les bénéficiaires de la C2S sont composés majoritairement d'enfants ou de jeunes de moins de 20 ans (42 %) ou de jeunes adultes de 20 à 40 ans (29 %). Même si on ne dispose pas de données récentes, le taux de non-recours à la C2S est élevé (46 % en moyenne en 2021, dont 66 % pour la C2S participative et 34 % pour la C2S gratuite[32]).

La couverture par la C2S peut être obtenue, au choix du bénéficiaire, soit auprès des organismes d'assurance maladie obligatoire, soit auprès de l'un des OC inscrits sur la liste des organismes gestionnaires de la C2S[33]. Les organismes gestionnaires de la C2S sont cependant très majoritairement les régimes obligatoires : ces derniers gèrent 95 % des bénéficiaires de la C2S gratuite et 78 % des bénéficiaires de la C2S participative. La part de l'assurance maladie dans la gestion de la C2S participative a fortement augmenté depuis cinq ans.

Le dispositif des contrats de sortie de la C2S vise quant à lui à atténuer l'effet de seuil lié à la sortie du droit à la C2S. Lorsque le droit ne peut pas être renouvelé parce que les ressources du demandeur excèdent les plafonds, les OC gestionnaires de la C2S sont dans l'obligation de proposer à leurs assurés un contrat de sortie d'un an. Les OC sont libres de choisir le contrat qu'ils proposent aux assurés, à condition qu'il soit «responsable» et qu'il soit proposé à des tarifs préférentiels fixés par arrêté.

Les dépenses du fonds dédié à la C2S, désormais géré par la CNAM, sont financées, en plus des éventuelles participations financières des assurés, par l'affectation d'une partie de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) collectée par les OC.

Source : Mission.

Le dispositif d'affections longue durée (ALD) permet quant à lui une redistribution importante entre les bien portants et les plus malades, à travers une prise en charge sensiblement renforcée des dépenses de santé de ces derniers par l'assurance maladie obligatoire. Ainsi, plus de 90 % de la dépense de santé des assurés en ALD est prise en charge par l'AMO, contre 67 % pour le reste des assurés, alors que leurs dépenses de santé sont en moyenne sept fois plus élevées[34]. Toutefois, ce dispositif ne suffit pas à couvrir l'ensemble des dépenses des patients en ALD, dont les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie (RAC AMO) restent supérieures à la population générale. De même, le reste à charge post AMC des patients en ALD reste deux fois plus important que celui des patients hors ALD[35],

[32] Une partie de ce non-recours concerne des bénéficiaires potentiels qui sont couverts par une complémentaire d'entreprise. D'après les estimations de la DREES à partir du modèle Inès, près d'une personne éligible à la C2S gratuite sur 5 serait couverte par un contrat collectif d'entreprise, contre environ un quart des personnes éligibles à la C2S payante.

[33] 74 OC étaient inscrits sur la liste en 2025, contre 82 en 2024.

[34] « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures », Etudes et résultats n°1180, janvier 2021.

[35] Source : DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

même si, d'après une étude de Malakoff Humanis[36], les remboursements AMC pour les patients en ALD sont 1,8 fois supérieurs aux autres patients.

Au total, le dispositif ALD, conjugué à l'assurance complémentaire, permet de limiter très fortement les restes à charge de ces assurés au regard de leurs dépenses de santé élevées.

- **Des restes à charges très élevés peuvent subsister à l'hôpital pour les personnes sans complémentaire**

Les participations financières à l'hôpital peuvent laisser subsister des montants de restes à charge très élevés avant l'intervention des complémentaires santé, y compris pour les patients en ALD, du fait du forfait journalier hospitalier (voir encadré n°9, partie 1.4.2). En 2016, 9 % des patients avaient des RAC AMO supérieurs à 1000 € annuels à l'hôpital. En psychiatrie, les 1 % des patients avec les RAC AMO les plus élevés avaient des RAC de 7 080 € en moyenne ; en médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO), 5 540 € ; en soins de suite et de réadaptation (SSR), 5 380 €. Dans la très grande majorité des situations, ces RAC extrêmes sont couverts par les OC, tenus depuis 2015 de couvrir l'ensemble des dépenses de santé à l'hôpital dans le cadre des contrats responsables (hors chambres individuelles et éventuels dépassements d'honoraires).

Pour les patients sans complémentaire santé, ces restes à charge peuvent constituer des dépenses catastrophiques[37], même si les établissements de santé ne parviennent pas toujours à les recouvrer. À l'échelle nationale, les créances non recouvrées représentaient 500 M€ en 2019[38]. Cependant, à l'échelle des établissements, ces créances non recouvrées représentent des montants limités : à titre d'exemple, pour les Hospices civils de Lyon, 5 371 créances restaient à recouvrer auprès des patients pour l'année 2023 (pour un montant de 1,6 M€, soit 0,1 % du budget), et 16 369 pour l'année 2024 (pour un montant de 3,9 M€, soit 0,2 % du budget) ; au centre hospitalier d'Arpajon, en Essonne, 571 créances restent non recouvrées auprès des patients pour l'année 2024, pour un montant de 47 k€ (0,7 % des produits).

- **La prévoyance assure contre un risque fort qui est pourtant couvert très inégalement par la protection sociale complémentaire et mal connu des salariés**

Le champ de la prévoyance est large et mal défini juridiquement[39], regroupant des risques rares mais de grande intensité (décès et invalidité) ainsi que des risques plus fréquents mais de plus faible intensité (incapacité de travail). Il existe une porosité entre prévoyance complémentaire et santé, puisque les offres sont développées par les mêmes acteurs. Hormis pour les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), la couverture de ces risques par la sécurité sociale est relativement faible (entre 30 % et 50 % d'un revenu de référence pour l'invalidité, un montant forfaitaire en cas de décès), ce qui renforce l'enjeu d'une protection complémentaire sur ce segment. Celle-ci peut être accordée soit directement par l'entreprise (par exemple pour le maintien de salaire, en cas d'arrêt de travail), soit par la protection sociale complémentaire.

---

[36] Etude sur les restes à charge, 2025, Malakoff Humanis. Celle-ci s'appuie sur un appariement avec les données du SNDS portant sur l'année 2019 : 98 % des 591 000 assurés de Malakoff Humanis ont été identifiés dans le SNDS.

[37] Selon l'organisation mondiale de la santé, les dépenses de santé directes sont considérées comme catastrophiques si elles dépassent 10 % ou 25 % du revenu ou de la consommation du ménage. Source : rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle, 2023

[38] Source : DSS.

[39] Il a été défini indirectement par la loi Evin, en son article 1er, à travers son champ d'application : les opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage. L'article L 911-2 du code de la sécurité sociale, qui définit la notion de protection sociale complémentaire, a un objet proche.

Paradoxalement, même si les risques prévoyance peuvent être très lourds, la réglementation du secteur est beaucoup plus limitée pour la prévoyance complémentaire que pour la santé, alors que les avantages sociaux et fiscaux sont très proches. Les principales obligations sont les suivantes :

- la convention collective de retraite et de prévoyance des cadres de 1947 puis l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 ont prévu **une obligation de financement par l'entreprise d'une couverture prévoyance pour les cadres**. Les employeurs sont tenus de souscrire une couverture d'assurance prévoyance et d'y consacrer *a minima* 1,5 % des salaires des bénéficiaires (jusqu'au plafond de la sécurité sociale), en priorité sur la couverture décès ;
- la loi du 17 août 2015 dite Rebsamen prévoit une **obligation de négociation au niveau de l'entreprise,** qui porte sur les modalités de définition d'un régime de prévoyance. Il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultat ;
- il n'existe aucune obligation de négociation au niveau des branches professionnelles : celles-ci peuvent toutefois rendre obligatoire la couverture en prévoyance. Ainsi, d'après une étude réalisée de la FIPS publiée en 2026, 177 branches sur les 198 conventions collectives nationales (CCN) étudiées bénéficient d'un régime de prévoyance. Sont concernés 19,8 millions de salariés sur les 21,1 millions que compte le secteur privé.

Il en résulte une couverture partielle et inégale des risques prévoyance, qui, pour les non-cadres, dépend notamment des accords de branche. Certes, une très grande majorité des salariés est couverte par au moins une garantie de prévoyance[40]. Mais des disparités de couverture existent, en fonction de la taille de l'entreprise, des branches et des catégories de salariés couverts, et seule une minorité de salariés dispose d'un socle complet de couverture contre les risques les plus lourds. Par ailleurs, les fonctionnaires restent peu couverts, la participation des employeurs publics restant très limitée, hormis pour la fonction publique territoriale[41]. Bien qu'essentielles, les garanties de prévoyance sont peu connues, les risques décès et invalidité restant difficiles à appréhender pour les salariés.

1.2 Face aux défis du vieillissement de la population et de la croissance des maladies chroniques, et au vu de la dégradation des comptes sociaux, la régulation de la dépense de santé doit être plus efficiente

1.2.1 Le creusement du déficit de l'assurance-maladie obligatoire, dans un contexte de croissance structurelle des dépenses de santé, appelle à recourir à des modalités de régulation plus ambitieuses et plus efficientes

➢ **La croissance des dépenses de santé, longtemps contenue, est plus dynamique depuis la crise sanitaire**

La France est le 4e pays de l'OCDE en termes de dépenses de santé : la dépense courante de santé au sens international (DCSI) représente 11,4 % de son PIB (soit 333 Md€ en 2024), derrière les États-Unis (17,2 %), l'Allemagne (12,3 %) et l'Autriche (11,8 %). La moyenne de l'UE est de 10,3 %. En revanche, considérée en dépense courante de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat, la France occupe la 7e place au sein de l'OCDE. Le décrochage du PIB par tête de la France par comparaison aux autres pays développés explique ainsi une partie du poids de la dépense de santé dans le PIB.

[40] D'après l'enquête PSCE de l'IRDES, 77 % des établissements regroupant 91 % des salariés proposaient au moins une garantie de prévoyance en 2017. Cette enquête a été reconduite en 2025, et de premiers résultats devraient être publiés fin 2026, permettant une cartographie plus fine et actualisée de la couverture prévoyance par les entreprises.

[41] Dans le cadre de la généralisation de la protection sociale complémentaire, seule la fonction publique territoriale est concernée par l'obligation de couverture en prévoyance, à partir de 2029. Celle-ci reste facultative pour la fonction publique d'Etat, et peu financée par l'employeur (7€/ mois par agent en 2026).

La dépense de santé a connu une progression modérée depuis 2010, au moins jusqu'en 2019. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 254,8 Md€ en 2024, soit 8,7 % du PIB. Elle a crû en moyenne de 2 % par an entre 2010 et 2019, avant de connaître une plus forte hausse, entre 3 et 4 % par an depuis 2022.

Encadré 5 : Les agrégats permettant de mesurer la dépense de santé

Différents agrégats peuvent être utilisés permettre de mesurer la dépense de santé :

- la **consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** est l'agrégat historique des comptes de la santé. Cette dépense correspond à la valeur totale de la consommation des biens et services consommés sur le territoire français, qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Elle exclut les soins de longue durée, la prévention institutionnelle, les dépenses de gestion et de fonctionnement du système, ainsi que les dépenses ne concourant pas directement à l'amélioration de l'état de santé, dont les chambres particulières à l'hôpital par exemple ;

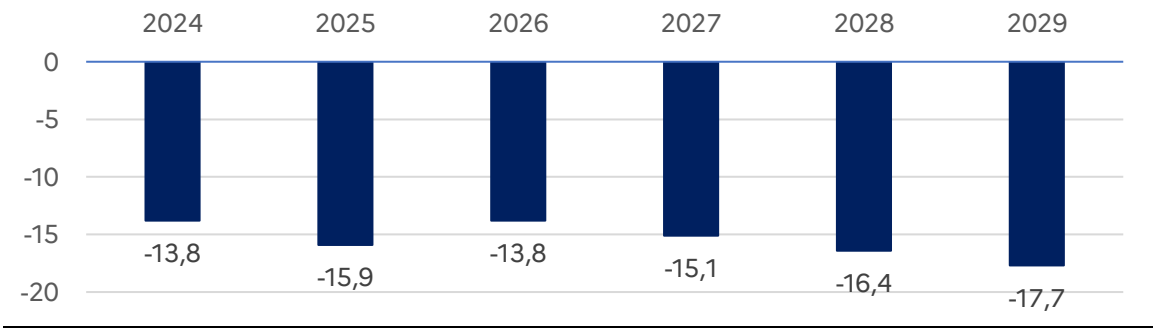
- la **dépense courante de santé au sens international (DCSI)** est un agrégat plus large qui correspond à la consommation finale individuelle ou collective de biens et services. Elle inclut les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance, à la prévention et aux soins de longue durée (soins aux personnes âgées et en établissements médico-sociaux), en excluant cependant les dépenses d'investissement.

Source : Mission, à partir des Comptes de la santé de la DREES.

- **Le déficit de l'assurance-maladie obligatoire se creuse depuis plusieurs années, sans perspective de redressement à moyen terme**

En 2020, il s'élevait à -30,4 Md€, pour atteindre -11 Md€ en 2023, avant de croître à nouveau en 2024, à 13,8 Md€. **Dans les prochaines années, le niveau de déficit de l'assurance-maladie obligatoire continue de se creuser**. Celui-ci devrait atteindre 15,1 Md€ en 2027 puis 17,7 Md€ en 2029, en l'absence de mesures nouvelles.

Graphique 6 : Prévision d'évolution du solde de la branche maladie entre 2024 et 2029 (en Md€)



Source : Mission, à partir des rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale et du PLFSS.

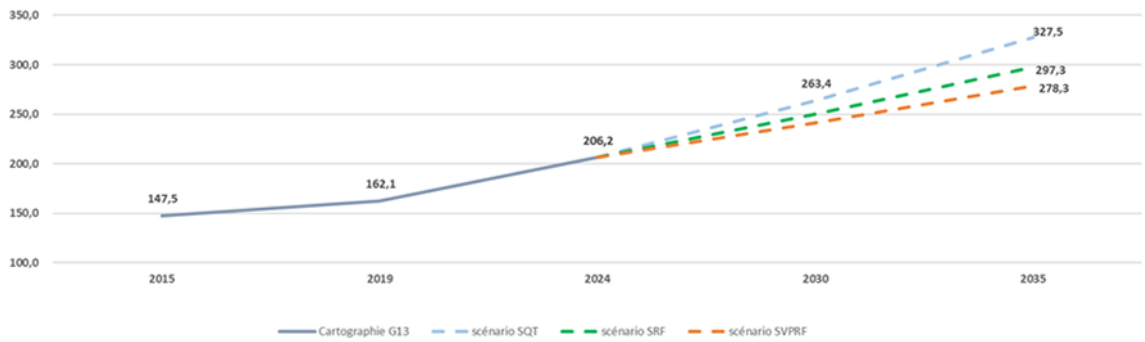
Le vieillissement de la population ainsi que la hausse de la prévalence des maladies chroniques devraient par ailleurs mécaniquement accroître les dépenses de santé au cours des prochaines années.

Dans son rapport Charges et Produits, la CNAM a réalisé plusieurs projections des dépenses de santé à l'horizon 2030 et 2035, en s'appuyant sur la projection des effectifs par pathologie à horizon 2030 et 2023, ainsi que sur l'évolution des dépenses moyennes par pathologie et par individu. Ce chiffrage ne concerne que la dépense remboursée par l'assurance maladie obligatoire **hors soins courants** mais permet d'illustrer les tendances de croissance de la dépense de santé. Trois scénarios sont présentés :

- un scénario « quasi-tendanciel » (SQT), où les prévalences par pathologie, âge et sexe évoluent de la même manière que la tendance de long terme observée entre 2015 et 2024 et où les dépenses moyennes par pathologie évoluent au même rythme que l'évolution des dépenses réelles observées entre 2019 et 2024 ;
- un scénario « régulation forte » (SRF) où les prévalences suivent la même trajectoire que dans le scénario SQT, mais où les dépenses moyennes par pathologie évoluent au rythme des dépenses réelles observées entre 2015 et 2019, période de régulation plus forte que la période 2019-2024 ;
- un scénario « virage préventif fort et régulation forte » (SVPRF) où les prévalences restent fixées au niveau observé en 2024 et où les dépenses moyennes par pathologie évoluent au même rythme que dans le scénario SRF.

Le montant de dépenses remboursées à horizon 2035 varie selon les scénarios retenus : le scénario quasi-tendanciel aboutit en 2035 à une dépense totale remboursée de 327,5 Md€, soit un taux de croissance annuel moyen (TCAM) 2024-2035 de 4,3 %, contre une évolution annuelle moyenne du PIB de 2,6 % par an sur la même période, tandis que le scénario le plus favorable (SVPRF) forte conduit à une dépense totale remboursée de 278,3 Md€ en 2035, soit un TCAM de 2,8 %, toujours légèrement supérieur à la croissance du PIB.

Graphique 7 : Total des dépenses remboursées (en Md€) entre 2015 et 2024 et projections jusqu'en 2035 selon différents scénarios



Source : CNAM, Rapport Charges et Produits 2026.

- **À moyen terme, le financement des dépenses d'assurance-maladie n'est donc pas assuré : une meilleure régulation des dépenses de santé est indispensable.**

Or, cette régulation reste aujourd'hui insuffisamment mise en œuvre. De nombreuses publications pointent des gisements d'efficience qui sont trop peu exploités. Pour n'en citer que quelques exemples :

- en matière d'hospitalisation et de chirurgie, l'Atlas des variations de pratiques médicales de l'Irdes permet d'identifier des écarts territoriaux importants pour certains types d'interventions, laissant deviner des marges de progrès en matière de qualité et de pertinence : la chirurgie de la cataracte présente une forte dispersion territoriale des taux de recours, ainsi que celle de la tumeur de la prostate, la chirurgie du canal carpien, les poses de stents coronaires ou encore l'hystérectomie. Des outils d'exploitation des données, comme VisuChir, restent trop peu mobilisés. Plus globalement, le recours à l'hospitalisation complète occupe encore une place très importante là où les progrès thérapeutiques, techniques et organisationnels permettraient de réduire l'hébergement hospitalier. Ainsi, c'est un changement de paradigme qui doit être opéré pour renforcer les alternatives à l'hospitalisation complète et organiser, par le biais de restructurations, une réelle gradation des soins dans les territoires ; il est par ailleurs nécessaire que les hôpitaux publics s'organisent dans une logique de groupe à l'échelle territoriale, en approfondissant l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT)[42] ;
- en matière de prescriptions, une revue de dépenses conduite par l'IGF et l'IGAS en 2025 identifie des gisements d'économie entre 0,4 et 1,8 Md€. Pour les seuls médicaments, de nombreux exemples de surprescriptions sont identifiés chaque année dans le rapport Charges et produits de la CNAM : par exemple, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), pour lesquels plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés selon la HAS ; benzodiazépines dont la consommation reste très élevée en France.

Dans les domaines où les OC sont financeurs majoritaires, il existe également des marges d'amélioration de la régulation. En optique, des garanties trop généreuses des OC ont vraisemblablement contribué à une sursolvabilisation du marché dans les années 2000 dont les conséquences perdurent : en 2018, la France compte ainsi 52 opticiens pour 100 000 habitants, contre 26 en Allemagne et 10 au Royaume-Uni[43]. Le chiffre d'affaires des magasins d'optique a progressé de 6,1 à 7,3 Md€ entre 2017 et 2022, plus rapidement que l'inflation[44].

Ces quelques exemples montrent que de larges marges de progression sont possibles en matière d'affectation et de régulation de la dépense, insuffisamment exploitées à ce jour, notamment du fait de l'insuffisance d'évaluation des dispositifs existants et d'adaptation organisationnelle aux progrès diagnostiques et thérapeutiques.

1.2.2 La structure du financement de la dépense de santé a réduit la participation des assurés à la prise en charge de leurs soins

- **Depuis quinze ans, la part de la dépense de l'AMO augmente progressivement, tandis que le RAC des ménages diminue et que la part des AMC reste stable au sein de la CSBM**

En lien notamment avec la progression des ALD, la part du financement de la CSBM par l'assurance maladie obligatoire tend ainsi à progresser (76 % en 2011, 78 % en 2019, 79 % en 2024). Sur la même période, le reste à charge des ménages diminue (10,1 % en 2010, 8,5 % en 2019 et 7,8 % en 2024).

---

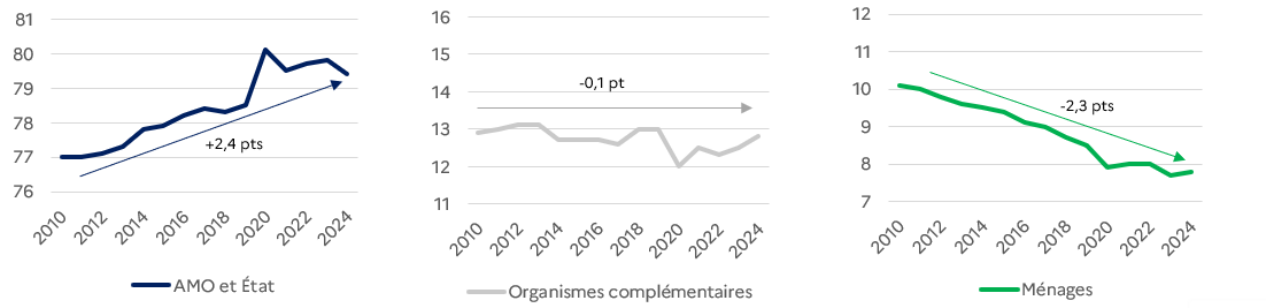
[42] Source : « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale », IGAS-IGF, 2025.

[43] Source : CCI Paris Île de France, Le marché de l'optique, 2018.

[44] Source : base de données FARE, calculs réalisés sur les entreprises dont le NAF est le 4778A (Commerce de détail – magasins d'optique).

Enfin, le taux de prise en charge par les organismes complémentaires est relativement stable sur le long terme, malgré une légère baisse durant la crise sanitaire du fait de la mise en place ponctuelle de dispositifs dérogatoires de prises en charge à 100 %, par exemple de la télémédecine (13,0 % en 2011 et 2019, 12,8 % en 2024).

Graphique 8 : Part des administrations publiques (AMO et État), des OC et des ménages dans le financement de la CSBM (en %)



Source : Mission.

- **Les OC financent une partie significative de la CSBM, quoique de manière très inégale selon les postes de dépenses.**

Sur les 37 Md€ de prestations versées par les OC en 2024, 32,5 Md€ ont financé des soins relevant du périmètre de la CSBM, ventilés entre 4,6 Md€ au titre des soins hospitaliers, 15,9 Md€ pour les soins ambulatoires et 11,9 Md€ pour les biens médicaux.

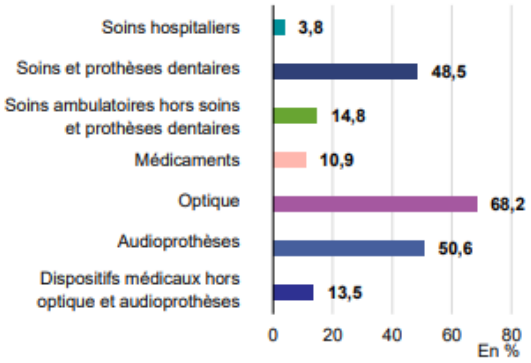
Tableau 4 : Montant des dépenses de santé sur le champ de la CSBM, par financeur et par grand poste de soins, en millions d'euros, en 2024

Nature de l'activité	État	Sécurité sociale	OC	Ménages	Total général
Soins hospitaliers	**1 305**	**112 083**	**4 643**	**2 715**	**120 746**
En% du total	*1 %*	*93 %*	*4 %*	*2 %*	*100 %*
Soins ambulatoires	**244**	**52 511**	**15 939**	**9 130**	**77 825**
En% du total	*0 %*	*67 %*	*20 %*	*12 %*	*100 %*
Biens médicaux	**217**	**35 956**	**11 939**	**8 113**	**56 225**
En% du total	*0 %*	*64 %*	*21 %*	*14 %*	*100 %*

Source : Mission, à partir des données des comptes de la santé de la DREES.

Au-delà de ces grands agrégats, le poids des dépenses des OC dans la dépense de santé apparaît très hétérogène selon les postes de dépenses : il représente 3,8 % des dépenses hospitalières, contre 68,2 % des dépenses en optique et 50,6 % des dépenses en audioprothèses par exemple (cf. graphique 9).

Graphique 9 : Part de la dépense financée par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM en 2024



Source : DREES, Comptes de la santé.

Le rôle de financeur des OC devient prépondérant pour certains postes de dépenses de soins. Si sa part dans les dépenses hospitalières a légèrement diminué entre 2010 et 2024 (passant de 4,2 à 3,8 %), et plus fortement baissé dans les médicaments (passant de 15,6 à 10,9 %), en lien avec l'arrivée sur le marché de médicaments innovants remboursés à 100 %, elle a crû fortement sur d'autres postes. Ainsi, elle est passée de 54,5 % à 68,2 % sur le champ de l'optique médicale, de 39,9 à 48,5 % sur celui des soins et prothèses dentaires, et atteint 50,6 % pour les audioprothèses en 2024, contre 24,2 % en 2020[45].

Si leur part est stable dans les soins ambulatoires (à 14,8 % en début et fin de période), les OC prennent une part importante dans le financement de la médecine libérale, en particulier en ce qui concerne les honoraires des médecins spécialistes en secteur 2. Ils occupent notamment une place importante dans le financement des soins pour les assurés qui ne sont pas en ALD (en ville, seuls 56 % de leurs soins étaient financés par l'AMO en 2023, tandis que la part AMC s'élevait à 33 %[46]). Les OC contribuent également au financement du forfait patientèle du médecin traitant (0,3 Md€ en 2024).

Par ailleurs, une partie des dépenses engagées par les OC ne sont pas intégrées dans la CSBM : il s'agit notamment du financement de certains frais d'hébergement à l'hôpital, qui constituent des masses financières importantes et structurantes pour les équilibres financiers des établissements hospitaliers (2,2 Md€ en 2024 pour les frais d'hébergement à l'hôpital ou en soins de longue durée, les suppléments pour chambres particulières et les lits d'accompagnants).

1.2.3 Le montant des primes des OC augmente, sous le triple effet d'une hausse des prestations, de frais de gestion élevés, mais également d'une hausse de la taxation depuis 2025

- **La hausse des prestations et des cotisations des organismes complémentaires est marquée depuis 2022**

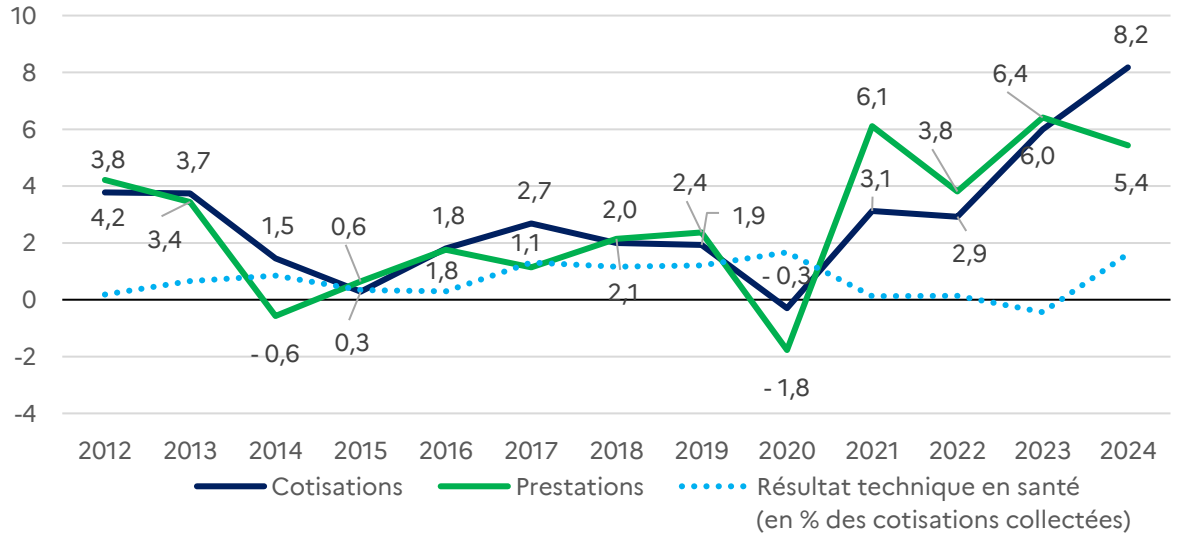
La croissance des cotisations en santé collectées par les organismes complémentaires est en moyenne de 2,8 % sur la période 2015-2024, avec une hausse marquée en 2023 (6,4 %) et surtout 2024 (8,2 %). S'agissant des prestations, le taux de croissance moyen sur la même période est proche (2,7 %), avec une dynamique forte depuis 2021 (voir graphique *infra*). En comparaison, le taux de croissance moyen

[45] Première date de disponibilité des données dans les données DREES.

[46] Données DREES tirée du modèle Inès-Omar 2023, qui n'intègrent que les dépenses de santé remboursables et individualisables.

de la CSBM est de 2,9 % sur la même période[47], et celui des dépenses santé de l'assurance maladie et de l'État, au sein de la CSBM, de 3,1 %.

Graphique 10 : Évolution des cotisations (hors TSA) et des prestations en santé, et résultat technique des OC assurant une couverture santé entre 2012 et 2024, en %



Source : Rapport 2025 sur la situation financière des OC assurant une couverture santé, DREES

Le résultat technique[48] en santé redevient bénéficiaire en 2024 (1,6 % des cotisations collectées), après une année 2023 déficitaire. Sur la dernière décennie, le résultat technique des organismes assureurs en santé est de 0,7 % en moyenne, même si on observe une différence marquée entre le segment des contrats individuels, globalement excédentaires (4,8 % sur les 10 dernières années) et celui des contrats collectifs, globalement déficitaires (-3,6 % sur la même période)[49]. Les OC en santé ont un niveau de solvabilité moyen sensiblement supérieur aux exigences de la directive européenne Solvabilité II[50].

[47] En cohérence, la part des dépenses financées par les OC dans la CSBM est stable.

[48] Le résultat technique en santé représente la différence entre l'ensemble des produits et l'ensemble des charges liées à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents pour l'activité santé.

[49] Ce déficit technique est compensé par le résultat financier ainsi que le résultat technique de l'activité prévoyance, ce qui permet d'assurer la solvabilité des organismes.

[50] Le régime Solvabilité II repose notamment sur des indicateurs quantitatifs de solidité financière : le capital de solvabilité requis (*Solvability Capital Requirement*, « SCR ») et le minimum de capital requis (*Minimum Capital Requirement*, « MCR ») qui permettent d'évaluer si un organisme dispose de suffisamment de fonds propres pour exercer son activité d'assurance dans la durée. Ces taux doivent être supérieurs à 100 % selon le règlement européen. D'après le rapport de la DREES sur la situation financière des OC de 2025, les fonds propres des organismes exerçant une activité d'assurance santé couvrent largement le SCR (230 % en 2024) et le MCR (548 % en 2024).

- **Plusieurs facteurs sont à l'origine de la hausse des prestations des OC sur la période récente**

Plusieurs facteurs déterminent la dynamique des dépenses des organismes complémentaires :

- leurs dépenses sont corrélées à **l'évolution des dépenses de santé** dans leur ensemble, qui évoluent à la hausse, principalement du fait du vieillissement de la population, de la hausse de la prévalence des maladies chroniques et en fonction des choix de revalorisation des tarifs en ville ou à l'hôpital (cf. partie précédente). La croissance des ALD conduit toutefois à diminuer structurellement la part de prise en charge des OC en leur sein. **Les transferts de dépenses de la sécurité sociale vers les complémentaires santé et les patients** visent à répondre à cet infléchissement structurel et à limiter le déficit de l'assurance maladie. À titre d'exemple, la revalorisation des participations des patients en établissement de santé début 2026 se traduit par une hausse du financement par les OC, qui doivent couvrir ces participations dans le cadre des contrats responsables ;
- **l'élargissement du panier minimal couvert par les contrats responsables** contribue à la hausse des prestations : ainsi, la réforme du 100 % santé a permis une amélioration de la couverture des assurés sur les segments du dentaire et des audioprothèses, ce qui s'est traduit par une hausse des dépenses des organismes complémentaires (+6,3 % par an sur les postes du 100 % santé entre 2021 et 2024, soit 2,1 % par an). Entre 2018 et 2023, les dépenses sur les trois postes concernés par la réforme ont augmenté de 3,3 Md€ ;
- même si elles sont très minoritaires au sein des prestations versées par les OC (moins de 3 %), **les prestations à la périphérie des soins sont particulièrement dynamiques sur la période récente** (+32 % entre 2021 et 2024, soit une croissance annuelle de 10 %). Cette catégorie regroupe les prestations de soins non conventionnels (ostéopathe, autres médecines douces…), de psychologue, de prévention (patch anti-tabac, vaccinations internationales), et les prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès…)[51]. L'intégration de soins non conventionnels au sein de certains contrats, y compris parfois de professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé, est critiquée par de nombreux acteurs, notamment les représentants des professionnels de santé. Selon les organismes complémentaires, ces prestations répondent aux attentes des assurés parfois confrontés à des déserts sanitaires et figurent souvent dans les appels d'offre des entreprises et dans ceux des administrations de l'État.

- **Les frais de gestion demeurent élevés et hétérogènes, malgré le mouvement de concentration du secteur et sa dématérialisation**

En 2024, les charges de gestion des OC s'élèvent à 18,8 % des cotisations, soit 8,8 Md€[52]. Si ce taux a légèrement baissé depuis 2016, date à laquelle il s'élevait à 20 %, il est relativement stable sur plus longue période (18,7 % en 2011). D'un côté, l'important mouvement de concentration du secteur depuis 20 ans ainsi que la dématérialisation devraient logiquement générer des gains d'efficience susceptibles de faire diminuer les charges de gestion. De l'autre, les organismes complémentaires évoquent des hausses de charges résultant des directives européennes (notamment Solvabilité II), des nombreuses évolutions réglementaires ainsi que l'impact de la suppression des clauses de désignation, qui aurait accru les frais d'acquisition.

Les charges de gestion se décomposent en frais de gestion des sinistres (4 % en moyenne), frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques (8 %) et frais d'acquisition (7 %). Comme l'illustre le graphique ci-après, ils varient en fonction de la nature de l'organisme assureur : ils sont ainsi plus élevés chez les assureurs (20 %) et les mutuelles (19 %) que chez

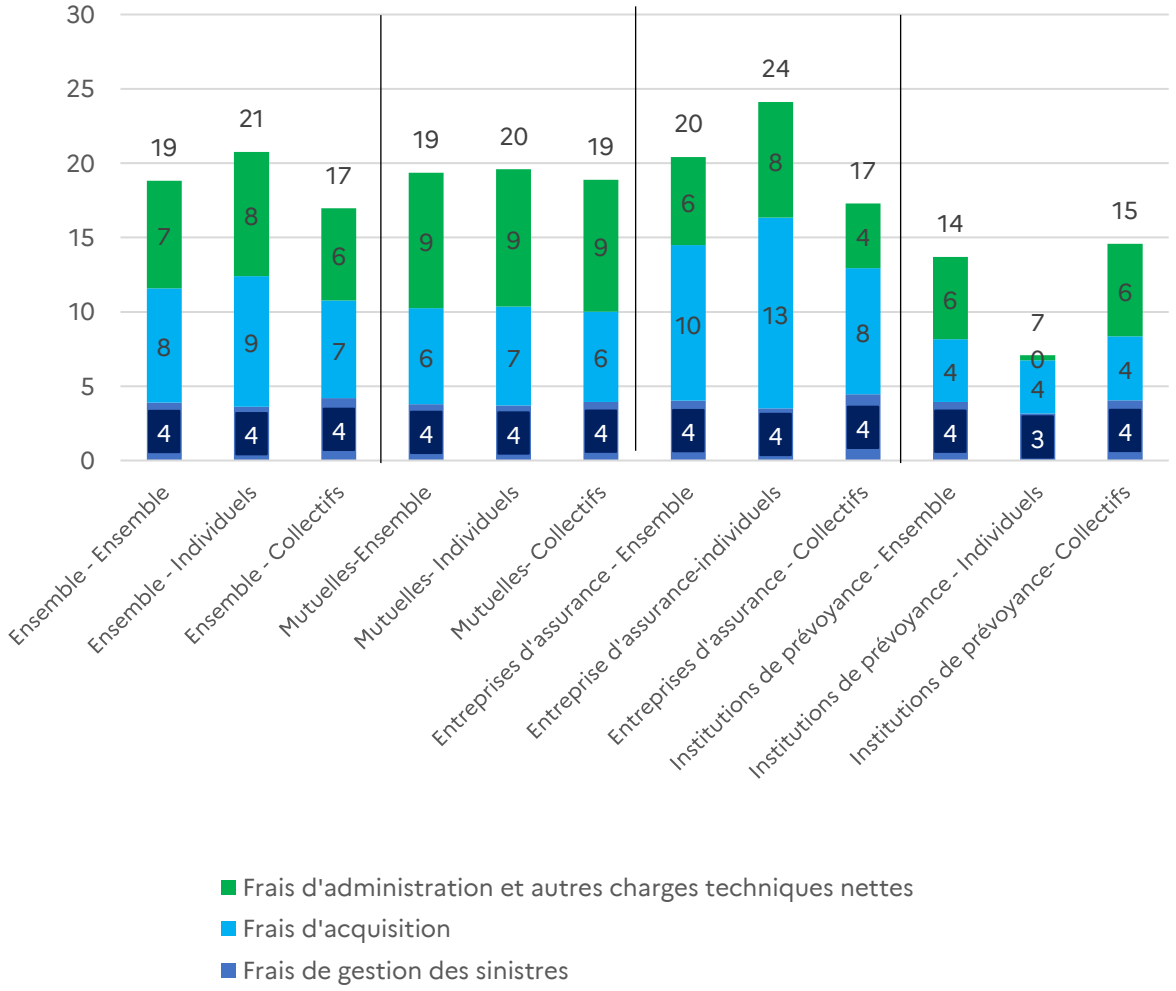
[51] Les données de la DREES ne permettent pas de distinguer au sein de ce poste la répartition entre les différentes catégories de dépenses. S'agissant des médecines alternatives, France assureurs indique que les dépenses d'ostéopathes représentent près de 70 % des dépenses de professionnels remboursés.

[52] Données issues du rapport 2025 de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires.

les institutions de prévoyance (14 %). Les frais d'acquisition sont plus élevés chez les entreprises d'assurance, malgré une baisse depuis 2014 (de 13,2 % à 10,5 %), ce qui s'explique en partie par un plus grand recours à des intermédiaires, agents d'assurance ou courtiers, rémunérés par des commissions. Les mutuelles se caractérisent par les frais d'administration les plus élevés, ce qui pourrait être lié au mouvement de concentration du secteur, engendrant des coûts dans la phase de transition. Enfin, les charges de gestion sont plus faibles chez les IP, du fait notamment de la prépondérance des contrats collectifs aux frais de gestion moins élevés qu'en individuel (17 % vs 21 %). Ceci s'explique à la fois par des frais d'acquisition moins élevés, liés à un nombre d'interlocuteurs plus réduit diminuant le coût de publicité et de vente des contrats, et par des frais d'administrations un peu plus faibles, car les cotisations peuvent être prélevées par les entreprises.

Au total, une proportion significative d'assurés paye des frais de gestion supérieurs à 25 % de leurs cotisations : cela concerne 51 organismes complémentaires en 2024, représentant 8,5 % des cotisations, et même 19,7 % des cotisations en individuel[53].

Graphique 11 : Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2024, par type d'OC et de contrats



Source : DREES, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, 2025

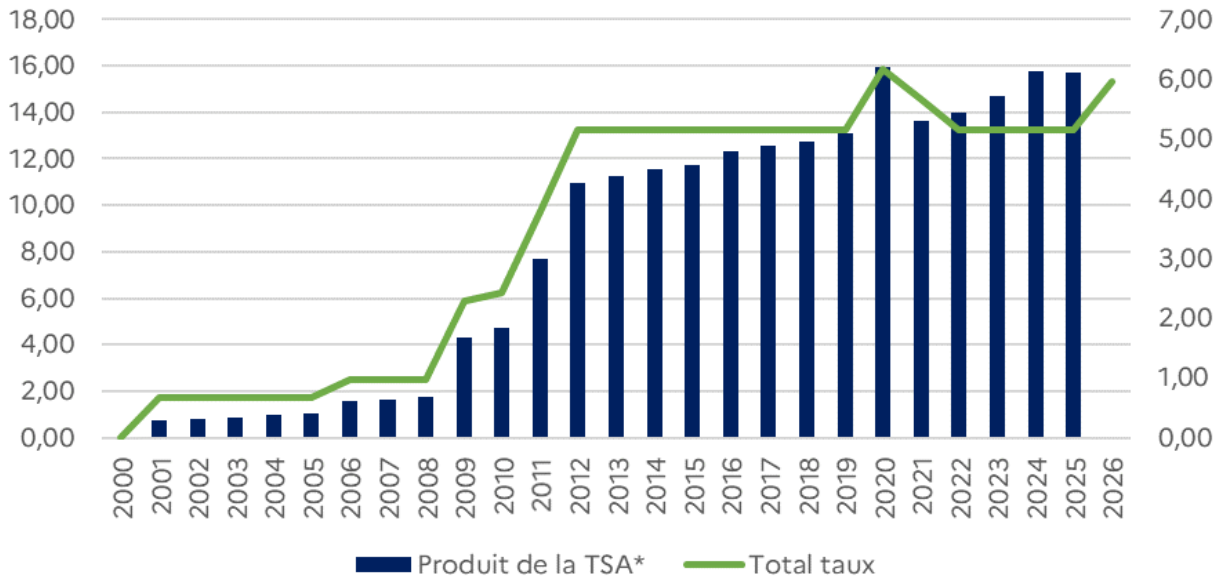
[53] Données DREES produites pour la mission à partir des données de l'ACPR.

- **Enfin, il faut souligner que le rôle de collecteurs de la TSA des OC renforce le sentiment de leurs assurés ou adhérents d'une hausse des cotisations.**

La TSA, assise sur le montant des cotisations acquittées par les assurés, et initialement créée pour financer le dispositif de CMU-C, a connu des relèvements réguliers de son taux, pour atteindre 13,27 % en 2013. Son produit a ainsi progressé de 0,4 Md€ en 2000 à 6,1 Md€ en 2025, tandis que son affectation a évolué : initialement destinée au fonds CMU, il finance aujourd'hui pour partie l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, en 2025, sur les 6,1 Md€ de produit de la TSA, seuls 3,5 Md€ sont allés au financement de la C2S, le reliquat contribuant au financement de l'AMO. De nombreuses personnes auditionnées ont ainsi regretté le rôle de « collecteurs d'impôts » assigné aux OC.

Par ailleurs, la LFSS pour 2026 a introduit une taxe exceptionnelle de 2,05 % sur les contrats de complémentaire santé.

Graphique 12 : Évolution du produit et du taux de la TSA applicable aux contrats responsables, entre 2000 et 2026



Source : Mission, à partir des rapports du fonds CMU et DREES. *Note de lecture* : l'axe de gauche représente le taux, en pourcent, et l'axe de droite représente le produit de la TSA, en Md€. Avant 2016, le taux correspond à l'addition du taux de TSA et de TSCA. *Note de méthode* : avant 2020, le produit de la TSA et de la TSCA constitue une estimation, réalisée en multipliant le taux en vigueur par l'assiette des cotisations.

1.3 La faiblesse de la gouvernance AMO/AMC nuit à la conduite et à l'efficience de certaines politiques publiques, notamment en matière de gestion des risques, de prévention et de lutte contre la fraude

1.3.1 Depuis 2004 et la création de l'UNOCAM, le principe du « qui co-paie, co-décide » n'a pas été pleinement mis en œuvre, engendrant tensions entre acteurs et illisibilité du système

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) a été instituée par la loi du 13 août 2004, dans le contexte d'une refonte globale de la gouvernance du système de santé. Cette réforme avait pour objectif de clarifier les responsabilités des acteurs dans le secteur de la santé, en affirmant le rôle de l'UNCAM dans le pilotage des dépenses de santé mais également en clarifiant le rôle des complémentaires santé dans le pilotage de la dépense de santé.

Constituée sous forme d'association loi 1901 en 2005, elle rassemble les trois familles (Fédération nationale de la Mutualité française, France Assureurs et Fédération des institutions paritaires de protection sociale), le régime local d'Alsace-Moselle (RLAM), ainsi que la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM), qui l'a rejointe en 2008.

Les missions de l'UNOCAM sont définies à l'article L. 182-3 du CSS. Elle constitue un lieu d'échanges et de propositions pour ses membres, un interlocuteur institutionnel des pouvoirs publics, un partenaire conventionnel de l'UNCAM, un acteur dans le domaine des données de santé et un participant à la démocratie sanitaire. Depuis la LFSS pour 2009, l'UNOCAM doit être invitée par l'UNCAM à toutes les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé (art. L. 162-14-3 du CSS). Elle dispose en outre d'une voix délibérative au sein du Comité économique des produits de santé et peut émettre des avis motivés et publics sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie.

Malgré ce cadre juridique, le rôle effectif de l'UNOCAM dans la régulation financière du système de santé demeure en-deçà de la place que les organismes complémentaires occupent en tant que financeurs. Ce constat tient à plusieurs limites :

- la première tient à **la nature juridique de l'UNOCAM : association loi 1901, elle ne dispose pas de capacité juridique à engager ses membres**. Sa signature ne lie pas la totalité des OC qui composent son périmètre. Cette asymétrie est importante, notamment en regard des syndicats de professionnels de santé, dont la signature d'une convention engage l'ensemble des praticiens conventionnés. Les acteurs rencontrés ont dans l'ensemble souligné cette difficulté ;
- la deuxième tient **aux conditions de participation aux négociations elles-mêmes, qui confèrent, dans la majorité des secteurs, un rôle consultatif à l'UNOCAM**. Si l'article L. 162-14-3 du CSS lui confère un droit de participation aux négociations conventionnelles conduites par l'UNCAM, la signature de l'UNOCAM ne conditionne toutefois la validité de l'accord que dans les secteurs où les OC sont financeurs majoritaires. Surtout, même dans les secteurs que les OC financent à titre principal, l'absence de signature de l'UNOCAM peut être contournée par voie règlementaire ;
- **la troisième concerne l'effectivité du dialogue conventionnel dans les secteurs où les complémentaires sont pourtant financeurs majoritaires, notamment l'optique et l'audioprothèse**. Certains représentants des professionnels de santé ont ainsi pu relever que les échanges avec cette instance étaient quasi inexistants, imputant cela aux désaccords entre les trois « familles ». Cette situation est d'autant plus paradoxale que les OC financent l'essentiel des dépenses d'équipement dans ces filières et que leurs décisions tarifaires, leurs réseaux de soins et leurs pratiques de tiers-payant structurent en profondeur les conditions d'exercice des professionnels concernés.

À ce constat s'ajoute l'absence de relations de l'UNOCAM avec le secteur hospitalier, alors même que les OC financent les participations et contribuent au financement des chambres particulières et des dépassements d'honoraires en établissement qui constituent un poste de dépenses significatif pour les assurés.

La question de la réforme de la gouvernance de l'UNOCAM elle-même et notamment sa capacité à engager juridiquement ses membres apparaît ainsi comme un préalable à toute montée en puissance de son rôle.

Le comité de dialogue avec les organismes complémentaires (CDOC), comité installé en 2022 et réunissant autour du ministre chargé de la santé les OC et les administrations, dont le fonctionnement a été salué par les familles représentant les OC, a lui aussi cessé de se réunir.

Cette absence de cadre pérenne de dialogue et de concertation entre l'État et les organismes de complémentaires santé contribue à entretenir une défiance mutuelle néfaste aux assurés et au système de santé. La LFSS pour 2026 illustre ce constat avec la hausse des prises en charge hospitalières par les OC à hauteur de 400 M€, décidée en février 2026 après une concertation réduite mais surtout l'instauration d'une taxe exceptionnelle de 1,1 Md€ accompagnée d'un gel des cotisations des OC,

mesure qui témoigne de la méconnaissance du mode de fonctionnement de ces organismes par le législateur.

1.3.2 Les politiques de gestion du risque et de lutte contre la fraude sont pénalisées par l'insuffisance des échanges d'informations entre AMO et AMC, en dépit d'enjeux partagés

➢ **Une absence de dialogue concernant les actions de gestion du risque menées par l'AMO et les OC, ne permet pas de capitaliser sur la complémentarité des approches**

Les actions de gestion du risque menées par les OC s'appuient notamment sur les réseaux de soins.

Encadré 6 : Les réseaux de soins

Les réseaux de soins ont émergé dans les années 1990 et se sont progressivement imposés comme des acteurs majeurs dans les secteurs de l'optique, des audioprothèses et, dans une moindre mesure, du dentaire. Leur développement s'est accéléré à partir des années 2000, notamment avec la création de plateformes de gestion spécialisées.

Le cadre légal de ces réseaux est défini par la loi Le Roux du 27 janvier 2014, qui encadre les conventions passées entre les OC et les professionnels de santé. Ces conventions prévoient que les professionnels s'engagent à respecter des tarifs plafonds pour des prestations ou produits spécifiques, en échange de contreparties telles que la mise en avant auprès des assurés, la prise en charge du tiers payant, et parfois des remboursements complémentaires bonifiés. Dans l'ensemble, les réseaux de soins sont relativement peu régulés et contrôlés, en raison de l'absence de textes d'application précis, ce qui laisse une large marge d'interprétation et d'autorégulation, notamment par le droit de la concurrence.

Source : Mission d'après le rapport IGAS de 2017 sur les réseaux de soins.

Il n'existe pas de travaux d'évaluation récents concernant les réseaux de soins, en particulier depuis la mise en œuvre du 100 % santé. Pour autant, un rapport IGAS de 2017[54] montrait un impact sur les prix pour les prestations et produits consommés *via* ces réseaux sur le champ de l'optique, et de manière plus modérée mais significative, dans le secteur des audioprothèses. Dans le secteur dentaire, où les réseaux sont moins développés, les écarts de prix semblaient faibles.

L'évaluation de l'impact des réseaux de soins sur la qualité des prestations est complexe, en raison de l'absence de référentiels communs et d'indicateurs fiables. Les plateformes se concentrent principalement sur le contrôle des moyens (vérification des diplômes des professionnels, respect des grilles tarifaires, référencement des produits), sans que ces contrôles ne garantissent une qualité optimale des soins ou des produits, en l'absence d'évaluation approfondie des pratiques cliniques (par exemple en dentaire).

L'action de l'assurance maladie s'inscrit dans ses programmes de gestion du risque. Outre la politique tarifaire évoquée précédemment, à travers les négociations conventionnelles, l'assurance maladie développe des actions pour favoriser la pertinence des soins, avec plusieurs logiques :

- une logique de contrôle (contrôle unitaire des prescriptions pour les prescripteurs atypiques, à travers les mises sous objectif ou mises sous accord préalables ; des demandes d'accord préalables pour certains produits, actes ou prestations) ;
- une logique d'incitation (dispositifs d'intéressement financier à destination des professionnels libéraux, en particulier les médecins généralistes, avec la rémunération sur objectifs de santé publics (ROSP)) ;
- des dispositifs d'accompagnement pour rappeler les recommandations de bonnes pratiques, qui s'adressent essentiellement aux médecins généralistes (courriers et courriels, visites des délégués de l'assurance-maladie ou DAM, échanges confraternels).

[54] « Les réseaux de soins », IGAS, 2017.

Cette politique reste moins développée à l'hôpital, malgré la mise en œuvre de contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), avec une portée limitée en l'absence d'identification des prescripteurs. Un récent rapport IGAS-IGF sur les prescriptions médicales[55] montre que les actions de l'assurance-maladie mériteraient d'être confortées, et pourraient notamment s'inspirer d'exemples étrangers (démarches d'audit et *feedback* ; leaders d'opinion ; groupes d'échange de pratiques).

En conclusion, en dehors de la politique conventionnelle, AMO et AMC n'ont pas d'espace de partage et de concertation sur les politiques de gestion du risque, les actions de maîtrise des dépenses ou de contrôle de leur pertinence. Une plus grande responsabilisation du financeur majoritaire serait souhaitable, pour renforcer la complémentarité des actions de l'AMO et de l'AMC.

- **L'enjeu fort de lutte contre la fraude suppose également un partage d'informations et une action concertée AMO/AMC**

La lutte contre la fraude constitue un enjeu majeur pour l'AMO comme pour les complémentaires santé. Pour l'assurance maladie, la lutte contre la fraude est un des objectifs prioritaires au titre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) la liant à l'État pour la période 2023-2027. Elle a détecté 628 M€ de fraude en 2024 (dont 70 % proviennent de professionnels de santé ou de personnes usurpant ou falsifiant leur identité) et 723 M€ en 2025. Pour les OC, le déploiement du 100 % santé, associé à une généralisation du tiers payant sur les trois champs concernés, a conduit à une hausse du nombre de cas de fraudes et à une évolution de leur nature, liée à la création de fraudes organisées sur ces segments (par exemple fraudes à l'audioprothèse).

Pourtant, il n'existe actuellement aucune stratégie concertée et les échanges d'information entre les deux secteurs restent jusqu'à présent extrêmement réduits et asymétriques. Jusqu'à l'adoption de la loi du 26 juin 2026 relative à la lutte contre la fraude sociale et fiscale, l'AMO pouvait s'adresser à l'OC de l'assuré concerné (l'inverse n'était pas vrai), et ne pouvait pas informer les autres OC co-financeurs d'une fraude qu'elle avait détectée. Elle ne pouvait communiquer que l'existence d'une procédure d'enquête en cours, sans aucune donnée sur la nature ou l'ampleur de la fraude.

1.3.3 Les actions de prévention en santé déployées par les OC sont mal identifiées, peu évaluées et ne sont pas articulées avec les actions publiques, en l'absence d'une gouvernance nationale

Encadré 7 : La prévention en santé

La prévention en santé regroupe l'ensemble des actions visant à éviter l'apparition, l'aggravation ou les complications des maladies, ainsi qu'à promouvoir les comportements et environnements favorables à la santé.

On distingue traditionnellement trois niveaux de prévention.

(i) La prévention primaire vise à éviter l'apparition des maladies en agissant sur les facteurs de risque et les environnements de vie. Elle comprend la vaccination, la lutte contre le tabagisme, la promotion de l'alimentation équilibrée ou de l'activité physique, la réduction de l'exposition aux polluants, ou encore l'éducation en santé.

(ii) La prévention secondaire consiste à détecter précocement les maladies ou les facteurs de risque afin de limiter leur progression. Elle repose notamment sur les programmes de dépistage organisés (cancers du sein, colorectal, col de l'utérus) et sur les examens systématiques permettant de repérer hypertension, diabète ou troubles métaboliques.

(iii) La prévention tertiaire vise à réduire les complications et à prévenir les rechutes chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou présentant des incapacités. Elle englobe l'éducation thérapeutique du patient, la réadaptation fonctionnelle, l'accompagnement des pathologies chroniques ou la prévention de la perte d'autonomie.

[55] « Revue de dépenses sur les prescriptions en ville et à l'hôpital », IGAS-IGF, 2025.

- **La majorité des dépenses de prévention en santé des OC concerne les professionnels non remboursés par l'assurance maladie, même si se développent également quelques services d'accompagnement aux assurés et à leurs aidants**

Avec le soutien de la DREES, la mission a mené une enquête auprès des OC sur leurs dépenses de prévention en santé, dont les résultats sont présentés en annexe 4. L'échantillon est partiel (15 retours d'OC couvrant 13 millions d'assurés ; 19 millions avec les ayants droits), avec une surreprésentation des contrats individuels par rapport à la population générale (environ 59 %). Quelques enseignements généraux peuvent néanmoins être tirés :

- les dépenses des OC déclarées dans le cadre de cette enquête (565 M€ en 2025) relèvent très majoritairement de la prévention primaire (plus de 95 % des dépenses des répondants). Les dépenses de prévention secondaire concernent principalement le financement de dépistages non remboursés par l'assurance maladie ;
- la majorité des dépenses de prévention primaire est composée de prises en charge de soins, actes ou activités non remboursés par la sécurité sociale : les consultations de professionnels non remboursés par la sécurité sociale (hors psychologues et diététiciens- 36 %), en premier lieu les ostéopathes, mais aussi les pédicures-podologues, les psychomotriciens, l'acupuncture, la sophrologie et autres médecines non conventionnelles ; puis les psychologues[56] (15 %), et, à une échelle plus réduite, les diététiciens (2,2 %), les vaccins non remboursés (1,5 %) et le sport ou l'activité physique adaptée (0,4 %). Ces actes sont financés au premier euro pour l'essentiel, hormis le cofinancement de Mon soutien psy ;
- une partie résiduelle des dépenses (environ 3 %) recouvre des services d'accompagnement des assurés ou de leurs aidants. À titre d'exemples, des OC ont développé des programmes d'accompagnement pour limiter le développement des maladies chroniques, basés sur des tests en ligne, et, en fonction des risques identifiés, des entretiens en ligne avec des professionnels de santé (pharmacien, infirmier en pratique avancée, diététicien, médecin généraliste), et un accompagnement motivationnel par un infirmier de coordination. De tels programmes peuvent être généralistes, pour favoriser les comportements favorables aux déterminants de santé (nutrition, activité physique, sommeil, stress et santé mentale), à l'instar du programme Vyv'Optim développé initialement à la MGEN ou viser la prévention secondaire de maladies chroniques, comme le programme Mon bilan cardio conçu par Malakoff Humanis. Au-delà, des dispositifs d'entretiens-bilans avec les assurés sur leur santé, des plateformes d'écoute, ou des outils numériques à destination des assurés sont également fréquemment déployés par les OC. Certains OC développent également des services à destination des aidants (aides à domicile ou soutien psychologique par exemple) ;
- en revanche, et de manière paradoxale, les actions de prévention sur les segments sur lesquels les OC sont financeurs majoritaires (optique, audioprothèses) n'ont pas été citées par les répondants de l'enquête. En dentaire, les dépenses de prévention déclarées relèvent de dépenses cofinancées (examens de détartrage, examens bucco-dentaires des enfants depuis 2024, etc.)[57].

- **Du fait de leur double couverture des risques santé et prévoyance, les OC sont perçus comme légitimes pour réaliser des actions de prévention en entreprise**

La majorité des interlocuteurs de la mission soulignent que les OC développent de manière croissante des actions de prévention en santé en entreprise. Ce développement peut s'expliquer par une implication renouvelée des employeurs dans la santé de leurs salariés, d'une part parce que la légitimité et l'acceptabilité de leur rôle en matière de santé a été renforcée par la crise sanitaire, d'autre part dans

[56] A noter : dans les comptes de la santé, les soins des psychologues ne sont pas classés en prévention.

[57] De nombreux OC ont renseigné des dépenses de prévention sur ce champ, pour un total de 37,5 % des dépenses renseignées, mais de manière très hétérogène ; certains ont intégré l'ensemble des consultations dentaires, d'autres la parodontologie.

un contexte de hausse des arrêts maladie qui crée une incitation économique à agir. La couverture par les OC des risques de prévoyance rendrait également plus rentables les actions de prévention en entreprise, car la prévoyance est un risque long.

Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, les actions de prévention déployées par les OC visent en premier lieu les risques psycho-sociaux et les troubles de santé mentale, figurant parmi les premiers motifs d'arrêt de travail, ainsi que les troubles musculosquelettiques (TMS). Les OC développent également des programmes d'accompagnement pour favoriser la reprise du travail lors d'arrêts de travail de longue durée (coaching, interventions de psychologues et d'ergothérapeutes, etc.). Les actions de dépistage collectif (par exemple, du cancer de la peau) seraient également plébiscitées par les salariés et les employeurs. Ainsi, plusieurs conventions collectives nationales intègrent des dispositions de prévention en santé : bilans de prévention personnalisés, aides à domicile en cas d'hospitalisation, financement de dépistages non remboursés, soutien psychologique pour les aidants, etc.

L'ensemble de ces actions apparaissent peu dans l'enquête de la mission, hormis, de manière résiduelle, les séances de sensibilisation sur site et l'accompagnement des salariés pour le maintien en emploi. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette faible visibilité de la prévention en entreprise dans l'enquête. Premièrement, les OC réalisent probablement la majorité de ces actions au titre de leurs actions en prévoyance, et le questionnaire était ciblé sur les actions menées au titre des contrats santé. Ensuite, les contrats collectifs sont sous-représentés au sein de l'enquête. Enfin, une partie des actions de prévention est financée de manière différente par les organismes complémentaires, soit *via* les clauses de participation aux bénéfices, soit *via* les fonds du degré élevé de solidarité (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 8 : Le degré élevé de solidarité (ou haut degré de solidarité)

Depuis la censure par le Conseil Constitutionnel des clauses de désignation en 2013, les branches professionnelles peuvent recommander un ou plusieurs organismes complémentaires en santé ou en prévoyance, à condition qu'elles aient mis en place un régime comportant un « haut degré de solidarité », devenu « degré élevé de solidarité » (art. L. 912-1 du code de la sécurité sociale). L'accord collectif doit prévoir d'affecter au moins 2 % du montant des cotisations au financement de prestations de solidarité, à caractère non directement contributif, qui peuvent prendre trois formes (art. R. 912-2 du CSS) :

- une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés (par exemple les apprentis) ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

- le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé ;

- la prise en charge de prestations d'action sociale, individuelles (aides et secours aux salariés, anciens salariés et ayants droit) ou collectives (permettant de faire face à la perte d'autonomie, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux).

D'après les données de la FIPS[58], ce dispositif a été mis en place dans 71 branches et couvre aujourd'hui 47 % des salariés du secteur privé. Si un bilan plus complet mériterait d'être dressé sur le dispositif, une première analyse[59] montre que l'appropriation de celui-ci est très inégale, avec de faibles niveaux de dépenses dans certains dispositifs DES. Les quelques entreprises avec lesquelles la mission a échangé ignoraient l'existence de ce dispositif ; c'est particulièrement le cas pour les entreprises qui n'ont pas recours aux assureurs recommandés, pour lesquelles l'organisme responsable de la mise en œuvre du DES n'est pas clairement identifié dans les textes.

Au sein des dispositifs DES, la part des dépenses relevant de l'action sociale peut être élevée (portant par exemple sur des aides pour financer le reste à charge de soins de santé notamment). Sauf exceptions, les dépenses de prévention en santé sont peu ou pas adaptées aux risques professionnels du secteur, et relèvent de prévention en santé généraliste, recouvrant les mêmes dispositifs que décrits précédemment : accompagnement au retour à l'emploi, prévention des TMS, coaching en santé, aides à l'activité sportive, accompagnement à la parentalité…

Les rapports annuels prévus par les textes des OC désignés par les branches sur la mise en œuvre du DES semblent insuffisamment documentés, partagés et discutés par les partenaires sociaux.

- **Méconnues, les actions de prévention des OC souffrent de l'absence de gouvernance nationale et de cadre de coordination**

Nombreuses et dispersées, les actions de prévention en santé menées par les OC pâtissent de l'absence de stratégie d'ensemble en prévention en santé depuis plusieurs années[60]. Ainsi, celles-ci ne sont pas orientées vers telle ou telle priorité de santé publique. Jusqu'en 2015, le contrat responsable prévoyait que l'OC couvre au moins deux prestations considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, parmi une liste fixée par arrêté[61] ; cette disposition a cependant été supprimée en 2015,

[58] « Étude sur la couverture prévoyance : plus de 94 % des salariés protégés grâce aux négociations dans les branches professionnelles », FIPS, 2026.

[59] Fondée sur les remontées de l'enquête (retours concernant 22 branches), les éléments transmis par la DSS, les échanges avec les partenaires sociaux et les échanges avec 4 entreprises et une branche.

[60] Il n'y a plus de stratégie nationale de santé depuis 2022, la dernière couvrant la période 2018-2022. L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique prévoit pourtant que-la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé qui détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Le comité interministériel pour la santé ne s'est pas réuni depuis 2019.

[61] L'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale fixait la liste des prestations de prévention qui pouvaient être couvertes : actes dentaires (scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, détartrage annuel complet) ; bilan du langage chez les enfants ; dépistages de l'hépatite B, des troubles de l'audition ; acte d'ostéodensitométrie ; vaccinations (DTP, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, méningite, infections à pneumocoques).

l'élargissement de la couverture du contrat responsable à l'ensemble des participations des assurés sur les frais pris en charge par l'AMO la privant d'effet. Il n'existe ainsi aucun cadre ou aucune gouvernance permettant de fédérer les actions de prévention, de clarifier la responsabilité des acteurs et de prioriser les actions.

Or, de nombreux acteurs interviennent sur le champ de la prévention en santé : l'État et ses opérateurs (notamment Santé publique France, ou, au niveau territorial, les agences régionales de santé), l'assurance maladie et les CPAM, les collectivités territoriales (notamment à travers les services de PMI et de plus en plus des municipalités), la médecine scolaire, les services de santé au travail, les associations du champ de la pauvreté, etc. La prévention primaire suppose une action sur des déterminants de santé, et son champ dépasse largement la politique de santé, pour intégrer l'éducation, la promotion du sport et de l'activité physique, les questions environnementales, le logement, etc. L'action des organismes complémentaires s'inscrit donc dans un paysage morcelé et peu coordonné, et leurs actions sur le champ de la prévention en santé sont peu connues : les ateliers collaboratifs rassemblant dirigeants des OC et de CPAM ont démontré la méconnaissance réciproque des actions menées sur le champ de la prévention, en dépit d'un fort intérêt pour de tels partages.

Au-delà des enjeux de gouvernance et de coordination, l'accès aux données de santé constitue selon les OC un facteur limitant leurs actions de prévention, en particulier pour le développement d'une prévention secondaire voire tertiaire. Trois natures de données peuvent être distinguées :

- l'accès à des données individuelles de santé : par exemple, la connaissance du statut ALD d'un assuré (voire de la nature de l'ALD), de la réalisation ou non d'une action de vaccination ou de dépistage. Le déploiement de programmes de prévention par les OC en s'appuyant sur des données de santé individuelles est toutefois aujourd'hui possible, avec l'obtention préalable du consentement des assurés et du recueil de ces informations auprès de ces derniers, mais l'utilisation des données de l'assurance maladie n'est pas permise ;
- l'accès à des données agrégées, par exemple au niveau de l'entreprise ou de la branche, pour mieux cibler les politiques de prévention en fonction des caractéristiques de la population. À titre d'exemple, certains OC souhaiteraient mener des politiques de promotion des vaccinations et des dépistages, en s'appuyant sur des données agrégées pour mesurer le taux de recours au dépistage ; certains souhaiteraient accéder aux données de prévalence d'une pathologie parmi les salariés d'un secteur professionnel, pour élaborer des politiques de prévention ;
- l'accès facilité aux données anonymisées du Système national des données de santé (SNDS), afin de pouvoir évaluer l'efficacité médico-économique de programmes. En effet, la loi du 26 janvier 2016 a encadré fortement l'accès des complémentaires santé au SNDS : ces dernières doivent démontrer que leur traitement de données rendra impossible toute utilisation des données pour la sélection du risque en fonction de l'état de santé ou la tarification en fonction de ce risque (qui est une « finalité interdite » de traitement, selon la loi). En raison de la grande difficulté à démontrer ce point, les OC doivent recouvrir à des intermédiaires (laboratoires de recherche ou bureaux d'études) pour pouvoir accéder aux données du SNDS.

L'accès à des données de santé par les OC suscite toutefois des craintes importantes, en particulier auprès des représentants d'usagers et de certains représentants de professionnels de santé, d'une utilisation de ces données pour tarifer en fonction de l'état de santé ou sélectionner en fonction du risque, en dépit de son interdiction pour les contrats responsables et solidaires (article L. 862-4 du CSS)[62].

[62] La loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, prévoit aussi en son article 6 une interdiction pour les OC d'augmenter le tarif d'un assuré ou adhérent « *en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci* » : le texte interdit une majoration ultérieure liée à la dégradation de l'état de santé (pour tous les contrats, individuels et collectifs, y compris ceux qui ne sont pas responsables et solidaires). Le respect de cette interdiction ne fait actuellement pas l'objet de contrôles par les autorités publiques. S'agissant des contrats collectifs d'entreprise, elle impose la prise en charge des états pathologiques antérieurs et interdit de faire des exclusions médicales dans les contrats concernés (article 2).

Enfin, les OC déplorent qu'une partie de leurs dépenses de prévention soient actuellement intégrées au sein de leurs frais de gestion : la réglementation européenne Solvabilité II limite en effet strictement les dépenses qui peuvent être imputées « sur le risque »[63]. D'après l'enquête de la mission, environ 8 à 9 % des dépenses de prévention déclarées par les OC sont imputées sur les frais de gestion, mais cela représente 15 à 30 % des dépenses de prévention pour certains organismes[64].

1.4 Malgré des progrès récents, le système de couverture santé reste générateur de complexité et d'illisibilité pour les offreurs de soins et les patients

1.4.1 Le tiers payant avec les OC reste perçu comme complexe par une partie des professionnels de santé de ville, mais pourrait être une source de simplification dans les établissements de santé

➢ **En ville, la pratique du tiers payant généralisé demeure très hétérogène selon les professions de santé.**

Le tiers payant, qui constitue une simplification pour les patients, est désormais bien développé sur la part AMO, en particulier pour les patients pour lesquels il est obligatoire : en 2025, 99 % pour les patients relevant de la C2S, du régime AT-MP et pour les patients en ALD (pour les soins en rapport) ; 97 % pour la maternité. Le fait d'avoir instauré des obligations législatives de tiers payant a conduit à un outillage et une adoption progressive par les professionnels de santé, y compris pour les cas non obligatoires[65].

La situation est plus nuancée s'agissant du tiers payant généralisé (ou intégral), qui recouvre le tiers payant avec l'AMO et avec l'AMC. Historiquement, certaines professions ou structures pratiquent de manière très développée le tiers payant généralisé : c'est le cas des pharmaciens (96 % des actes en 2025), des laboratoires de biologie (96 %), des transporteurs (96 %) et des infirmiers (99 %). Ceci s'explique par des facteurs historiques (pratique ancienne du tiers payant par les pharmacies mutualistes), et, pour les pharmaciens, laboratoires de biologie et transporteurs, par le recours massif à des intermédiaires pour gérer le tiers payant (organismes concentrateurs techniques).

Pour inciter des autres professions au recours au tiers payant généralisé, il existe des obligations pour certains actes : c'est le cas pour les biens du 100 % santé[66], et, depuis 2025, pour l'examen bucco-dentaire pour les enfants et jeunes de 3 à 24 ans et les femmes enceintes, à partir du 4ème mois de grossesse[67]. Pour ces actes, le taux de tiers payant généralisé reste toutefois inférieur aux taux de

---

[63] D'après l'ACPR, les dépenses de prévention en santé ne peuvent être assimilées à un risque assurantiel dès lors qu'elles ne correspondent ni à des engagements contractuels envers les assurés ni à la réalisation d'un aléa assurable. Leur inclusion au sein du risque méconnaîtrait la distinction entre prestations et frais, au cœur de l'évaluation des provisions techniques fondée sur les flux futurs liés aux sinistres et engagements d'assurance. Une telle pratique conduirait à altérer la mesure fidèle du profil de risque en intégrant des charges discrétionnaires et pilotables par l'organisme. Elle traduirait également une confusion entre un levier de gestion du risque et le risque lui-même, remettant en cause la robustesse des hypothèses actuarielles. Les actions de prévention peuvent cependant être intégrées indirectement en réduisant les hypothèses de fréquence ou de gravité des sinistres, si leur effet est objectivable et démontrable actuariellement.

[64] En outre, lorsque la prévention est directement intégrée à l'activité d'assurance et que les dépenses correspondantes sont affectées à des opérations n'ouvrant pas droit à déduction, la TVA facturée par les prestataires de prévention reste à la charge de l'organisme complémentaire : les opérations de prévention sont alors soumises à une double fiscalité, la TSA à 13,27 % et la TVA à 20 %.

[65] La loi du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé avait prévu une généralisation du tiers payant à tous les assurés au 1er janvier 2017. Le Conseil constitutionnel a censuré les dispositions qui rendaient obligatoires le tiers payant pour la part AMC, de sorte que l'obligation ne devait s'appliquer plus qu'à la part AMO. Cette disposition a néanmoins été supprimée par le PLFSS 2018.

[66] L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale intègre le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations du 100 % santé, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

[67] Article 28.3 de l'arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale du 20 août 2018 entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

tiers payants sur la part AMO : 39 % pour les audioprothèses de classe I en 2025[68] ; 31 % en dentaire en 2025 sur le panier sans reste à charge et 74 % en optique en 2025 sur le panier A. S'agissant de l'examen bucco-dentaire, le taux de tiers payant généralisé s'élevait à 75 % pour le régime général depuis le 1er avril 2025.

Le tiers payant avec les OC est intrinsèquement plus complexe que le tiers payant AMO, car il fait intervenir un nombre d'acteurs beaucoup plus conséquent (près de 400 OC). Plusieurs structures intermédiaires se sont ainsi créées pour faciliter la mise en œuvre du tiers payant :

- d'une part, l'association inter-AMC, qui regroupe un grand nombre d'OC et d'intermédiaires, ainsi que les trois fédérations de complémentaires, et qui a développé une contractualisation centralisée avec les professionnels et les établissements de santé, un annuaire et des normes techniques communes (par exemple, pour la consultation des droits des bénéficiaires et la facture dématérialisée) ;
- d'autre part, des plateformes de gestion du tiers payant ont été développées, notamment par les réseaux de soins. Les organismes concentrateurs techniques évoqués précédemment sont également des intermédiaires. Au-delà de la centralisation des flux, ces intermédiaires peuvent proposer différents services aux professionnels de santé (garanties de paiement, réconciliation des factures AMO et AMC, etc.).

➢ **Le déploiement en cours du tiers payant intégral à l'hôpital, à travers le projet ROC, devrait générer des simplifications en gestion et une amélioration du recouvrement**

À l'hôpital, le déploiement du tiers payant intégral est plus récent. Il s'inscrit dans le cadre du projet ROC, initié en 2015, qui se déploie de manière progressive selon les secteurs (MCO pour les établissements publics et privés non lucratifs (vague 1), soins médicaux et de réadaptation et psychiatrie pour les mêmes établissements (vague 2), puis les établissements privés à but lucratif (vague 3)). Début 2026, le dispositif est en production dans 80 % des établissements de la vague 1 et 20 % de la vague 2, et les expérimentations démarrent pour les établissements de la vague 3. Même dans les établissements où le projet est en production, seule une partie des flux bénéficie de manière effective du tiers payant intégral. Ainsi, d'après la DGFiP, en mai 2026, seuls 31 % des flux AMC sont émis via ROC. Ceci s'explique par la couverture incomplète des OC par l'inter-AMC (220 membres participants en février 2026, qui représentent toutefois 58 millions d'assurés), par l'adoption progressive par les OC de la norme ROC (développée par l'inter-AMC), ainsi que par l'intégration progressive par les éditeurs de logiciels des composantes logicielles permettant la facturation via ROC.

L'ensemble des acteurs conviennent qu'à terme, ROC devrait constituer un progrès significatif au sein d'un circuit de facturation à destination des OC aujourd'hui très imparfait, permettant une accélération et une fiabilisation du recouvrement des factures auprès des complémentaires santé par les établissements de santé. À ce stade, les retours des établissements de santé et des fédérations sont nuancés : certains pointent les progrès d'ores et déjà réalisés, d'autres soulignent les difficultés techniques et anomalies qui demeurent, y compris avec les éditeurs de logiciel, la couverture encore partielle des complémentaires santé, et le fait que les restes à recouvrer auprès des complémentaires santé n'ont pas encore diminué de manière significative. Par ailleurs, une meilleure prise en compte des enjeux comptables paraît souhaitable, pour répondre aux enjeux de la chaîne du recouvrement dans son ensemble.

➢ **Le tiers payant généralisé reste perçu comme complexe par une partie des professionnels de santé, au sein d'un système qui présente plusieurs limites**

En dehors des professions ayant recours aux concentrateurs techniques, les représentants des professionnels de santé restent relativement critiques sur la pratique du tiers payant avec les organismes complémentaires. Si certains soulignent les progrès techniques réalisés ces dernières années

[68] L'inter-AMC affiche un taux de tiers payant de 90 % pour les audioprothèses ; l'assurance-maladie n'a pas été en mesure d'expliquer l'ampleur de cet écart. Un taux partagé mériterait d'être réalisé et publié régulièrement.

sous l'égide de l'inter-AMC, notamment à travers le déploiement du service d'identification des droits à jour, d'autres mettant en avant des limites :

- la charge administrative qui en découle ;
- le niveau élevé des taux de rejet des factures (à titre d'exemple, 6 % au démarrage du nouveau dispositif lancé en 2025 en faveur de l'examen bucco-dentaire) ;
- la qualité de service encore insuffisante (par exemple en termes de réponse téléphonique) ;
- le souhait d'une plus grande transparence, notamment des intermédiaires (délais de paiement, taux de rejets, frais de gestion) ;
- des conditions de contractualisation avec les organismes complémentaires jugées insatisfaisantes et déséquilibrées par certains (par exemple en termes de garantie de paiement), appelant à un cadre de contractualisation collective, plutôt qu'une seule contractualisation individuelle dans le cadre des réseaux de soins. Une meilleure définition des responsabilités entre les complémentaires et leurs intermédiaires est également souhaitée[69].

Par ailleurs, si le rôle fédérateur de l'inter-AMC et son rôle central pour déployer les solutions techniques du tiers payant intégral sont reconnus, son action présente encore des limites. Elle ne couvre qu'une partie des complémentaires santé (cf. *supra*) et ne dispose d'aucun levier pour s'assurer du déploiement des outils et spécifications définies, à la fois vis-à-vis des complémentaires santé mais aussi vis-à-vis des éditeurs de logiciel. À titre d'exemple, concernant l'examen bucco-dentaire, en mai 2026, 53 % des personnes disposant d'une AMC sont accessibles sur les services en ligne de l'inter-AMC, plus d'un an après l'entrée en vigueur de l'obligation de tiers payant généralisé : cela signifie que les organismes complémentaires couvrant 47 % des assurés n'ont pas encore intégré les spécifications des normes du TP généralisé pour le dentaire (ROC dentaire). Par ailleurs, quatre éditeurs, couvrant 57 % des chirurgiens-dentistes ont intégré l'appel au téléservice inter AMC dédié : *a contrario*, les éditeurs de logiciel représentant 43 % du marché n'ont pas intégré les évolutions logicielles nécessaire au déploiement du TP généralisé pour le dentaire.

1.4.2 Concernant les patients, la complexité des règles de remboursement de l'AMO engendre une incompréhension des dispositifs

- **L'enjeu de la lisibilité du système pour les patients est fréquemment soulevé par les acteurs et recouvre des réalités différentes.**

En premier lieu, les contrats de complémentaire santé sont des contrats par nature complexes pour les consommateurs, du fait de la technicité du vocabulaire, des règles de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, et dans certains cas de la disponibilité des garanties.

L'enjeu de leur lisibilité fait donc l'objet de réflexions de longue date. Sur la période récente, un accord de place de février 2019 a conduit l'UNOCAM et les fédérations d'OC à s'engager sur des améliorations communes en matière d'information aux assurés. Celles-ci passaient par la présentation d'une base commune d'exemples de remboursements, la présentation d'un tableau des garanties, le développement de simulateurs de remboursements et l'actualisation du glossaire à destination des assurés, l'accès à des devis en ligne sans engagement et sans laisser ses coordonnées.

Les évaluations de ces dispositifs menées en 2020 puis en 2023 dans le cadre du comité consultatif du secteur financier montraient des avancées significatives. L'UNOCAM, en 2023, concluait que 97 % des personnes assurées avaient accès au tableau des exemples, et 93 % à la dernière version de ce tableau. La DSS a produit dans ce cadre un bilan plus nuancé, en relevant toutefois que le taux de présence des tableaux d'exemples de remboursement et de garanties avait progressé, même si leur accessibilité sur les sites Internet des OC n'était pas toujours optimale.

[69] Ainsi, dans le cadre du projet ROC, il conviendrait de désigner plus clairement le débiteur, entre le concentrateur et l'AMC.

Plusieurs acteurs auditionnés par la mission, en particulier parmi les représentants des professionnels de santé, ainsi que ceux des usagers, continuent à souligner des difficultés dans la compréhension de certains dispositifs, notamment en matière de solvabilisation des dépassements d'honoraires (les notions de « 100 % » ou « 200 % », par exemple, pouvant faire l'objet d'interrogations). Cependant, on peut relever que cette complexité tient tout autant à la complexité des dispositifs (règles de dépassements d'honoraires, Optam) qu'à la lisibilité des contrats eux-mêmes.

Pour certaines catégories de population, les règles générales encadrant les complémentaires santé sont également difficiles à appréhender. Les représentants d'usagers indiquent ainsi que des difficultés leur sont remontées :

- par les actifs, notamment s'agissant des conditions de couverture lors de la transition d'une complémentaire à une autre dans le cadre de mobilités professionnelles ;
- par les bénéficiaires de la C2S, l'absence d'harmonisation totale entre les garanties du panier C2S et celles du contrat responsable pouvant être source d'incompréhension voire de non-recours par méconnaissance.

1.4.3 Les règles du ticket modérateur relevant de la règlementation de l'AMO rendent les règles de participation des assurés incompréhensibles, en particulier à l'hôpital

Il existe une trentaine de motifs d'exonérations ou de réductions du ticket modérateur, détaillés en annexe 2. Celles-ci peuvent cibler des risques (risque maternité ou AT-MP), des statuts (C2S, ALD), certains soins (consultations préventives aux 4 âges de la vie), des produits de santé (la contraception d'urgence, certains vaccins), ou encore les frais de transport dans certaines situations. Ce système est très complexe et peu cohérent : à titre d'exemple, certains vaccins obligatoires sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (ROR pour les enfants), mais pas tous (DTP, hépatite B,..). La lisibilité de l'intervention des complémentaires santé est donc très faible.

À l'hôpital, le calcul de la participation des assurés dépend de règles d'exonération du ticket modérateur particulièrement complexes (cf. encadré ci-après), dont la logique n'apparaît pas clairement, celle-ci suscitant des restes à charge très inégaux, pour des situations proches. Même si ces restes à charge sont couverts par les complémentaires santé, la cohérence d'ensemble du système est questionnée.

Encadré 9 : Les règles de participation des assurés à l'hôpital : une grande complexité

En règle générale, la participation financière des assurés à l'hôpital repose sur les règles suivantes :

- un ticket modérateur (TM) de 20 % du coût du séjour est dû, jusqu'au 30e jour :
  - pour les établissements privés lucratifs, la base de calcul est le groupe homogène de séjour (GHS) utilisé pour la tarification à l'activité.
  - pour les autres établissements, la référence est un tarif national journalier (unifié depuis 2026).
- Par ailleurs, une participation à l'hébergement est à régler : le forfait journalier hospitalier (FJH), créé en 1983 pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien (23 € par jour depuis 2026, sauf en psychiatrie, 17 € par jour). Cependant, si le patient paie le ticket modérateur, il ne paie que le montant le plus élevé des deux (FJH ou TM, soit en pratique, le TM).

Il existe toutefois de nombreux cas d'exonération, résumés dans le tableau ci-dessous :

La participation financière à l'hôpital selon les catégories d'assurés et les actes réalisés

	TM	PF32	FJH
Cas n°1 : Assurés en régime maternité / AT-MP / pensionnés militaires	X	X	X
Cas n°2 : Assurés en ALD / invalides	X	X	V
Cas n° 3.1 : Autres assurés avec un acte coûteux (> 120 €) lors du séjour : une (unique) participation forfaitaire (PF) d'un montant de 32 € se substitue au ticket modérateur	X	V	V
Cas n° 3.2 : Autres assurés sans actes coûteux au cours du séjour	V	X	X*

Légende : X : exonéré ou non applicable ; V : redevable / * Sauf si FJH > TM, auquel cas l'assuré est redevable du FJH.

Au-delà de sa complexité pour l'ensemble des acteurs (patients, établissements de santé, OC), ce système comporte plusieurs limites.

Il est peu équitable : pour des situations proches, il peut donner lieu à des montants de RAC AMO très différents et peu justifiables. A titre d'exemple :

- un patient hospitalisé pour un séjour de médecine de 5 jours pour une lésion traumatique intracrânienne de niveau 1 donnera lieu à un RAC AMO de 1019 € ;
- un séjour d'une patiente hospitalisée pour 5 jours dans un service de chirurgie pour une intervention sur les ligaments croisés sous arthroscopie donnera lieu à un RAC AMO de 147 €.

Par ailleurs, il subsiste des différences de RAC entre secteurs hospitaliers.

Le financement par les OC des établissements de santé diminue structurellement : il est passé de 4,3 % de la CSBM en 2019 à 3,8 % en 2024. Ceci a justifié la revalorisation des participations à l'hôpital (FJH, PF, FPU) en 2026. Les deux composantes de financement des ES par les OC (participations des patients et frais d'hébergement) restent indexées sur les durées d'hospitalisation complète, ce qui n'est pas incitatif au développement de l'ambulatoire.

2 D'autres modèles d'organisation peuvent inspirer un renouvellement de l'architecture de financement du risque maladie

2.1 En France, le positionnement des acteurs de l'assurance-maladie complémentaire au sein de la couverture maladie est atypique par rapport aux pays européens

➢ **L'OCDE distingue schématiquement trois modèles de protection sociale :**

- les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, où l'assurance est obligatoire mais gérée par des entreprises privées. C'est le schéma retenu, en Europe, par la Suisse et les Pays-Bas, qui ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire tout en en confiant la gestion à des assureurs privés, mis en concurrence ;
- les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, d'inspiration bismarckienne, issus du système mis en place en Allemagne à la fin du XIXe siècle. Reposant sur une logique d'assurance sociale généralement liée à l'activité professionnelle, ils sont financés principalement par des cotisations assises sur les salaires, partagées entre employeurs et salariés. Les soins sont pris en charge par des caisses d'assurance (souvent multiples), distinctes de l'État mais étroitement régulées par lui. Ce modèle, marqué par une forte implication des acteurs privés (professionnels de santé, établissements) vise à concilier solidarité (mutualisation des risques) et gestion décentralisée ;
- les services nationaux de santé, dits beveridgiens, inspirés du modèle mis en place au Royaume-Uni après 1945, qui reposent sur un financement principalement assuré par l'impôt. L'État y joue un rôle central, tant dans la régulation que dans la prestation des soins, avec souvent des infrastructures publiques et du personnel salarié. L'accès aux soins est universel et gratuit ou faiblement payant, ce qui vise à garantir l'égalité d'accès pour l'ensemble de la population. Ce modèle est également développé, de manière plus décentralisée, en Espagne ou dans les pays nordiques.

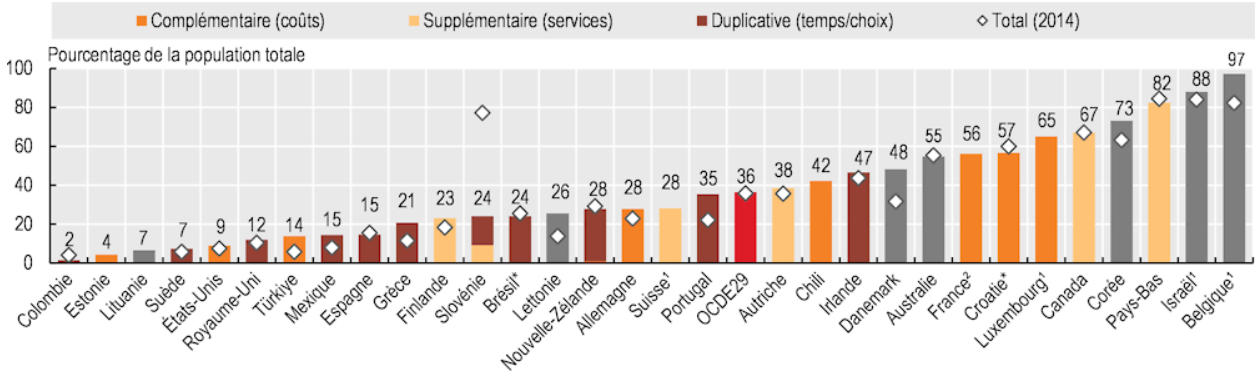
➢ **Dans chacun de ces systèmes, une assurance privée facultative s'est développée en marge du système obligatoire, et, quel que soit son rôle, celui-ci tend à s'accroitre**

L'assurance privée facultative peut être « supplémentaire », quand elle est souscrite pour couvrir des prestations hors du panier de soins de base, « complémentaire » en cas de co-paiements avec l'assurance de base, ou « duplicative », lorsqu'elle sert à financer le recours à une offre de santé privée de meilleure qualité ou présentant de moindres délais d'attente que l'offre publique dans les pays disposant d'un service national de santé.

Le système français relève du modèle de l'assurance privée facultative « complémentaire », reposant sur un principe de co-paiement de l'assurance privée facultative et de l'assurance publique sur l'ensemble du panier de soins.

D'après le panorama 2025 de la santé de l'OCDE, parmi les 29 pays de l'OCDE disposant de données comparables récentes, neuf avaient plus de la moitié de leur population couverte par une assurance additionnelle privée en 2024 (cf. graphique 13). L'assurance complémentaire, qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients, est très courante en Belgique (plus de 97 % de la population est concernée). Israël et les Pays-Bas représentaient le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (plus de 80 % de la population). C'est en Australie et en Irlande que l'assurance maladie duplicative était la plus développée. Au cours de la dernière décennie, la population couverte par une assurance maladie privée additionnelle a augmenté dans 16 pays de l'OCDE sur 29 présentant des données comparables, et principalement en Belgique et au Danemark (plus de 15 p.p.). En Slovénie, une vaste réforme appliquée en 2024 a remplacé l'assurance complémentaire par une nouvelle contribution obligatoire au système national d'assurance maladie sociale.

Graphique 13 : Population couverte par une assurance maladie privée facultative selon le type d'assurance, 2014 et 2023-2023 (ou année la plus proche)



Source : OCDE
Note de lecture : concernant la France, le taux n'intègre pas les contrats collectifs obligatoires.

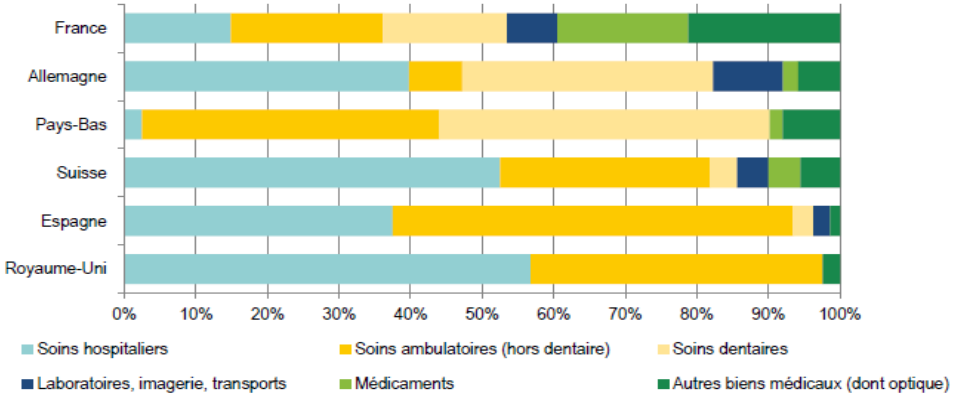
➢ **La France compte plusieurs spécificités au regard des pays de l'OCDE**

Si la place de l'assurance maladie complémentaire a tendance à croître en France, comme dans les autres pays, le système français se distingue à plusieurs titres :

- la diversité statutaire des organismes complémentaires santé avec trois types de familles : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance ;
- le taux de couverture particulièrement élevé de la population (96,5 % en 2026) : seule la Belgique a un niveau de couverture avoisinant celui de la France ;
- les OC occupent une place importante dans le financement de la dépense de soins. Une étude de la DREES menée en 2017 sur six pays européens, qui s'appuyait sur des données de 2014, montrait que les assurances facultatives prenaient en charge 13,4 % de la dépense de soins en France, contre un peu moins de 8 % en Suisse et aux Pays-Bas, et moins de 5 % dans les autres États considérés ;
- selon la même étude, les paniers de soins couverts sont plus diversifiés que dans les autres pays (cf. graphique ci-dessous).

Comme vu précédemment (partie 1.1.3), la France se distingue également par un taux de reste à charge parmi les plus faibles de l'OCDE.

Graphique 14 : Poids des principaux postes de dépense dans l'assurance-maladie privée dans six pays européens, en 2014



Source : DREES, 2017, Place de l'assurance-maladie privée dans six pays européens.

- **Enfin, les comparaisons internationales montrent que plusieurs pays ont mis en œuvre des mécanismes de plafonnement des restes à charge**

Schématiquement, ce mécanisme consiste à plafonner le cumul de reste à charge (RAC) après intervention de l'assurance maladie obligatoire pour les patients. À partir du moment où ce cumul atteint un certain niveau ou « plafond », les dépenses de santé font l'objet d'une prise en charge à 100 % par l'AMO. Dans certains pays, où le plafond est exprimé en montant monétaire fixe, le mécanisme est associé à une franchise de base « au premier euro »[70] (Suisse, Pays-Bas, Suède) ; dans d'autres pays, le plafond est fixé en fonction du revenu (Allemagne, Belgique, cf. tableau *infra*). Il permet d'améliorer la prise en charge du risque maladie pour les plus malades et d'améliorer l'accès aux soins offert par la couverture obligatoire, notamment pour les plus modestes, *a fortiori* si le niveau du plafond varie avec le revenu.

Tableau 5 : Caractéristiques du mécanisme de plafonnement du RAC dans trois pays européens

	Allemagne	Belgique – le « maximum à facturer »	Pays-Bas
Périmètre du bouclier sanitaire	Ville + hôpital	Ville + hôpital	Ville + hôpital
Modulation en fonction du revenu / autre mécanisme pour les bas revenus	Oui – plafond à partir de 2 % de taux d'effort NB : ne concerne pas les assurés qui ont choisi l'assurance privée pour la couverture de base	Oui – taux d'effort maximum entre 3,6 % et 3,9 % du revenu du ménage. Il existe un « maximum à facturer » social, et pour les mineurs.	Non – financement par l'État d'une aide directe pour le financement des primes d'assurance et des franchises (en fonction du revenu- versée à ~ la moitiédes foyers)
Dispositif spécifique pour les malades chroniques	Oui – plafond de 1 % du taux d'effort pour les malades chroniques ou en situation de handicap	Oui	Non

[70] C'est-à-dire que le remboursement n'intervient qu'au-delà d'un montant de dépenses engagé par les assurés.

	Allemagne	Belgique – le « maximum à facturer »	Pays-Bas
Proportion de la population atteignant le plafond	~10 % de la population (donnée 2007)	~10 % de la population (donnée 2007)	~50 % de la population
Proportion de la population couverte par des assurances santé facultatives	~25 % de la population couverte (pour le dentaire, l'audiologie, les prestations et services hors paniers de soins comme les médecins alternatives)	Un deuxième niveau de couverture pour 85 % de la population, couvrant le plus souvent les TM et co-paiements et une offre facultative pour les prestations supplémentaires peu financées par l'AM (kinésithérapie de confort, psychologues, orthophonistes).	~85 % de la population couverte par des assurances qui couvrent les soins hors du panier de base : dentaire, optique pour les adultes, kinésithérapie. Interdiction de couvrir les franchises et co-paiements sur la partie obligatoire.
Automatique ou sur demande	Sur demande	Automatique	N.C.

Source : Mission.

En conclusion, plusieurs modèles-types émergent de ces comparaisons internationales, pouvant constituer quatre scénarios alternatifs en France pour une articulation AMO/AMC différente en France :

- une gestion par l'assurance privée au premier euro, par délégation de gestion de l'État ou de l'AMO ;
- un renforcement de l'assurance maladie dans la gestion du panier de soins, à l'instar de l'évolution récente de la Slovénie ;
- un plafonnement du reste à charge sur le panier de soins de l'AMO ;
- un décroisement intégral, pour se rapprocher du modèle d'assurance substitutive.

2.2 La privatisation de l'assurance-maladie obligatoire constituerait une rupture majeure du système de protection sociale français

➢ **Un premier modèle est celui des systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés.**

Il s'agit d'un système où des assureurs privés se font concurrence sur un marché, mais dans un cadre défini par la puissance publique qui a pour rôle de prévenir les défaillances de marché et de maintenir une solidarité élevée entre assurés. Il repose sur le modèle théorique de la concurrence régulée, où il est supposé que la concurrence améliore l'efficience, les assureurs étant incités à maîtriser leurs primes, leurs coûts de gestion et la qualité de service pour retenir leurs clients ; en parallèle, une régulation forte vient limiter les inconvénients des mécanismes de marché, comme l'antisélection, la sélection des risques, l'aléa moral du côté de l'assuré[71].

[71] L'antisélection et l'aléa moral résultent de l'asymétrie d'information entre assureur et assuré. L'antisélection survient avant la conclusion du contrat résultant du fait que les assurés présentant un risque plus élevé tentent plus souvent d'obtenir une couverture d'assurance que d'autres. L'aléa moral est une situation dans laquelle l'assuré, après la conclusion de son contrat, adopte un comportement plus risqué, se sachant couvert contre les risques. Enfin, la sélection des risques est le processus par lequel une compagnie d'assurance évalue, classe et accepte ou refuse une demande de souscription à un contrat, en fonction des informations dont elle bénéficie sur le demandeur.

Ce modèle repose en général sur la mise en place (1) d'une obligation d'assurance pour les résidents, (2) de la définition d'un panier de soins standardisé, (3) d'une tarification identique pour tous les assurés, quel que soit leur âge et leur état de santé, (4) d'une interdiction, pour l'assureur, de refuser une couverture de base à un résident. Pour garantir la viabilité du modèle, des fonds de péréquation des risques peuvent être mis en place entre les assureurs en fonction des caractéristiques de leurs portefeuilles d'assurés, et des subventions destinées aux ménages les plus modestes créées pour les aider à financer leur complémentaire.

Une transition vers ce modèle ne paraît aujourd'hui pas pertinente, à plusieurs égards :

- sur le plan économique, la supériorité d'un tel modèle pour mieux réguler la dépense de soins n'est pas prouvée ;
- il constituerait un changement radical de métier, de rôle et de place des OC dans le système de santé, qui sont aujourd'hui systématiquement des organismes copayeurs, à l'inverse par exemple des assureurs néerlandais qui, avant la réforme, assuraient déjà le financement de l'intégralité de la dépense de santé de certains assurés. Le coût de transition de la réforme serait dès lors considérable. Aucune institution ou personne auditionnée par la mission n'a exprimé la demande de se substituer à l'AMO et de remettre en cause les principes de solidarité et d'universalité propre au modèle français de protection sociale.

Ce scénario présenterait une rupture majeure dans l'histoire de la protection sociale de notre pays et n'emporterait pas ni l'adhésion des citoyens, ni celles des offreurs de soins, attachés au modèle de Sécurité sociale financée reposant sur la solidarité nationale, financée par les cotisations prélevées sur les ménages ou les entreprises ou par l'impôt et les taxes.

La mission réaffirme son attachement au modèle français de sécurité sociale, pilier de notre pacte social. Fruit d'une longue histoire de solidarité, il a profondément amélioré les conditions de vie de la population en garantissant une protection face aux principaux risques de l'existence et un accès aux soins. Cet héritage constitue un acquis essentiel qu'il convient de préserver tout en l'adaptant aux évolutions de notre société. Cela impose d'agir de façon urgente sur les causes profondes de la progression des dépenses de santé et d'engager les transformations structurelles de l'organisation de notre système de santé indispensables à sa pérennité.

2.3 Inversement, l'étatisation du système de santé constitue une mauvaise réponse aux défis du système de santé et aux besoins des assurés

Un second schéma consiste à augmenter massivement les taux de prise en charge par la Sécurité sociale : c'est le scénario de « Grande sécu », notamment présenté par le Hcaam dans son rapport de 2022.

Ce scénario vise à répondre à trois objectifs principaux : (1) renforcer l'équité verticale du financement en substituant aux primes d'assurance complémentaire des contributions proportionnelles aux revenus des assurés, (2) limiter les renoncements aux soins en offrant à tous une couverture à 100 % sur le panier opposable, (3) simplifier le système en réduisant la charge administrative pesant sur les assurés et les offreurs de soins, notamment en limitant les frais de gestion aujourd'hui élevés des OC.

Les tickets modérateurs seraient supprimés pour l'ensemble des soins ambulatoires, hospitaliers et médicaments remboursables, quel que soit leur taux actuel. À l'hôpital, les participations forfaitaires, le forfait journalier hospitalier et le forfait de passage aux urgences seraient pris en charge par l'AMO. Le panier de soins intégralement remboursé s'appuierait sur la définition du 100 % santé pour l'optique, le dentaire et les audioprothèses, avec une réévaluation régulière pour intégrer l'innovation. Pour les dispositifs médicaux, des prix limites de vente seraient imposés sur l'ensemble du panier retenu. Par ailleurs, l'exonération ALD serait supprimée. Le coût brut de l'ensemble de ces mesures était à l'époque estimé à 18,8 Md€, pour un coût total de 22,5 Md€ pour les finances publiques, l'écart s'expliquant principalement par une perte de rendement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) de 3,6 Md€. Il était estimé que ces mesures se traduiraient également par une contraction importante du marché des

complémentaires santé qui s'accompagnerait d'une baisse de 5,4 Md€ des charges de gestion, dont 3,2 Md€ directement liés à l'augmentation du taux de remboursement par l'AMO et 2,2 Md€ induits par les hypothèses de désaffiliation[72].

Pour des raisons tant pragmatiques que de principe, ce scénario doit être écarté :

- dans un contexte de finances publiques dégradées, et de taux de prélèvement obligatoire particulièrement élevé (45,3 % du PIB au sens d'Eurostat, deuxième pays de l'UE derrière le Danemark), l'accroissement de la dépense publique dans de telles proportions n'est pas souhaitable. L'argument de la simplification avancé en 2022 est sans doute moins pertinent dans le contexte de 2026 tant est forte la dégradation des comptes publics.
- par ailleurs, compte tenu des enjeux liés aux dépassements d'honoraires ou à la liberté tarifaire sur certains équipements, il est très probable que les OC demeureraient en réalité dans le paysage de la santé, tant ils se sont inscrits au fil des années comme des acteurs essentiels de l'accès aux soins et des politiques de santé en entreprise et plus globalement dans les politiques sociales des entreprises. Les délais liés à la renégociation d'un ANI (l'ANI de 2013 étant, dans cette hypothèse, largement rendu caduc), à sa transposition dans la loi et à son déploiement dans les branches et les entreprises pourraient par ailleurs freiner la transition.

C'est pourquoi les membres de la mission ne sont pas favorables à une évolution vers un modèle de « Grande Sécurité sociale ». Ils considèrent qu'un tel projet ne répondrait ni aux enjeux de soutenabilité financière ni aux besoins de transformation de notre système de santé. Ils estiment que le modèle français repose sur la complémentarité entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance santé, même si les responsabilités des uns et des autres doivent être clarifiées et renforcées afin d'améliorer la qualité du service social rendu aux assurés et satisfaire à l'efficience globale du système.

Si l'idée d'une « Grande sécu » doit être écartée, l'idée de s'inspirer du régime local d'Alsace-Moselle (RLAM) constitue une autre piste d'évolution avancée dans le débat public.

Parmi les avantages du RLAM, sont souvent cités la simplicité du dispositif, la continuité des prestations tout au long de la vie sans rupture au moment du passage à la retraite, le fort niveau de solidarité envers les assurés modestes, les familles, les chômeurs et les retraités, et le bas niveau des frais de gestion.

Encadré 10 : Le Régime local d'Alsace-Moselle

Le Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (RLAM) est directement issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Pendant leur rattachement à l'Empire allemand, de 1871 à 1918, la population a bénéficié du système d'assurance maladie des lois de Bismarck, qui assuraient une très forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins en laissant une fraction modeste à la charge des assurés.

Lors de la création du régime général après la Seconde Guerre mondiale, la population locale s'est mobilisée pour conserver son régime particulier, dans l'attente que le régime général s'aligne sur son haut niveau de solidarité. Cette perspective ne s'étant pas réalisée, le RLAM a été pérennisé par une loi du 31 décembre 1991. Sur le plan juridique, le RLAM constitue une assurance complémentaire obligatoire dérogatoire au droit commun français, dont les dispositions relèvent du code de la sécurité sociale. Il est membre de l'UNOCAM avec voix consultative, aux côtés de la FNMF, de la FNIM, de France Assureurs et de la FIPS.

Le RLAM couvre les salariés du secteur privé et les contractuels de droit public travaillant en Alsace-Moselle, les titulaires de revenus de remplacement ayant cotisé au régime local, les titulaires d'une pension de retraite, ainsi que les ayants droit de l'ensemble de ces assurés (conjoint à charge et les enfants jusqu'à leur 24e anniversaire). En sont exclus les fonctionnaires des trois fonctions publiques, les travailleurs indépendants et les salariés de régimes spéciaux. Au 1er janvier 2025, la population couverte représentait près de 2,1 millions de bénéficiaires, soit 67 % des assurés du régime général en Alsace-Moselle.

[72] L'hypothèse retenue par le rapport était que 50 % des individus couverts par les contrats les moins couvrants ne seraient plus couverts par une AMC (soit 20 % de désaffiliation en contrats collectifs et 70 % en individuel).

Le champ des prestations couvertes par le RLAM est celui du régime de base de la Sécurité sociale, dans la limite du tarif conventionnel, le régime ne remboursant donc pas les dépassements d'honoraires. Le ticket modérateur est limité à 10 % pour l'ensemble des soins. Concrètement, les honoraires des médecins sont remboursés à 90 % au lieu de 70 % sans le régime local, de même que les honoraires des dentistes et auxiliaires médicaux au lieu de 60 % ; les frais de transport sont remboursés à 100 % au lieu de 55 %. Le RLAM ne prend en revanche pas en charge les participations forfaitaires pour les consultations, examens radiologiques ou analyses biologiques, ni les franchises applicables aux médicaments et actes d'auxiliaires médicaux. En 2024, les dépenses du régime se sont élevées à 538,5 M€, se répartissant principalement entre le ticket modérateur des prestations maladie de ville (76 %), le ticket modérateur des frais de séjour hospitaliers (15 %) et le forfait journalier hospitalier (8 %).

Le régime est financé via une cotisation calculée sur l'intégralité du salaire de chaque assuré depuis 1986, date à laquelle le plafond a été supprimé. Les employeurs ne le financent pas. Les pensions des retraités et les allocations chômage font également l'objet d'une cotisation dont le taux est identique à celui appliqué aux salariés. Le taux de cotisation, fixé par le conseil d'administration dans une fourchette de 0,75 % à 2,5 %, est actuellement de 1,3 %. Il ne varie ni en fonction de l'âge, ni de la maladie, ni de la composition familiale. La cotisation est déductible de l'impôt sur le revenu, avantage fiscal que la Cour des comptes qualifie d'aide publique indirecte atténuant l'effet redistributif du déplafonnement des cotisations. En 2024, le RLAM a perçu des produits d'un montant de 512 M€, dont 74 % provenaient des cotisations sur salaires et allocations chômage et 23 % des cotisations sur retraites.

La gouvernance du RLAM n'est pas paritaire ; il est géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés dans la mesure où il n'y a pas de cotisation patronale. Le conseil d'administration est composé de vingt-cinq membres délibérants, constitués pour l'essentiel des représentants des organisations syndicales de salariés (CFDT, CGT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC), auxquels s'ajoutent une personne qualifiée désignée par le préfet et un représentant de la Mutualité française. Cinq membres consultatifs complètent cette instance : le directeur et le directeur comptable et financier du Régime Local, un médecin-conseil, un représentant des associations familiales et un représentant des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie.

Les compétences du conseil d'administration sont étendues : il détermine la nature et le niveau des prestations prises en charge, fixe le taux de cotisation, arrête les comptes, décide des mesures d'équilibre financier et peut affecter des crédits au financement d'actions de santé publique. Toutes ses décisions sont soumises au contrôle de légalité exercé par l'État via la Mission Nationale de Contrôle.

Le fonctionnement opérationnel du RLAM est entièrement délégué aux organismes de Sécurité sociale : les CPAM assurent l'affiliation et versent les prestations, les URSSAF centralisent les cotisations sur les salaires, et la CARSAT Alsace-Moselle centralise la gestion des pensionnés retraités.

1 % des charges est facturé par les organismes de sécurité sociale au titre des frais de fonctionnement du régime : ce montant forfaitaire ne tient pas compte des coûts réels, faute de comptabilité analytique suffisamment fine des OSS pour identifier le coût de gestion. Le régime n'emploie que neuf personnes hors direction et ses administrateurs sont bénévoles.

Source : Hcaam, Régime local d'Alsace-Moselle.

Cependant, ces avantages « techniques » doivent être pour partie tempérés : les frais de gestion affichés sont faibles car les opérations sont en réalité supportées par l'AMO, mais les frais réels ne sont pas connus ; la Cour des comptes, dans un rapport de 2011[73], estime que la bonne santé financière du régime est liée à ses conditions de régulation, notamment à l'existence de dispositions réglementaires imposant qu'il soit à l'équilibre, et non à des comportements différenciés de recours aux soins ; la Cour n'identifiait pas d'effets particuliers liés à l'existence de ce régime sur la régulation de l'offre : à l'époque du contrôle, elle notait que les comportements de consommation médicale étaient similaires à ceux des autres départements et que les dépassements d'honoraires étaient plus élevés en Alsace que dans la majorité des autres départements, sans établir de corrélation avec l'existence de ce régime. Par ailleurs, l'effet de l'existence du RLAM sur les tarifs des complémentaires n'a jamais été évalué.

[73] Cour des comptes, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, *Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle*

Surtout, parmi les inconvénients majeurs, on peut noter que le RLAM est financé exclusivement par les cotisations des salariés, et non des employeurs. Pour la mission, transposer ce schéma à toute la France et faire reposer le financement de la sécurité sociale sur les salariés exclusivement paraît aujourd'hui peu acceptable.

2.4 Le plafonnement du reste à charge, ou « bouclier sanitaire » peut constituer une réponse à plusieurs des défauts structurels du système AMO/AMC, mais aurait de multiples effets qui interrogent

La mise en œuvre d'un plafonnement du reste à charge (ou « bouclier sanitaire ») peut permettre de répondre à plusieurs objectifs :

- régler les difficultés liées à la persistance de RAC AMO parfois très élevés pour les personnes non couvertes par une complémentaire santé ;
- rendre le système plus équitable en concentrant l'effort de l'AMO sur les situations de dépenses les plus lourdes plutôt qu'en suivant une logique par pathologie ;
- lorsqu'il s'accompagne d'une suppression du dispositif ALD, régler en partie le problème de la croissance de la part de l'ALD dans les dépenses publiques de santé, et remédier à l'affaiblissement de la cohérence du dispositif ALD et à l'existence de situations inéquitables entre assurés en ALD et assurés de droit commun[74] ;
- permettre un meilleur pilotage des dépenses d'assurance maladie, sous réserve que le plafond soit régulièrement ajusté, en fonction de l'évolution des dépenses de santé ;
- dans sa version proportionnelle aux revenus, il permet aussi de mieux protéger les ménages les plus modestes.

Depuis le rapport Briet-Fragonard de 2007, premier à proposer un « bouclier sanitaire », plusieurs configurations de réforme du financement des soins ont été étudiées. Ce premier rapport envisageait la suppression de toutes les exonérations, un ticket modérateur unique modulé selon le revenu, à coût constant pour l'assurance maladie. En 2022, le Hcaam a chiffré plusieurs plafonnements des restes à charge, à l'hôpital seul, puis en ville et à l'hôpital, sans toucher aux règles d'exonération ni au calcul du ticket modérateur.

Deux travaux récents (2024) ont relancé la réflexion, tous deux articulés à une évolution du dispositif des ALD, dans une double logique de simplification, voire de suppression, du régime et de meilleure maîtrise de ses dépenses. La revue de dépenses IGF-IGAS relative aux affections de longue durée a simulé un plafonnement annuel du RAC opposable en ville et à l'hôpital (hors équipements du 100 % santé), couplé à une suppression complète du régime ALD.

La DG Trésor a, de son côté, proposé une réforme structurelle de l'ALD en deux temps : d'abord en remplaçant l'exonération de ticket modérateur des personnes en ALD par une prise en charge intégrale de l'AMO au-delà d'un reste à charge individuel de 1 200 à 1 500 €, en recentrant l'AMO sur les dépenses les plus élevées plutôt que sur une logique de pathologie, puis, dans un second temps, en étendant ce plafonnement à l'ensemble des assurés, au prix d'économies moindres.

[74] Cf. par exemple la revue de dépenses IGF-IGAS relative aux affections de longue durée, 2024.

Dans le cadre de sa mission de chiffrages de scénarios de réforme d'articulation entre AMO et AMC, l'IGF et l'IGAS ont actualisé, sur la base du modèle de micro-simulation INES-OMAR alimenté avec des données de 2023, certains des chiffrages réalisés par la mission. Les principaux résultats en sont les suivants :

- à isocoût pour l'assurance-maladie obligatoire, le montant d'un bouclier sanitaire « à plafond unique », incluant la suppression de l'exonération pour les bénéficiaires de l'ALD, s'élèverait à 740 € annuels. Il conduirait, pour 2,7 millions de personnes aux RAC AMO les plus élevés, à abaisser fortement le montant de leur RAC (près de 900 € en moyenne pour les personnes en ALD, près de 700 € pour les personnes hors ALD). Un nombre plus important de bénéficiaires en ALD verraient leur RAC augmenter (8,3 M), mais pour une augmentation annuelle plus faible (environ 350 €). Ce scénario permettrait ainsi de recentrer l'intervention de l'AMO sur les assurés aux dépenses de santé les plus élevées ;
- un bouclier sanitaire à isocoût pour l'AMO et proportionnel aux revenus s'élèverait à 2,8 % du niveau de vie[75] du ménage. En termes de nombre de personnes voyant leur RAC baisser, et à l'inverse de nombre de personnes voyant leur RAC augmenter, il aurait globalement les mêmes effets que le scénario précédent. Il présente néanmoins l'avantage d'avoir un effet redistributif assez fort : le RAC des ménages du premier décile baisserait de près de 40 €, tandis que celui du dernier décile augmenterait de 60 € environ.

Si le plafonnement des restes à charge constitue une piste pour renforcer l'équité de la couverture pour les assurés, **ses implications ne sont pas pleinement instruites**. Quatre dimensions interrogent :

- **du point de vue de la conception du dispositif, le choix du périmètre et des modes d'application du bouclier reste ouvert** : le périmètre du dispositif devrait être défini, notamment la couverture ou non des postes du 100 % santé et des dépassements d'honoraires, la prise en compte indistincte des dépenses ambulatoires et hospitalières ; le choix entre une application au foyer ou à l'individu se poserait. Dans l'hypothèse d'un bouclier proportionnel aux ressources, la base-ressources retenue, son périmètre, son assiette, la pondération selon la composition du ménage devrait faire l'objet d'une définition précise. Par ailleurs, en cas de suppression du dispositif ALD, le maintien des autres dispositifs d'exonérations (une trentaine au total, cf. liste en annexe 2) devrait être réinterrogé, en particulier les exonérations au titre de l'invalidité ou du régime AT-MP ;
- **du point de vue de la faisabilité technique** : le bouclier sanitaire nécessiterait la mise en place d'un compteur de restes à charge, nécessaire pour déclencher le plafonnement, ainsi qu'un téléservice permettant aux professionnels de santé et aux établissements de savoir s'il y a lieu de facturer en 100 % la prise en charge AMO. Si le déploiement du système de facturation FIDES à l'hôpital, désormais effectif, rend possible le déploiement d'un bouclier sanitaire à l'hôpital (ce qui n'était pas le cas en 2007, lors du rapport Briet Fragonard), les délais de facturation à l'hôpital, qui peuvent être élevés, complexifieraient sa mise en œuvre[76]. D'un point de vue technique, la mise en œuvre d'un plafond variable en fonction du revenu serait complexe, car elle suppose en outre une articulation des systèmes d'information de l'assurance maladie, soit avec des bases fiscales, soit avec le dispositif de ressources mensuels (DRM), utilisé aujourd'hui notamment par les CAF pour le versement des allocations logement, mais aussi un renforcement de la complétude du DRM, comme cela est prévu par ailleurs. La CNAM évalue à trois ans, a minima, le délai de mise en œuvre d'un dispositif proportionnel aux revenus ;

[75] Le niveau de vie du ménage est, au sens de l'Insee, son revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation que compte le ménage.

[76] Ainsi, l'atteinte du plafond par un assuré pourrait être enregistré avec un décalage de plusieurs mois.

- **du point de vue de ses effets sur les organismes complémentaires** : l'impact d'un bouclier sanitaire sur le comportement des organismes complémentaires est difficile à anticiper et à évaluer : leur politique de tarification serait vraisemblablement revue, avec des effets incertains sur les assurés. En particulier, l'instauration d'un bouclier sanitaire tenant compte du revenu devrait logiquement se traduire par une tarification des OC tenant compte des revenus, même si sa mise en œuvre pour les contrats collectifs serait plus complexe. S'agissant des comportements des assurés, le risque de désaffiliation ne peut être ignoré et dépendrait notamment du périmètre du bouclier couvert (notamment la prise en compte ou non des postes générateurs de forts restes à charge aujourd'hui, les postes du 100 % santé et les dépassements d'honoraires) ;
- **du point de vue de l'articulation avec les dispositifs de solidarité existants** : la mise en place d'un bouclier, *a fortiori* proportionnel au revenu, emporterait la suppression ou une évolution profonde de la C2S. L'articulation avec l'ANI de 2013, qui organise la couverture collective obligatoire des salariés, soulèverait des difficultés juridiques et pratiques, notamment liées à l'impossibilité pour l'employeur de connaître le revenu du foyer de ses salariés, non résolues dans le cas d'un bouclier sanitaire lié aux ressources.

En tout état de cause, la mise en place de ce bouclier nécessiterait une instruction approfondie. Pour la mission, cette réforme pourrait répondre à l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie mais le niveau de ce bouclier, son périmètre d'application, ses modalités d'éventuelle évolution sont autant de questions ouvertes et sensibles dans un contexte de forte tension sur le pouvoir d'achat et sur les finances publiques. Par ailleurs, elle ne constituerait qu'une reforme partielle là où le poids des déficits publics et les évolutions démographiques imposent d'avoir une vision plus transformatrice des diverses offres de soins, de donner davantage de place à la prévention, parent pauvre de notre système de santé et d'intégrer les effets des innovations thérapeutiques, techniques et de l'IA sur l'organisation de notre système de soins.

2.5 Le décroisement total ou partiel du panier de soins pourrait être envisagé et constituerait une inspiration utile pour mieux affirmer le rôle des OC

Le scénario du décroisement consiste à mettre fin, sur un panier de soins défini, au mécanisme de copaiement entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires (OC), afin que l'un ou l'autre des financeurs prenne en charge en totalité ce panier, l'autre s'en dégageant complètement. L'objectif poursuivi est double : d'une part, améliorer la lisibilité du système pour les assurés, les garanties couvertes par une assurance complémentaire sur un panier décroisé bien défini étant clairement énoncées ; d'autre part, améliorer en théorie la régulation de la dépense de santé, en permettant à chaque financeur d'accroître son pouvoir de négociation avec les professionnels de santé dont il aurait la charge exclusive et par là même assumer des responsabilités clairement établies dont les effets seraient visibles.

Le Hcaam a en 2022 proposé un scénario de décroisement, où les soins aujourd'hui financés majoritairement par les organismes complémentaires (c'est-à-dire l'optique, les soins et prothèses dentaires, les audioprothèses, les médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré) sortiraient du panier de soins de l'assurance maladie obligatoire, tandis que tous les soins demeurant dans ce panier seraient remboursés à 100 % sur la base des tarifs de responsabilité, avec suppression de l'ensemble des copaiements actuels. S'agissant spécifiquement des médicaments, la logique du scénario conduisait à dérembourser la totalité de ceux remboursés à 15 % ou 30 % et à conserver dans le panier public ceux remboursés à 100 %, la question des médicaments remboursés à 65 %, qui représentent plus de la moitié du chiffre d'affaires des médicaments vendus en officine, restant ouverte entre plusieurs options. Le scénario prévoyait par ailleurs le maintien de la C2S dans son périmètre actuel, ainsi qu'une possibilité d'élargissement du panier de l'assurance maladie sous condition d'âge, par exemple aux moins de 18 ans, dans un objectif d'égalité des chances.

Dans le cadre de la mission, deux scénarios ont été chiffrés :

- un premier scénario prévoirait le basculement des équipements d'optique, d'audioprothèses et du dentaire vers l'AMC. Ce scénario se justifie par le fait que les OC sont, sur ces trois postes de soins, d'ores et déjà des financeurs majoritaires ;
- un second scénario prévoirait le basculement de l'optique et des audioprothèses auquel s'ajouterait un basculement des transports vers l'AMC. Afin de rééquilibrer les charges entre AMO et AMC les dépenses liées aux hospitalisations seraient basculées à l'AMO (hors chambres particulières), l'AMC étant actuellement très minoritaire sur ce poste de dépenses.

  Ce scénario s'inscrit en partie dans la logique du précédent, en transférant complètement à l'AMC le financement de deux paniers de soins où elle est aujourd'hui financeur majoritaire. S'y ajouterait le transfert des dépenses de transport sanitaire, hors transport urgent. Celles-ci paraissent être un terrain pertinent d'établissement de négociations entre OC et fournisseurs de prestations de soins afin de favoriser une meilleure organisation des prises en charge, de développer des services d'accompagnement des patients et de contribuer à une maîtrise plus efficiente de cette dépense. Certains OC proposent en effet d'ores et déjà une activité d'assistance dans laquelle elles ont des relations commerciales avec les transporteurs, voire assurent la gestion directe d'activités de transport sanitaire. Afin de limiter un trop grand déséquilibre entre AMO et AMC, et compte-tenu de l'impact de la prise en charge bucco-dentaire sur certaines pathologies lourdes, les soins dentaires (conservateurs et prothétiques) ne seraient plus inclus dans ce décroisement et resteraient financés selon les mêmes modalités qu'aujourd'hui.

Dans les simulations réalisées par la mission sur le modèle de micro simulation de la DREES, et qui ont été réalisées hors du champ de la C2S[77], le premier scénario reviendrait à transférer 1,6 Md€ de l'AMO vers l'AMC, et le second 5,1 Md€. **Ce transfert pourrait être compensé par une baisse de la TSA à due concurrence du montant de la dépense transférée à l'AMO, ce qui équivaudrait à une baisse de son taux de respectivement 3 et 11 points.**

Le premier scénario aurait pour effet de davantage accroître les RAC AMO pour les personnes les plus âgées (près de 60 € annuels pour les plus de 70 ans, soit moins de 5€ par mois) que ceux des personnes les plus jeunes, pour qui la variation serait quasiment nulle, compte tenu du poids des audioprothèses et des prothèses dentaires chez les plus âgés. Le second scénario accroîtrait également les RAC AMO des personnes entre 60 et 80 ans, dans des proportions plus importantes (aux alentours de 120 € par an, soit 10€ par mois), mais affecterait moins les autres classes d'âges, y compris les plus de 80 ans, à qui le transfert des dépenses hospitalières vers l'AMO serait favorable.

Il convient de noter que cette évolution serait très largement compensée par la baisse de la TSA, si celle-ci était décidée.

Les membres de la mission considèrent que des transferts de responsabilités ciblés constitueraient une voie pour avancer vers davantage de clarification sur le rôle et la place des acteurs et engagerait une transition vers un rôle plus affirmé pour les OC.

[77] Les bénéficiaires de la C2S continueraient à bénéficier de la solidarité nationale sur le panier de soins décroisé.

3 La réforme proposée par la mission

La mission a inscrit ses travaux dans la perspective d'une évolution structurante de l'ensemble de l'architecture du système de santé, ainsi qu'indiqué dans le préambule de ce rapport**.** La réforme ainsi proposée est guidée par cinq principes.

Le premier principe est celui de garantir une couverture de santé protectrice pour les Français. L'action conjointe de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire doit continuer de permettre une prise en charge des soins essentiels et assurer l'accès de tous à la santé. Mais ce principe ne doit pas conduire à ignorer les difficultés de financement que nous connaissons et à exonérer offreurs de soins, patients, assurances obligatoire et complémentaires de leurs responsabilités dans l'usage des ressources. Il impose également de prendre conscience de la situation des retraités modestes et de l'iniquité de couverture des risques lourds relevant du système de prévoyance.

Le deuxième principe est celui de la priorité à donner à l'efficience et à la régulation des dépenses de santé, notamment pour permettre à tous d'accéder rapidement aux innovations. La trajectoire de progression des dépenses de santé, longtemps contenue, s'est accélérée pour devenir insoutenable à long terme, notamment au vu du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques ce qui nécessite une **régulation pluriannuelle**, s'inscrivant dans le cadre plus large d'une stratégie de santé pluriannuelle. Par ailleurs, dans un contexte où la France enregistre un déficit public parmi les plus élevés de l'Union européenne, avec 5,1 % du PIB en 2025, une réforme du pilotage de la dépense d'assurance-maladie obligatoire est nécessaire pour résorber son déficit. Une **règle d'or** interdisant les déficits de l'assurance maladie pourrait être mise en place, tandis que l'architecture de l'ONDAM gagnerait à être rénovée, le cloisonnement actuel des financements nuisant désormais à la nécessaire transversalité des prises en charge des patients et à une approche axée sur les parcours.

Ainsi, la mission appelle en premier lieu à un recentrage de la couverture des dépenses de santé sur les soins dont la validité scientifique est démontrée, et qui apparaissent essentiels pour préserver la santé de tous, alors que la situation actuelle tend à une extension de la couverture, tant par l'assurance maladie obligatoire que par les OC, en tenant insuffisamment compte de l'évaluation scientifique des actes et produits, certains étant parfois bien éloignés des besoins strictement sanitaires, cette évaluation devant être régulière et transparente. Cet effort de régulation doit également s'appuyer sur une politique renforcée en termes d'efficience et donc de pertinence des soins et des parcours, en ville comme à l'hôpital, visant notamment à renforcer l'appropriation des bonnes pratiques par les offreurs de soins et à réduire les durées d'hospitalisation, par l'adaptation des systèmes de tarification, une lecture et un usage effectifs des données de santé et le respect des recommandations produites. Un pilotage plus étroit du dispositif des ALD, doit également être recherché pour renforcer l'efficience du dispositif[78].

Faire de cette approche une priorité doit se traduire par une évolution réelle et plus réactive du panier de soins et de l'organisation de l'offre de soins en fonction de l'innovation et du progrès technique. Sur ce plan, le développement accéléré de l'IA en santé et de la médecine prédictive vont susciter et permettre des évolutions profondes dans les pratiques médicales dont il faudra tenir compte rapidement tant elles s'avèrent d'ores et déjà des éléments majeurs pour transformer l'offre de soins.

Le troisième principe est celui d'un accompagnement de la transformation vers un système de santé plus préventif. Notre système est tourné vers la prise en charge des maladies une fois déclarées, vers le financement des soins aigus et hospitaliers et une rémunération du volume d'actes plutôt que de la valeur unitaire des soins. La pratique clinique reste ancrée dans le curatif. Alors que la prévention institutionnelle ne représente que 2,3 % des dépenses de santé en France, l'Allemagne, l'Italie et

[78] IGAS-IGF, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée – pour un dispositif plus efficient et équitable*, 2024. Ce rapport recommandait notamment de renforcer les contrôles à l'admission et de contrôler le respect de l'ordonnancier bizone, dans une logique automatisée.

l'Espagne y consacrent entre 3 et 5 % de leur budget sanitaire[79]. Les conséquences de cette situation sont massives : à titre d'exemple, le respect des objectifs internationaux de réduction des facteurs de risque pourrait diminuer de 25 % le poids du cancer en France soit une économie considérable sur les traitements. Ceci implique de renforcer l'action sur les déterminants de santé, en tenant compte des inégalités sociales en santé qui demeurent fortes. Une meilleure identification des actions de prévention, la coordination des nombreux acteurs dans le cadre d'une nouvelle stratégie nationale de santé fixant des priorités stratégiques de long-terme, ainsi que le développement d'actions en proximité, dans des logiques d'aller-vers, sont aussi nécessaires.

Le quatrième principe est celui du renforcement de la lisibilité du système et son architecture, dans une logique de responsabilisation de tous, patients, offreurs de soins et organismes complémentaires. La complexité actuelle est issue d'une sédimentation de dispositifs au cours des dernières années, voire de plusieurs décennies. Les calculs des participations des assurés, tout comme la régulation de l'intervention de l'AMC, en offrent des exemples frappants. Il existe ainsi plus de trente motifs d'exonération du ticket modérateur, tandis que la régulation du contrat responsable est particulièrement complexe, superposant plusieurs réformes aux objectifs parfois antinomiques. De même le principe du reste à charge hospitalier, fruit d'incrémentations successives est devenu incompréhensible et induit divers effets pervers. Selon ce principe, la mission appelle ainsi à l'édification progressive de responsabilités distinctes, entre AMO et AMC, sur certains blocs de dépenses.

Le dernier principe est celui de la confiance. Dans un environnement marqué par les tensions et les incompréhensions, une réforme de la gouvernance apparaît comme un préalable pour restaurer un dialogue constructif entre les acteurs (État, assurance maladie, OC, représentants des professions de santé, représentants d'usagers, établissements de santé, …) et établir une coopération sur certaines priorités de politiques publiques, comme la prévention ou la lutte contre la fraude. Le développement d'une logique pluriannuelle contribuera également à ce rétablissement de la confiance avec les acteurs. Ce principe doit également se traduire par l'ouverture de nouvelles marges de liberté pour les organismes complémentaires, y compris en termes d'accès aux données, en contrepartie d'une transparence accrue et d'un cadre sécurisé.

Dans le cadre de ces principes, la nouvelle architecture qui est proposée découle directement d'une redéfinition fondamentale du rôle des organismes complémentaires. C'est ce choix inaugural qui structure l'ensemble : ni nationalisation, ni privatisation de la Sécurité sociale, mais un repositionnement clair des **OC** comme **organismes d'assurance santé** (ODAS).

Cependant la réforme proposée par la mission entend dépasser le cadre étroit d'un simple rééquilibrage financier entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires qui ne serait qu'un toilettage court-termiste. Plutôt que de se contenter d'ajuster la clef de répartition des dépenses entre financeurs, elle pose les bases d'une transformation structurelle du système de santé français, articulée autour des **cinq** principes interdépendants précédemment énoncés. C'est à partir de cette ambition réformatrice d'ensemble que se déduisent les propositions opérationnelles détaillées dans la suite du rapport.

Sur le plan de la régulation et de la gouvernance, la mission propose de refonder en profondeur les relations entre l'État, l'AMO et les OC, rebaptisés ODAS pour mieux refléter leur rôle attendu. Il s'agit d'abord de recentrer la couverture, AMO comme AMC, sur les seuls actes dont la validité scientifique est établie, en réformant le contrat responsable en un contrat essentiel plus exigeant et mieux ciblé. Il s'agit ensuite de définir des trajectoires financières pluriannuelles stables et d'associer les organismes complémentaires pour que les décisions structurantes en matière de panier de soins, de lutte contre la fraude, de stratégie de prévention soient prises plus collectivement, et de manière cohérente.

[79] Irdes, *Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient*, avril 2026.

Sur le plan opérationnel, la mission propose d'élargir significativement le périmètre d'intervention des ODAS, en leur confiant de nouvelles responsabilités dans des domaines où leur capacité d'action de proximité constitue un atout : prévention, accompagnement des parcours (pré-post ALD, sorties d'hospitalisation et retours à domicile, etc.), financement et régulation de l'optique, de l'audiologie, des transports sanitaires et d'une partie des indemnités journalières. En contrepartie de ces nouvelles marges de liberté, qui incluent la possibilité de mettre en place des franchises ou des bonus prévention, l'exigence de transparence sur leurs cotisations et leurs frais de gestion serait accrue.

Sur la base d'une forte ambition réformatrice, cette logique de responsabilisation partagée, adossée à une gouvernance rénovée, constitue le fil directeur de l'ensemble des vingt-deux recommandations présentées dans ce rapport, indissociables les unes des autres aux yeux des membres de la mission.

3.1 Définir le rôle et les missions des organismes d'assurance santé dans un système de soins rénové et plus efficace

3.1.1 Expliciter le rôle et les missions des organismes complémentaires, en les faisant évoluer vers des organismes d'assurance santé (ODAS)

La première étape d'une réforme structurelle réussie est de clarifier ce qui est attendu des OC dans le système de santé. Dans le cadre législatif et réglementaire actuels, la place des complémentaires santé n'est pas définie. Aujourd'hui, leur rôle est souvent résumé à celui de co-payeur de dépenses de santé et demeure largement établi par défaut : ils remboursent ce que l'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge, sans que leur contribution au système soit explicitement reconnue, organisée ou valorisée au-delà de cette fonction. Cette situation est à la fois insatisfaisante et sous-optimale. Elle ne permet pas de mobiliser pleinement les capacités des organismes complémentaires à agir en faveur de la santé de leurs assurés et à accompagner la mise en œuvre des politiques de santé publique.

La mission considère qu'il est désormais nécessaire de faire évoluer la qualification des organismes complémentaires en les reconnaissant comme des **organismes d'assurance santé**. Cette évolution terminologique vise à mieux refléter la réalité de leur rôle et des missions qu'ils seraient appelés à exercer. Les organismes d'assurance santé auraient ainsi vocation à exercer trois missions :

- Contribuer à prendre en charge les soins essentiels aux cotés de l'assurance maladie obligatoire, à travers le remboursement des soins de santé, qui demeure leur mission première ;
- Participer aux politiques de prévention et de promotion de la santé, notamment au sein des entreprises, où leur position d'intermédiaire entre employeurs et salariés constitue un levier d'action pertinent et insuffisamment exploité à ce jour ;
- Accompagner les personnes et contribuer à la qualité de leurs soins, en particulier dans l'organisation des parcours pré et post soins ALD ou lors des périodes de transition (entrées ou sorties d'hospitalisation, accompagnement à domicile, etc.) afin de contribuer, aux côtés des professionnels, à la continuité des prises en charge et à la prévention des ruptures de parcours.

La mission recommande de clarifier ce rôle dans un cadre législatif souple qui définirait, de manière principielle, les objectifs des actions des ODAS, dans le respect du droit européen[80], soit, à défaut, dans le cadre de la prochaine stratégie nationale de santé. Cette reconnaissance devrait ensuite être déclinée dans toutes les instances de pilotage du système de santé.

Au-delà d'une évolution sémantique, cette nouvelle désignation permettrait de mieux identifier la place des organismes d'assurance santé dans le modèle français de protection sociale, de conforter leur légitimité à intervenir au-delà du seul remboursement complémentaire des soins et de favoriser leur mobilisation au service des priorités nationales de santé.

[80] La compatibilité d'une définition du rôle d'assureur avec les directives « assurance » devra être vérifiée.

Recommandation n°1 Définir le rôle et les missions des organismes d'assurance santé (ODAS) dans les domaines suivants : financement des prestations de soins, prévention notamment dans les entreprises et accompagnement des patients et de leurs parcours de soins.

3.1.2 Réformer la gouvernance entre l'État, l'assurance maladie obligatoire et les ODAS

- Les membres de la mission considèrent qu'il n'est pas durablement soutenable de demander aux organismes d'assurance santé (ODAS) de financer une part croissante des dépenses de santé sans leur accorder des responsabilités et des capacités de décision à la hauteur de leur contribution financière. Dans cette nouvelle stratégie en santé proposée par la mission, qui devra laisser une large place à la concertation avec tous les acteurs, professionnels, établissements et usagers, tant en amont qu'au décours du déroulé de cette stratégie, les ODAS doivent, en tant que co-assureurs, être pleinement associés aux décisions engageant leur rôle de financeur, à tous les niveaux de la gouvernance du système de santé.

Cette méthode de concertation nouvelle devra se traduire dans une instance permanente réunissant à échéance régulière le ministre chargé de la santé, les administrations concernées, l'assurance maladie et les ODAS, sur le modèle du comité de dialogue des organismes complémentaires (CDOC) dont les travaux ont cessé (cf. partie 1.3). Cette instance a vocation à être l'instance de consultation préalable à toute prise de décision sur les principaux enjeux de politique publique ayant un impact sur les ODAS, notamment en matière de prévention, de gestion du risque, de lutte contre la fraude et d'évolution des paniers de soins.

- Le rôle de l'UNOCAM doit par ailleurs être profondément renforcé afin de lui permettre d'exercer pleinement les responsabilités qui découlent de la montée en puissance des ODAS. A cette fin, plusieurs évolutions apparaissent nécessaires :

- **développer la gouvernance tripartite entre UNCAM, UNOCAM et UNPS** : les accords-cadres interprofessionnels associant ces trois partenaires devraient être davantage mobilisés afin de conduire des actions communes en faveur de la qualité, de la pertinence et de l'efficience des soins, ainsi que de l'amélioration des parcours des patients. Dans la mesure où une plus grande transversalité serait instituée entre les offres de soins hospitalière et ambulatoire, établie sur une politique des parcours et associée à un moindre cloisonnement des financements, il conviendrait d'étudier les conditions d'une concertation formelle avec le secteur de l'hospitalisation et ses fédérations représentatives et d'une intégration future à cette nouvelle gouvernance ;
- **renforcer le rôle de l'UNOCAM dans les négociations conventionnelles** : l'article L. 162-14-3 du CSS doit être modifié afin de rendre obligatoire la signature de l'UNOCAM pour toute convention concernant une profession ou des prestations majoritairement financée par les ODAS, en supprimant toute possibilité de contourner cette signature par voie réglementaire. Cette signature devrait constituer une condition préalable à l'approbation ministérielle et à l'entrée en vigueur de la convention. Dès lors que les organismes d'assurance santé participent significativement au financement d'une profession, leur participation aux négociations doit s'accompagner d'un véritable pouvoir de décision et non d'un simple rôle consultatif. Les ODAS devront également être étroitement associés aux discussions relatives aux dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires, en particulier l'Optam ;
- **structurer davantage les relations entre UNOCAM et HAS** : un dialogue régulier devrait être institué afin de permettre aux ODAS d'adapter leurs garanties à l'évolution des connaissances scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques. (cf. *infra*). L'UNOCAM pourrait également être habilitée à saisir la Haute Autorité de santé afin qu'elle se prononce sur la pertinence scientifique de certains soins remboursés exclusivement ou majoritairement par les complémentaires ;
- **développer les relations entre l'UNOCAM et les fédérations hospitalières :** les échanges pourraient porter sur le financement versés par les ODAS aux établissements de santé, mais aussi

plus globalement sur les modalités de contribution des ODAS aux politiques publiques relatives aux établissements de santé.

Cette gouvernance partagée ne doit pas se limiter au niveau national. Elle doit également se décliner au niveau opérationnel afin de mieux coordonner les politiques de prévention, les actions de gestion du risque, la lutte contre la fraude (cf. *infra*), le déploiement du tiers-payant ainsi que des prestations contribuant à une amélioration des parcours de vie et de santé.

À plus long terme, une réflexion devrait être engagée sur les conditions permettant de rendre certaines décisions de l'UNOCAM opposables à l'ensemble des organismes d'assurance santé, dans le respect du droit de la concurrence et de la liberté d'entreprendre. Cette évolution renforcerait la capacité de l'UNOCAM à porter des positions communes et à assurer une représentation efficace des ODAS dans les négociations nationales. Parallèlement, un volet « pertinence des soins et des parcours » devrait être intégré de manière systématique aux négociations conventionnelles, avec la possibilité de saisir conjointement la Haute Autorité de santé par l'UNCAM et l'UNOCAM sur les sujets présentant un intérêt partagé.

Mais un préalable aux mesures proposées et à l'exercice de ces nouvelles responsabilités, est l'évolution du secteur lui-même. D'une part, cela nécessite que les trois familles d'organismes parviennent à élaborer des positions communes dans le cadre de l'UNOCAM. D'autre part, une plus grande concentration des organismes d'assurance santé apparaît inéluctable afin de leur permettre d'atteindre la taille critique nécessaire pour investir dans la gestion du risque, les systèmes d'information, l'analyse des données, la prévention et les nouvelles modalités de contractualisation avec les professionnels de santé.

Recommandation n°2 Refonder la gouvernance entre l'État, l'assurance maladie et les ODAS en réactivant une instance nationale permanente de concertation ; renforcer les compétences de l'UNOCAM en matière de négociation conventionnelle, de gestion du risque et de dialogue avec la HAS ; engager une réflexion pour rendre opposables les décisions de l'UNOCAM à l'ensemble des ODAS.

3.1.3 Définir une stratégie financière pluriannuelle fixant une trajectoire de répartition des financements entre l'AMO, les organismes d'assurance santé et les assurés

La tendance structurelle observée depuis la décennie 2010 montre que dans le cadre d'un Ondam contraint, la part de l'AMO dans le financement des dépenses a mécaniquement augmenté sous l'effet de la progression du nombre de personnes atteintes d'une ALD. Dans le même temps, la régulation s'est principalement exercée par une pression sur les tarifs hospitaliers, certains honoraires conventionnés et le prix des médicaments, au prix d'une déformation structurelle de la répartition de la dépense de santé entre financeurs.

La mission propose de définir une trajectoire pluriannuelle de répartition des financements, fixant les évolutions respectives de la contribution de l'AMO, des organismes d'assurance santé et des assurés au financement de la dépense totale de santé. Cette trajectoire, arrêtée par les pouvoirs publics et soumise aux votes du Parlement après concertation avec les financeurs, dans le cadre de la nouvelle gouvernance proposée par la mission, devra reposer sur des principes explicites, des indicateurs de suivi et des mécanismes garantissant la responsabilité et la capacité d'action de chacun. Cette approche pluriannuelle permettra également au pouvoir politique d'assumer de manière transparente ses choix relatifs à l'évolution du reste à charge des assurés, à la répartition de l'effort de financement entre les différents acteurs et à leurs effets sur l'offre de santé et les professionnels, structures et entreprises qui concourent aux soins.

Cette trajectoire pluriannuelle gagnerait à être inscrite dans la loi de programmation des finances publiques (LPFP).

Recommandation n°3 Proposer au Parlement, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, une trajectoire pluriannuelle de répartition des financements précisant l'évolution respective de la contribution de l'AMO, des ODAS et des assurés au financement de la dépense de santé.

3.2 S'appuyer sur le tandem AMO-ODAS pour garantir l'accès aux soins, renforcer la régulation des dépenses de santé et orienter les dépenses vers les soins essentiels

3.2.1 Ajuster le panier de soins AMO-ODAS pour recentrer la couverture santé sur les seules dépenses essentielles et validées scientifiquement et créer, en conséquence, un « contrat essentiel »

Le fondement du système de santé français repose sur un principe simple : tout acte ou produit de santé ne devrait être pris en charge collectivement qu'à la condition d'avoir reçu une autorisation de la Haute autorité de santé attestant de sa validité scientifique. C'est ce principe d'évaluation préalable qui légitime et conditionne l'entrée dans le panier de soins remboursables. Or, dans les faits, ce fondement est aujourd'hui en partie contourné : une part significative des actes et interventions couverts par les organismes complémentaires (soins non conventionnels, actes non évalués ou dont le service médical rendu est insuffisant) échappe à cette exigence, sans que les avantages fiscaux et sociaux attachés à ces contrats en soient pour autant remis en cause. Par ailleurs, le panier de soins AMO intègre également des éléments qui ne sont pas suffisamment validés scientifiquement, et dans le même temps, sa gestion doit être plus évolutive pour permettre une intégration plus rapide des innovations scientifiques. La mission appelle ainsi à plusieurs évolutions pour conforter la validité scientifique du panier AMO et de la couverture des ODAS.

En premier lieu, s'agissant du panier AMO, la liste des actes et prestations intégrés dans la couverture maladie (art. L.160-8 du code de la sécurité sociale) s'est considérablement rallongée depuis dix ans, puisque pas moins de vingt lois ont modifié l'article. Une partie des ajouts vise à renforcer les actions préventives (couverture des frais relatifs aux examens de repérage des troubles du neurodéveloppement, les parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention dans le cadre des plateformes de coordination et d'orientation (PCO)), d'autres à adapter la couverture à certaines innovations organisationnelles et technologiques (couverture des activités de télésurveillance médicale, couverture des actes de téléconsultation).

Certains ajouts relèvent toutefois davantage de dispositifs de solidarité : c'est le cas de la couverture des frais relatifs aux différentes catégories de protections périodiques réutilisables pour les moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la C2S ou encore des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexistes et sexuelles en établissements pour personnes handicapées. La mission plaide pour que les mots retrouvent un sens et que les remboursements maladie soient réservés à la santé, dans ses volets d'évitement de la maladie ou dans ses aspects diagnostics et traitement.

L'élargissement de la couverture maladie au sein de cette liste n'est conditionné à aucune étude médico-économique ni à une évaluation scientifique, à la différence de l'inscription au sein de la liste des actes et prestations (article L.162-1-7 du CSS[81]), soumise depuis la loi du 13 août 2004 à une évaluation médicale par la HAS et des évaluations scientifiques, technique et médico-économique par l'UNCAM, puis à une consultation des professionnels de santé et de l'UNOCAM. Le remboursement par l'assurance maladie de médicaments ou de dispositifs médicaux est également conditionné à leur inscription sur des listes, ce qui requiert au préalable une évaluation scientifique et médico-

[81] La liste des actes et prestations regroupe la classification commune des actes médicaux (CCAM), pour les actes techniques réalisés par les médecins, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), pour les actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes et des auxiliaires médicaux et la nomenclature des actes de biologie médical (NABM).

économique, réalisée notamment par la HAS. Afin de recentrer la couverture maladie sur sa vocation primaire, la mission recommande donc de compléter l'article L.160-8 du code de la sécurité sociale pour subordonner l'intégration d'un acte ou prestation au sein de la couverture maladie à une étude scientifique et médico-économique menée par la HAS.

Dans la même logique, la mission préconise d'exclure du panier de soins AMO les médicaments au service médical rendu faible, actuellement remboursés au taux de 15 % ; cela se traduirait également par une absence de prise en charge de ces dépenses par l'AMC (voir infra). La liste des médicaments à service médical rendu modéré (remboursés au taux de 30 %) mériterait d'être réexaminée pour déterminer ce qui resterait dans le panier de soins AMO. Ces mesures pourraient alimenter une réforme d'ampleur de la politique du remboursement du médicament simplifiant l'architecture actuelle.

De même, il conviendra de tirer les conséquences de l'évaluation de la HAS sur le service médical rendu des cures thermales, qui devrait être rendu en 2027, après la saisine du gouvernement en 2026, pour, le cas échéant, les déremboursser.

Par ailleurs, le panier de soins AMO devrait être géré de manière plus dynamique et mieux s'adapter à l'innovation (pour intégrer ou retirer des produits). Cela pourrait notamment se traduire dans la refonte de la CCAM actuellement menée par la CNAM.

La question du financement de l'innovation, si elle n'est pas nouvelle, connaît de nouveaux défis, entre la contrainte qui s'exerce sur les finances publiques, l'arrivée de produits innovants coûteux, le développement du numérique, la place de l'Europe dans la recherche face aux États-Unis et la Chine. Notre capacité à prendre en compte l'innovation dans la tarification, outre le service médical rendu et les impacts organisationnels, doit être renforcée et développée, par exemple lorsqu'un nouveau médicament évite des hospitalisations répétées ou qu'un dispositif médical numérique permet des gains d'efficience pour les offreurs de soins. Dans le même temps, professionnels et établissements de santé, industriels et citoyens doivent accepter que certaines thérapeutiques dont l'intérêt médical est devenu faible ou qui n'ont pas de véritable incidence sur l'état de santé ne soient plus remboursées.

Recommandation n°4 Exclure du panier de soins AMO-AMC les actes scientifiquement non prouvés, en fonction des évaluations de la HAS ; développer une gestion plus dynamique de ce panier de soins pour mieux intégrer l'innovation.

En second lieu, pour rendre réellement effective une régulation du panier de soins AMO/AMC, il convient de réformer profondément le contrat responsable, afin d'éviter une extension non justifiée à des garanties sans validité scientifique démontrée, et contrer un effet inflationniste sur certains segments, qui viendrait détourner les efforts faits au niveau national.

Depuis plusieurs années, le panier du contrat responsable fait ainsi l'objet de critiques de plusieurs acteurs, entraînant des revendications de resserrement, par exemple l'extension des périodes de renouvellement des équipements d'optique ou d'audioprothèse, l'exclusion de certains dispositifs non assurantiels (protections menstruelles), ou encore l'exclusion des garanties finançant des prestations à la périphérie des soins, notamment dispensées par des professionnels non-inscrits au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et sans niveau de preuves scientifiques suffisant.

La mission considère qu'il convient de s'extraire d'une logique de révision au cas par cas des garanties du contrat responsable actuel, en créant un nouveau contrat « essentiel », qui bénéficierait seul de la subvention publique que constituent les avantages sociaux et fiscaux du contrat solidaire et responsable.

Le panier de soins couvert par ce contrat serait évolutif, pour intégrer de manière réactive à la fois les innovations thérapeutiques, mais également exclure certains produits ou certaines prestations, dès lors que leur service rendu serait jugé insuffisant au regard de la science. Une instance de concertation

réunissant notamment l'UNOCAM, la DSS et l'UNCAM[82], serait chargée de proposer de réviser, à échéance régulière, son contenu, sur la base des évaluations de la HAS, ces décisions étant soumises à la signature du Ministre en charge de la santé et de l'assurance maladie.

Cette instance serait chargée de répercuter les décisions prises sur le champ du panier de soins de l'AMO sur ce contrat essentiel : à titre d'exemple, en seraient exclus les médicaments à 15 %, certains médicaments remboursés à 30 % sur la base du réexamen de leur liste mentionné *supra* ou encore les cures thermales. Sur le champ des équipements majoritairement financés par l'AMC, l'instance pourrait notamment réexaminer les classes II de l'audioprothèse et B de l'optique, afin de déterminer si certains dispositifs médicaux aujourd'hui exclus du 100 % santé nécessiteraient d'être intégrés au panier de soins essentiels, afin de garantir un accès aux soins les plus pertinents et efficaces. Le panier maîtrisé en dentaire pourrait également faire l'objet d'un réexamen ou *a minima*, sans que sa couverture soit obligatoire, bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ce contrat inclurait en outre des dépenses de prévention, dont la pertinence serait validée (cf. partie 3.3.1).

Le périmètre de ce contrat est par ailleurs indépendant du payeur : son périmètre resterait applicable, y compris en cas de décroisement complet de certains segments du panier de soins.

Une partie, très minoritaire, du panier de soins relèvera davantage d'une logique d'accès aux soins ou d'un choix social sur le niveau de mutualisation que d'une logique scientifique, notamment la couverture des dépassements d'honoraires (il serait logique que la couverture des dépassements réalisés par des médecins adhérant à l'OPTAM, sans être obligatoire, soit éligible aux avantages fiscaux et sociaux) ou, en optique, le délai de renouvellement des lunettes et le montant maximal de prise en charge des montures.

L'intégralité des gains fiscaux liés au recentrage du contrat devra être réinjectée dans une baisse de la TSA, afin de garantir à tous l'accessibilité à ce contrat.

Recommandation n°5 Remplacer le contrat responsable par un contrat essentiel au périmètre recentré sur un panier de soins pertinents, régulièrement actualisé sur la base des progrès des connaissances scientifiques.

3.2.2 Confier aux ODAS la responsabilité du financement de certains segments de dépense pour renforcer la qualité et l'efficience de ces dépenses

Dans une logique de décroisement partiel, la mission préconise des transferts de financements et de responsabilités vers les ODAS sur trois segments de dépense, selon les principes suivants :

- **Privilégier les transferts portant sur des segments de soins pour lesquels les ODAS disposent de véritables leviers de gestion du risque, de structuration de l'offre et d'amélioration de l'efficience**. Ces transferts auraient vocation à renforcer leur rôle dans l'organisation des parcours de soins, la contractualisation avec les professionnels de santé et l'accompagnement des assurés, plutôt qu'à se limiter à un simple transfert de financement ;
- **Inscrire ces transferts dans une trajectoire pluriannuelle, progressive et évaluée.** Compte tenu d'une littérature économique encore limitée et de l'absence d'évaluation récente des réseaux de soins, il apparaît nécessaire de conduire, dans un premier temps, des transferts de responsabilité sur un nombre ciblé de soins ou d'interventions afin d'apprécier la capacité des ODAS à maîtriser la dépense, à améliorer la qualité des prises en charge et à produire des gains d'efficience. Cette démarche d'évaluation devrait également permettre de s'assurer que ces transferts ne fragilisent pas l'égal accès aux soins.

[82] En Allemagne, le comité mixte fédéral, qui fixe le panier de soins remboursable, inclut des représentants des caisses d'assurance maladie, des représentants des médecins, des dentistes, et des fédérations hospitalières ainsi que des représentants des patients (sans droit de vote).

- **Conduire en parallèle la réforme profonde de la gouvernance des ODAS ainsi que le renforcement de la cohésion des familles de complémentaires et la concentration du nombre d'acteurs (cf. 3.1.2).** Les transferts de responsabilités ne pourront produire les effets attendus sans une évolution substantielle des missions et des prérogatives de l'UNOCAM, lui permettant de conduire, au nom de ses membres, des négociations conventionnelles et tarifaires avec les représentants des professionnels de santé, de définir des orientations communes en matière de gestion du risque et d'assurer la cohérence des engagements pris par les ODAS. Cette évolution constitue une condition indispensable pour faire des ODAS de véritables acteurs de la régulation du système de santé et non de simples financeurs.
- **S'assurer que les transferts de responsabilité aux ODAS maladie** soient compatibles avec la Constitution, notamment au regard des obligations fixées par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, ses dispositions prévoyant que la Nation « garantit à tous la protection de la santé ». Ainsi, confier l'intégralité du financement d'une partie du panier de soins à des ODAS, sans obligation par ailleurs de couverture santé, nécessiterait sans doute un travail juridique fin permettant de déterminer quels soins et prestations pourraient être transférer sans porter atteinte aux règles constitutionnelles.

En premier lieu, la mission préconise un transfert de l'ensemble des dépenses d'équipements d'optique et d'audioprothèses. Il s'agit de postes de dépenses sur lesquels le financement de l'assurance maladie complémentaire est d'ores et déjà majoritaire (68 % pour l'optique, 51 % pour les audioprothèses), et sur lesquels elle a déjà structuré des actions de régulation, notamment à travers l'intervention des réseaux de soins.

Sur ces paniers de soins totalement décroisés, des garanties socles continueront à être définies par la réglementation, dans le cadre du contrat essentiel, garantissant l'accès aux soins et la mutualisation entre assurés.

La mission est par ailleurs favorable à l'interdiction de la publicité pour l'optique et les audioprothèses, qui a fait l'objet de propositions de l'assurance maladie, de certaines familles d'OC et d'amendements parlementaires dans la période récente.

En outre, cette logique de transfert de responsabilités peut être appliquée à certains postes de dépenses pour lesquels les ODAS disposent déjà d'une expertise opérationnelle et de capacités de régulation. Les dépenses de transport sanitaire constituent, à cet égard, un champ particulièrement pertinent, dans la mesure où elles reposent sur des enjeux d'organisation des parcours, de contractualisation avec les transporteurs et d'accompagnement des patients. Les ODAS disposent d'une expérience en matière d'assistance, dans laquelle ils entretiennent des relations avec les transporteurs sanitaires, voire, pour certains d'entre eux, assurent la gestion directe d'activités de transport sanitaire. La signature par l'UNOCAM du protocole de maitrise des dépenses de transport de 2025 illustre la volonté et de l'engagement déjà effectif des ODAS dans la régulation du transport sanitaire.

La responsabilisation des ODAS dans le transport sanitaire permettrait de poursuivre un double objectif : améliorer la qualité du parcours de transport pour le patient, et contribuer à une meilleure allocation des ressources. L'efficience recherchée ne se mesure pas uniquement à l'aune de la réduction de la dépense mais aussi par la pertinence et la qualité de la prise en charge.

La mission propose ainsi de transférer une partie des dépenses de transport sanitaire vers les ODAS, ne relevant pas du transport urgent. Cette nouvelle répartition de partage de responsabilité avec l'AMO s'inscrira dans une montée en charge progressive : dans un premier temps, les ODAS prendraient en charge les transports programmés ponctuels et dans un second temps les transports liés aux séances répétitives ainsi que les transports des patients dialysés. Cette progressivité s'appuierait sur une évaluation partagée entre l'UNOCAM, l'UNCAM, les fédérations professionnelles des transports sanitaires et du transport assis professionnalisé (taxi conventionné, VSL), ainsi que les représentants des usagers.

Une telle évolution permettrait aux ODAS de s'inscrire dans une nouvelle approche de relations entre financeurs et professionnels du transport sanitaire autour d'une contractualisation partenariale fondée sur des référentiels nationaux garantissant une meilleure organisation des prises en charge et une équité financière dans la prise en charge de la dépense.

Recommandation n°6 Confier aux ODAS, selon une trajectoire pluriannuelle progressive, le financement des dépenses d'équipements d'optique, d'audioprothèses et de transport sanitaire programmé, dans le cadre de la gouvernance renforcée de l'UNOCAM.

Enfin, la mission estime que l'organisation même du financement des arrêts de travail doit évoluer afin de mieux aligner les responsabilités des différents acteurs avec leurs capacités d'action.

Le système d'indemnisation des arrêts maladie se caractérise par une grande complexité, du fait de la superposition de dispositifs hérités de l'histoire (indemnités de sécurité sociale, complément employeur, parfois protection supplémentaire prévue par la prévoyance de la branche ou de l'entreprise), générateur de segmentation.

Le régime des indemnités journalières de courte durée connait depuis plusieurs années une progression soutenue, portée par l'augmentation des arrêts de travail et par l'évolution des pratiques de prescription. Cette dynamique représente un enjeu financier important pour l'assurance maladie, sans que celle-ci dispose, à elle seule, des leviers efficaces pour agir sur les déterminants de ces dépenses. S'agissant des arrêts de courte durée, les causes relèvent, en effet, notamment de déterminants internes à l'entreprise : conditions de travail et de vie en entreprise, de la prévention des risques professionnels, de l'organisation et de la qualité du management ainsi que de l'accompagnement précoce des salariés. Ces leviers sont principalement entre les mains des employeurs, des services de prévention et de santé au travail mais aussi des organismes d'assurance qui interviennent déjà dans ces domaines, au titre de la prévoyance.

Les ODAS jouent un rôle déjà attesté dans la prévention au travail, notamment en matière de risques psycho-sociaux et de troubles de la santé mentale, qui figurent parmi les principaux motifs d'arrêt de travail, rôle qui pourrait être accru et rendu plus efficient. Pour les salariés déjà en arrêt maladie, ils disposent également des capacités opérationnelles pour proposer des dispositifs d'accompagnement, qu'il s'agisse par exemple des sorties d'hôpital, mais aussi de prestations de *case management* pour accompagner le retour à l'emploi de personnes arrêtées (psychologues, coaching…). Au total, le domaine des arrêts maladie apparaît comme l'un des domaines où les actions de prévention engagées par les ODAS peuvent présenter un retour sur investissement positif, au bénéfice des employeurs et des salariés.

Dans ce contexte, la mission recommande d'étudier un transfert aux entreprises de la prise en charge des indemnités journalières liées aux premiers jours d'arrêt de travail et de leur remboursement par les ODAS, ce qui permettrait de mieux aligner les responsabilités de financement avec les capacités d'actions sur les facteurs à l'origine de l'absentéisme. À ce titre, les ODAS pourraient, sur le champ de la prévoyance, assurer pleinement leur rôle d'assureurs en accompagnant les entreprises dans la prévention, le pilotage de la gestion des risques et le retour à l'emploi, tout en développant des dispositifs d'accompagnement des salariés.

Cette recommandation ne remet nullement en cause l'architecture de la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles, qui demeure fondée sur les principes de la sécurité sociale et sur la gouvernance des partenaires sociaux. Elle ne modifie pas davantage les missions ni l'organisation des services de prévention et de santé au travail, dont le rôle est essentiel en matière de prévention des risques professionnels et de maintien dans l'emploi. La recommandation vise exclusivement les premiers jours d'arrêts de travail relevant de la branche maladie. Elle a pour objet de mieux articuler les responsabilités des employeurs et des organismes d'assurance santé afin de créer des incitations plus fortes à la prévention et à la maîtrise de l'absentéisme, dans le respect des équilibres actuels de notre système de protection sociale.

Cette proposition devra faire l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux ainsi que d'une étude préalable pour vérifier sa compatibilité avec l'article 11 du préambule de la Constitution de 1946 et la jurisprudence constitutionnelle relative au droit à la protection de la santé et à la garantie de bénéficier de moyens convenables d'existence.

Enfin, la recommandation n°17 (cf. infra) relative à la généralisation de la couverture prévoyance en entreprise s'inscrit également dans cette logique du renforcement de la prévention et de l'accompagnement des salariés.

Recommandation n°7 Transférer une partie des IJ aux employeurs pour favoriser le rôle des ODAS dans la prévention, l'accompagnement et la régulation de ces dépenses, à l'issue d'une concertation avec les partenaires sociaux.

3.3 Associer les ODAS à la réalisation des politiques de prévention et de lutte contre la fraude en leur confiant de nouvelles responsabilités

Les réformes intervenues au cours des dernières décennies ont modifié les équilibres financiers du système, sans véritablement faire évoluer les responsabilités respectives des acteurs.

Or les défis auxquels notre système de santé est désormais confronté sont d'une autre nature. Le vieillissement démographique, l'augmentation continue des maladies chroniques, les difficultés de maintien en emploi, la progression des troubles psychiques, la prévention de la perte d'autonomie ou encore l'aspiration au maintien à domicile font émerger des besoins nouveaux. Ceux-ci relèvent moins d'une augmentation des remboursements que d'une capacité à faciliter, dans la durée, l'organisation des parcours de prévention, d'accompagnement et de coordination avec des professionnels de santé.

Dans ce contexte, la question n'est donc plus seulement celle de la répartition des financements entre assurance maladie obligatoire et organismes d'assurance santé. Elle est celle de la répartition de leurs responsabilités afin de construire une protection sociale davantage tournée vers la prévention, le maintien en santé, l'accompagnement des parcours de vie et la préservation durable de la capacité fonctionnelle des personnes.

L'assurance maladie obligatoire conserverait naturellement sa mission fondamentale de solidarité nationale et de couverture universelle des soins. Les ODAS exerceraient des responsabilités accrues dans des domaines où ils deviendraient le principal, voire le seul, payeur et disposeraient de véritables leviers d'action et d'une capacité d'innovation dans l'organisation des parcours et le déploiement de services.

La mission identifie trois domaines dans lesquels un renforcement des responsabilités des organismes d'assurance santé pourrait être envisagé : la prévention, en particulier en entreprise, l'accompagnement des parcours de santé ainsi que la régulation de certaines dépenses pour lesquelles ils disposent de leviers d'action spécifiques (cf. partie précédente).

3.3.1 Favoriser l'action des ODAS en faveur de la prévention en santé, notamment en entreprise, et de l'accompagnement des parcours, dans le cadre d'une nouvelle stratégie nationale de santé

La transformation du système de santé vers un système plus préventif constitue l'un des principaux défis auquel l'AMO et les ODAS doivent mieux répondre conjointement.

En premier lieu, il est nécessaire d'inscrire les actions de prévention dans une stratégie nationale fixant des grandes priorités, permettant de mieux cadrer et coordonner la multiplicité des acteurs intervenant sur le champ de la prévention en santé (État, agences sanitaires, assurance maladie, collectivités territoriales notamment à travers la PMI, médecine scolaire, services de santé au travail, acteurs privés comme les complémentaires santé, …). Conformément à l'article L 1411-1-1 du code de la santé publique, **une nouvelle stratégie nationale de santé pluriannuelle (SNS) doit ainsi être définie**

par l'État, en associant l'ensemble des acteurs concernés, fixant, entre autres, de grandes priorités de prévention en santé.

Bien que la mission ne soit pas favorable au développement d'une comitologie excessive, elle recommande également la création d'une instance interministérielle dédiée à la prévention pour favoriser les actions de prévention concertées entre AMO et AMC, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, en raison d'un besoin fort de transversalité. Cette instance associerait la CNAM (branches maladies et AT-MP), l'UNOCAM et/ou les fédérations d'ODAS, les administrations de l'État (direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale, ainsi que la direction générale du travail), des représentants des collectivités territoriales, des représentants des professionnels de santé, des fédérations hospitalières et médico-sociales ainsi que des représentants des partenaires sociaux et des usagers. L'association de la direction générale du travail (DGT), des partenaires sociaux, voire, ponctuellement des têtes de réseaux de services de santé au travail ou des organismes de prévention (exemple de l'OP-BTP) se justifie compte-tenu des actions de prévention menées par les ODAS en entreprise (au titre de l'assurance santé ou prévoyance), qui nécessitent une articulation avec les actions menées au titre de la santé au travail par les services de santé au travail ou les branches professionnelles. Ces démarches sont actuellement strictement cloisonnées, et les actions menées par les ODAS sont méconnues par les autres acteurs. La création d'une telle instance serait un premier pas pour y remédier et faire en sorte que les ODAS (santé et prévoyance) soient reconnus comme des acteurs de la prévention en santé en entreprise.

Cette instance aurait pour objet la connaissance des actions de prévention menées par l'AMO et les ODAS (partage d'informations et de bonnes pratiques, présentation des enquêtes chiffrées et des évaluations des actions). Elle permettrait aussi l'engagement des acteurs sur des objectifs, par rapport aux grandes orientations nationales définies par la SNS. Cela inclurait des engagements chiffrés dont les résultats pourraient être ensuite évalués et publiés. Enfin, cette instance pourrait constituer un cadre pour initier des expérimentations entre CPAM et ODAS, afin de tester des partenariats ou délégations de gestion sur des actions de prévention vers les assurés.

Recommandation n°8 Créer une instance nationale de concertation dédiée à la prévention associant État, AMO, ODAS, collectivités, professionnels et établissements de santé, usagers et partenaires sociaux, définissant des objectifs et des indicateurs inscrits dans une nouvelle stratégie nationale de santé ; favoriser dans ce cadre les partenariats entre CPAM et ODAS sur des actions de prévention vers les assurés.

Dans ce cadre, les ODAS, dont le rôle sur le champ de la prévention et de l'accompagnement aura été reconnu et défini dans les textes (cf. partie 3.1), seraient incités à s'investir davantage dans les actions probantes de prévention en santé et d'accompagnement, en y consacrant *a minima* 2 % de leurs cotisations (cf. partie 3.1). Ce montant de 2 % correspond au montant actuellement fixé pour le degré élevé de solidarité. Plusieurs leviers pourraient être utilisés pour matérialiser cet engagement à hauteur de 2 % :

- une première option consisterait à le rendre obligatoire, pour toutes les ODAS. S'agissant des contrats collectifs, cela se traduirait par une réforme des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale relatif au degré élevé de solidarité. Toutefois, la compatibilité juridique d'un tel dispositif avec le droit de la concurrence, d'une part, et la réglementation européenne Solvabilité 2, d'autre part, rend complexe la mise en œuvre d'une telle obligation et mériterait d'être instruite de manière plus approfondie. En effet, en application du principe de spécialité des assurances (art. L.322-2-2 du code des assurances), les opérations autres qu'assurantielles ne peuvent être effectuées que si elles demeurent d'importance limitée par rapport à l'ensemble

des activités de l'entreprise d'assurance[83]. Par ailleurs, les ODAS ne peuvent développer des activités de prévention qui les exposeraient à des risques mal maîtrisés ou qui mobiliseraient des ressources incompatibles avec le respect de leurs exigences prudentielles. À cet égard, pour être admis, un tel fléchage ne devrait pas porter une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle au regard de l'objectif poursuivi, et être justifié par l'intérêt général ;

- une seconde option consisterait à inscrire cet engagement d'une mobilisation à hauteur de 2 % dans le cadre de l'instance nationale de concertation, en l'adossant à un suivi régulier (cf. partie 3.5). Des priorités pourraient être fixées dans ce cadre : actions de prévention en entreprise adaptées à l'exercice professionnel, co-financement de programmes de parcours préventifs comme les parcours coordonnés renforcés ou les parcours pré-ALD, actions d'aller-vers en matière de dépistages et de vaccination, développement de programme de prévention secondaire pour les maladies chroniques (financement de prestations non remboursées par la sécurité sociale comme les diététiciens ou l'activité physique adaptée, mais aussi actions d'accompagnement motivationnel de type *coaching*), relais des aidants à domicile (par exemple en cas de soins palliatifs), etc.

Quelle que soit l'option retenue, il sera nécessaire de définir précisément les actions de prévention et d'accompagnement qui pourront être intégrées au titre de cet objectif. De nombreux acteurs publics expriment en effet la crainte que les ODAS intègrent par ce biais des actions marketing et de communication. Par ailleurs, les remontées de l'enquête prévention menée par la mission montrent que les ODAS renseignent des dépenses de nature hétérogène au sein de la prévention en santé, certaines dépenses relevant davantage de l'action sociale. La première nomenclature établie pour l'enquête menée par la mission pourra servir d'appui pour définir précisément les prestations qui seraient intégrées au sein de cet objectif de 2 %. Cette liste gagnerait à être évolutive, et les actions de prévention concernées devront être intégrées au sein du contrat essentiel, bénéficiant de ses avantages fiscaux et sociaux.

Il sera également nécessaire de renforcer l'évaluation des actions de prévention en santé déployées par les ODAS, en développant notamment les évaluations externes scientifiques, et en partageant leurs résultats au sein de l'instance nationale pour favoriser la diffusion des actions probantes.

Par ailleurs, un suivi des dépenses des prévention (et d'accompagnement) engagées par les ODAS devra être réalisé, avec l'élaboration d'une enquête régulière de la DREES (cf. partie 3.5), dont les résultats gagneraient à intégrer le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des ODAS. Celle-ci permettra à la fois de vérifier l'atteinte des engagements des ODAS, mais aussi d'objectiver la part des dépenses de prévention intégrées dans les frais de gestion (qui représentait 10 % des dépenses déclarées dans l'enquête, mais jusqu'à 15 à 30 % pour certains organismes). En effet, l'exclusion intégrale des dépenses de prévention des frais de gestion n'est pas possible sur un plan juridique. Mais un calcul des frais de gestion net des dépenses de prévention pourrait ainsi être établi (en s'appuyant sur la définition des actes de prévention établie précédemment) et présenté dans les panoramas de la DREES.

Un premier chantier pourrait concerner la vaccination. Au-delà d'une couverture vaccinale encore insuffisante dans plusieurs domaines, le dispositif actuel se caractérise par une forte hétérogénéité des niveaux de remboursement, y compris pour une même population : certains vaccins sont pris en charge à 100 %, tandis que d'autres ne le sont qu'à hauteur de 65 %. Dans le cadre du contrat essentiel, un partage des prises en charge entre l'AMO et les ODAS pourrait être conçu, avec une couverture intégrale

[83] Si aucune disposition ne précise ce qu'il faut entendre par « *d'importance limitée* », il convient de l'apprécier au cas par cas « *dans la mesure où il est délicat au plan technique de quantifier de manière générale les activités accessoires autorisées* » (cf. Question ministérielle n° 2328, JO 13/09/1993 p. 2944). Le rapport du Sénat au nom de la commission sur le projet de loi qui a introduit l'article L. 322-2-2 du code des assurances mentionnait que la part des activités des sociétés d'assurance qui ne sont pas des activités d'assurance ne devrait pas dépasser le seuil de 5 % du chiffre d'affaires de l'entreprise d'assurance. La Commission des sanctions de l'ACPR examine, quant à elle, au cas par cas si l'activité hors assurantielle reste limitée et a sanctionné en 2015 une entreprise d'assurance qui avait méconnu de manière manifeste le principe de spécialité (Commission des sanctions de l'ACPR, décision n° 2014-03, 24 fév. 2015). Source : ACPR.

pour certains vaccins, selon un schéma simple et lisible. L'objectif serait à la fois de renforcer la couverture vaccinale et de positionner les ODAS comme des acteurs opérationnels de la prévention. L'AMO prendrait en charge à 100 % les vaccins destinés aux enfants, conformément au schéma vaccinal établi. Elle assurerait également la prise en charge de la vaccination des personnes à risque, notamment les personnes âgées ou atteintes d'une pathologie préexistante, pour lesquelles l'absence de protection vaccinale peut entraîner des pathologies graves susceptibles de conduire à une hospitalisation.

L'exemple de la grippe est particulièrement illustratif. Dans une logique de prévention et d'évitement des hospitalisations, les personnes en ALD et les personnes âgées continueraient d'être incitées à se faire vacciner, avec une prise en charge par l'AMO. Pour les adultes actifs, les retraités jeunes et, plus largement, les personnes en bonne santé ne relevant pas de ces catégories à risque, les ODAS pourraient prendre en charge le coût du vaccin et de son administration, afin de favoriser la vaccination. Une telle répartition permettrait ainsi d'orienter l'intervention des ODAS vers une dépense à forte légitimité sanitaire et à incidence avérée en santé publique, tout en lui donnant un véritable levier d'action en matière de prévention. Elle pourrait également contribuer à limiter les arrêts maladie de courte durée, dont l'impact sur l'activité et l'organisation des entreprises est significatif.

Pour que les ODAS puissent pleinement jouer ce rôle, il serait enfin nécessaire de leur permettre, dans un cadre juridiquement sécurisé, d'accéder aux données relatives à la participation aux campagnes de vaccination (cf. partie suivante 3.3.2). Ces informations permettraient de mieux cibler les actions d'information et d'incitation auprès de leurs adhérents, mais également d'en mesurer l'efficacité. L'enjeu est donc de passer d'un rôle de simple financeur à celui d'un acteur à part entière de la prévention vaccinale.

Recommandation n°9 Engager les ODAS à dédier *a minima* 2 % de leurs cotisations dans les actions de prévention et d'accompagnement des assurés, en listant les prestations de prévention pouvant en relever ; assurer un suivi régulier des dépenses engagées par les ODAS sur ce périmètre, en isolant au sein des frais de gestion les dépenses de prévention.

Enfin, la mise en œuvre de cette disposition sera probablement différenciée entre contrats individuels et collectifs. S'agissant des contrats collectifs, elle devra s'articuler avec le dispositif du degré élevé de solidarité, qu'il apparaît par ailleurs nécessaire de faire évoluer.

En effet, comme on l'a vu précédemment (cf. encadré n°8 en partie 1.3.3), ce dispositif présente actuellement plusieurs limites : les entreprises semblent méconnaitre le dispositif ; les modalités de gestion du dispositif pour les entreprises qui n'ont pas choisi l'assureur recommandé n'ont pas été fixées ; les fonds récoltés ne sont pas toujours dépensés, et la transparence sur l'utilisation des fonds auprès des entreprises semble insuffisante ; enfin, une partie importante des fonds peut être dédiée à l'action sociale, plutôt qu'à la prévention en santé, et les actions de prévention en santé recensées sont rarement adaptées au contexte professionnel. Si une évaluation plus détaillée mériterait d'être réalisée, en évaluant notamment les frais de gestion du dispositif par les branches, des ajustements apparaissent indispensables. Hormis le financement des cotisations d'assurance santé pour certains publics (comme les apprentis), le maintien de l'action sociale dans le périmètre pourrait notamment être réinterrogé. Le dialogue entre les partenaires sociaux impliqués dans la gestion des institutions de prévoyance et ceux impliqués dans les dispositifs de santé au travail devrait aussi être développé. Les ajustements proposés mériteraient de s'inscrire dans une réflexion plus générale concernant les clauses de recommandation, que la mission n'a pas eu les moyens de conduire.

Recommandation n°10 Réformer le dispositif du degré élevé de solidarité après une évaluation plus approfondie de sa mise en œuvre.

Au-delà des actions de prévention et de leur financement précédemment cité, les organismes d'assurance santé pourraient contribuer, en lien étroit avec les professionnels de santé et les acteurs de proximité chargés de la coordination, au financement de dispositifs ou programmes d'accompagnement nutritionnel, psychologique, d'éducation en santé, d'activité physique adaptée, de

prévention de la perte d'autonomie ou encore de maintien à domicile des personnes atteintes de maladies chroniques.

Les membres de la mission considèrent qu'en intervenant sur ces dispositifs et programmes d'accompagnement les organismes d'assurance santé n'ont pas vocation à structurer et coordonner les parcours de soins mais bien à en être des facilitateurs. La mise en place des parcours pré-ALD pourrait constituer un premier jalon pour impliquer les organismes d'assurance santé dans les parcours préventifs. Dans ce cadre, il pourrait être visé un financement au premier euro de certaines prestations délivrées par diverses professions

Une telle évolution implique toutefois de s'inscrire dans une gouvernance renouvelée (cf. 3.1.2) et dans des relations fondées sur la confiance avec les professionnels concernés et l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ ambulatoire.

Recommandation n°11 Reconnaître aux organismes d'assurance santé un rôle et une place dans le financement et le déploiement de dispositifs d'accompagnement et de prévention en appui des missions des professionnels de santé non médicaux.

3.3.2 Renforcer le partage de données entre AMO et organismes d'assurance santé à des fins de prévention en santé tout en contrôlant l'absence de sélection des risques en fonction de l'état de santé par les ODAS

L'accès aux données de santé constituera demain un enjeu majeur pour tous les acteurs de santé et pour les organismes d'assurance santé dans l'exercice de missions élargies. Les organismes d'assurance santé soulignent l'importance de développer les échanges de données au service de la prévention en santé, en particulier s'agissant d'actions de prévention secondaire. Si la loi du 25 juin 2026 ouvre de nouvelles possibilités pour l'accès aux données des ODAS, elle ne couvre toutefois pas les échanges de données au titre de la prévention (voir encadré ci-après).

Encadré 11 : Les dispositions de la loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales sur l'accès aux données par les organismes complémentaires

L'article 21 de la toute récente loi n°2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales a constitué une avancée significative en la matière : celui-ci autorise les organismes complémentaires à traiter les données à caractère personnel relatives à la santé de leurs assurés et ayants droits couverts par un contrat d'assurance, pour trois finalités :

(1) le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans le cadre de ces contrats, y compris dans le cadre du tiers payant ;

(2) le contrôle et la vérification du respect des contrats couvrant les assurés et leurs ayants droit et des conventions souscrites avec les professionnels et les organismes ou les établissements de santé ;

(3) la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice.

D'après la CNIL, le traitement de données personnelles de santé pour l'organisation d'actes de prévention n'apparaît ni couvert ni interdit par cet article. Pour pouvoir mettre en œuvre un tel traitement, l'OC devra s'assurer de sa licéité en recherchant une base légale (article 6 RGPD) éventuellement combinée à une exception de l'article 9 du RGPD (par exemple le consentement des personnes concernées) si des données sensibles telles que les données de santé sont utilisées. Une attention particulière devra également être portée au respect du secret professionnel par les personnes qui en sont dépositaires (professionnels et établissements de santé ainsi que, en application de l'article 21, le personnel des OC chargé de la gestion des remboursements des contrats de complémentaires santé) qui leur interdit de transmettre à des tiers non autorisés toutes informations protégées portées à leur connaissance. Au regard des conditions de validité du consentement posées par le RGPD et des règles d'application du secret professionnel, il semblerait préférable que ces traitements soient prévus par une disposition législative.

Dans ce cadre juridique, la mission recommande de développer l'accès aux données de prévention par les ODAS, en conditionnant l'accès aux données individuelles au consentement des assurés.

La mission préconise de développer l'accès par les ODAS à certaines données de santé portant sur des actes de prévention, dont la nature serait définie dans le cadre de l'instance de concertation évoquée *supra*. Par rapport à l'assurance maladie, les ODAS ont en effet la capacité d'adresser des messages de prévention plus différenciés en fonction de l'entreprise ou de la branche professionnelle, ou encore d'adresser des messages de prévention adaptés aux caractéristiques de leur population d'assurés. Ainsi, la mise à disposition de données sur quelques indicateurs clés permettrait aux ODAS de relayer plus efficacement certaines actions de prévention de l'assurance maladie ou certains messages de prévention primaire.

À titre d'exemple, alors qu'en moyenne seul un tiers des assurés invités à participer au programme organisé de dépistage du cancer colorectal réalisent effectivement leur test, la transmission annuelle, par l'assurance maladie, aux organismes d'assurance santé, du taux de recours observé à l'échelle de leur portefeuille d'assurés leur permettrait de mieux cibler leurs actions de prévention et ensuite d'en évaluer les effets. Une transmission des données individuelles pourrait également être envisagée, s'agissant de ces indicateurs-clés relevant des politiques prioritaires (vaccination, dépistages, etc.), notamment afin de permettre des actions de relance personnalisées, sous réserve du consentement explicite des assurés et du respect des garanties applicables en matière de protection des données personnelles.

D'un point de vue opérationnel, la capacité de l'assurance maladie à générer des données de prévention pour les ODAS, que ce soit au niveau individuel ou agrégé, suppose au préalable que celle-ci dispose de bases de données à jour et complètes comportant l'ODAS de l'ensemble des assurés disposant d'une complémentaire santé ; cette mesure, également nécessaire pour des questions de simplification et de lisibilité par les assurés, est détaillée en partie 3.5.

De la même manière, afin de conforter le rôle des ODAS dans le champ de la prévention en entreprise et du maintien en emploi, la liste des assurés avec des arrêts de travail d'une durée supérieure à un mois devrait être transmise aux organismes de prévoyance, dans un cadre sécurisé respectueux du secret médical. Cela permettrait aux ODAS de pouvoir proposer leurs offres d'accompagnement de manière proactive aux salariés concernés. Les ODAS pourraient en retour informer les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) animées par les services de prévention et de santé au travail (SPST) des accompagnements engagés. Cette dernière disposition nécessiterait très probablement un vecteur législatif.

Recommandation n°12 Favoriser le partage de données de santé portant sur les actes et interventions de prévention avec les ODAS, sous réserve du consentement de l'assuré, pour les données individuelles.

Afin de répondre aux inquiétudes des acteurs concernant l'utilisation et la sécurisation de ces données, la mission estime indispensable d'accompagner ce nouvel accès aux données de deux garanties. D'une part, les organismes d'assurance santé devront respecter le niveau élevé d'exigence en matière de sécurité des systèmes d'information et de protection des droits des personnes concernées conformément aux principes posés par l'art. 21 de la loi du 25 juin 2026[84]. D'autre part, et surtout, le principe d'interdiction de toute tarification fondée sur l'état de santé ou sur les données de santé des assurés doit être réaffirmé. Il apparaît nécessaire d'inscrire plus clairement dans la loi l'interdiction de la tarification en fonction de l'état de santé par les ODAS. Les informations issues du Système national des données de santé (SNDS), comme celles détenues par les ODAS, ne sauraient être utilisées, directement ou indirectement, pour moduler les cotisations, restreindre les garanties ou refuser une adhésion.

[84] Celle-ci dispose que les OC mettent en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau élevé de sécurité ainsi que la protection des droits des personnes concernées.

Les inquiétudes régulièrement exprimées sur ce sujet procèdent en partie d'une confusion entretenue dans l'opinion publique entre l'assurance complémentaire en santé, fondée sur un principe de mutualisation des risques, et l'assurance emprunteur, dont la tarification repose traditionnellement sur une évaluation individualisée du risque. Il importe de lever toute ambiguïté : l'accès aux données de santé ne peut avoir pour finalité que l'amélioration de la prévention, de la qualité des prises en charge, de l'évaluation des politiques de santé et de la gestion du risque collectif, à l'exclusion de toute utilisation à des fins de sélection des risques ou de tarification individuelle.

Réaffirmer ce principe pour interdire explicitement la tarification en fonction de l'état de santé pour l'ensemble des contrats d'assurance en santé et organiser les modalités de ce contrôle et des sanctions dissuasives apparaît ainsi nécessaire pour conforter la confiance des acteurs. Deux autorités apparaissent compétentes pour contrôler cette interdiction. D'une part, la CNIL dispose de pouvoirs de contrôle[85], et, le cas échéant, de sanctions, pour s'assurer que les traitements de données mis en œuvre par les responsables, tels que les ODAS, sont mis en œuvre conformément au RGPD, à la loi informatique et liberté ainsi qu'à toute autre réglementation sectorielle. D'autre part, l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) pourrait réaliser des contrôles concernant l'absence de tarification en fonction de l'état de santé, comme elle l'a fait pour le passé pour les contrats d'assurance emprunteur à la suite de l'entrée en vigueur de la loi Lemoine. Cela supposerait que l'ACPR priorise ces contrôles au même titre que le contrôle de solvabilité des organismes.

Encadré 12 : Les dispositions juridiques actuelles limitant la tarification en fonction de l'état de santé

A l'heure actuelle, l'interdiction de tarification en fonction de l'état de santé est posée pour les contrats solidaires (article L. 862-4 du CSS), qui concernent plus de 96 % du marché. Pour les contrats collectifs, l'article 2 de la loi Evin impose la prise en charge des états pathologiques antérieurs et interdit les exclusions médicales dans les contrats concernés. Enfin, l'article 6 de la loi Evin interdit aux organismes assureurs de faire évoluer les tarifs en fonction de l'état de santé après l'adhésion. Mais ces interdictions ne font l'objet d'objet d'aucun contrôle.

Recommandation n°13 Inscrire dans la loi l'interdiction de sélection du risque selon l'état de santé pour tous les contrats d'assurance santé, en l'assortissant d'une politique de contrôle.

3.3.3 Apparier les données des ODAS avec le SNDS et normaliser l'accès des ODAS au SNDS pour faciliter les études et évaluations

En application de l'article L. 1461-3 du code de la santé publique, les organismes complémentaires et les industriels des produits de santé sont tenus, pour accéder aux données du système national des données de santé (SNDS) :

- soit de démontrer que les modalités de mise en œuvre du traitement de données rendent impossible toute utilisation des données pour les deux finalités « interdites » du SNDS : la promotion de produits de santé et la tarification au risque ;
- soit de recourir à un laboratoire de recherche ou à un bureau d'études pour réaliser le traitement.

La démonstration d'absence d'utilisation des données pour les finalités interdites s'avère très difficile, et les organismes concernés doivent dans les faits recourir à un intermédiaire pour accéder à ces données.

[85] I et g du 2° du I de l'article 8 et article 19 de la loi Informatique et Libertés.

Les représentants des organismes complémentaires rencontrés par la mission sont demandeurs d'un accès de droit commun aux données de santé anonymisées du SNDS[86], notamment afin de pouvoir évaluer l'impact des actions de prévention qu'ils déploient et d'étudier la couverture des dépenses de santé et le reste à charge pour leurs assurés.

Encadré 13 : La procédure de droit commun d'accès au SNDS (hors accès permanent)

En dehors des organismes disposant d'un accès permanent, la procédure de droit commun pour accéder aux données, pour chaque étude n'impliquant pas de recherche sur la personne humaine est la suivante :

- un projet qui répond aux finalités d'intérêt général du SNDS[87] ;
- un avis du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES) ;
- une autorisation de la commission nationale pour l'informatique et les libertés (CNIL).

Le responsable de traitement n'est autorisé à accéder aux données du système national des données de santé et à procéder à des appariements avec ces données que dans la mesure où ces actions sont rendues strictement nécessaires par les finalités des traitements.

L'inscription dans la loi de l'interdiction de tarification en fonction de l'état de santé et la mise en place d'une politique de contrôle du respect de cette interdiction constitueront des garanties supplémentaires d'une utilisation des données à des fins autorisées.

Dans le même temps, les organismes d'assurance santé devront s'engager résolument dans la mise en œuvre de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique qui prévoit depuis 2016 que le SNDS est alimenté par un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire. De premiers appariements ont été réalisés (par exemple, le projet ARAC, dans le cadre de la plateforme des données de santé, ou le projet de la FNMF « Mutuelles Data »), mais l'appariement des données des ODAS avec le SNDS n'a pas été engagé, et celui-ci apparaît indispensable pour que la DREES puisse mener des études plus complètes et plus fines sur la couverture santé et les restes à charge. La mise en œuvre de cette disposition sera d'autant plus nécessaire en cas d'évolution du panier de soins vers des prestations prises en charge au premier euro par les ODAS, comme proposé dans le présent rapport.

Recommandation n°14 Compléter le SNDS avec les données de remboursement des ODAS et aligner la procédure d'accès au SNDS des ODAS sur le droit commun.

3.3.4 Engager une action concertée sur le registre de la lutte contre la fraude, en s'appuyant sur les possibilités ouvertes par la loi fraude de juin 2026

En dépit d'un enjeu partagé en termes de lutte contre la fraude, notamment s'agissant de la fraude organisée, il n'existe pas de stratégie concertée entre AMO et AMC dans ce domaine, et les échanges d'informations sont restés très limités, compte-tenu notamment du cadre juridique. La loi relative aux fraudes sociales et fiscales, qui prévoit explicitement que les OC peuvent accéder à des données de santé à des fins de contrôle, permet désormais d'engager une telle coopération.

[86] Le SNDS constitue un appariement des données de remboursement de l'Assurance Maladie en ville (base SNIIRAM) et à l'hôpital (base PMSI), des données des causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm), et, de manière progressive, des données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA).

[87] Ces finalités sont listées au III. de l'article L.1461-1 du code de la santé publique : (1) l'information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins, la prise en charge médicosociale et leur qualité ; (2) la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ; (3) la connaissance des dépenses de santé, des dépenses d'assurance maladie et des dépenses médico-sociales ; (4) l'information des professionnels, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ; (5) la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires ; (6) la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

Les dirigeants de CPAM et d'OC réunis par la mission lors d'un atelier d'idéation ont formulé les propositions suivantes, que la mission endosse :

- définir des objectifs communs et un plan d'action partagé sur la gestion du risque et la lutte contre la fraude, avec des engagements formalisés. Dans ce cadre, un des objectifs prioritaires devrait être de passer du contrôle *a posteriori* à la détection *a priori*, notamment dans le tiers payant, avant validation du paiement. Des partages des algorithmes de détection des fraudes devraient également être recherchés ;
- développer une méthode de travail par cas d'usage concrets, en visant en priorité les secteurs de l'optique, de l'audioprothèse, du dentaire. Le contrôle du respect de l'OPTAM par les médecins est également identifié comme piste de coopération ;
- créer une plateforme technique pour le partage de données AMO/AMC sur les sujets de lutte contre la fraude. Celle-ci devra permettre d'identifier en temps réel les organismes d'assurance santé des assurés concernés par la fraude et adresser automatiquement à ces ODAS les listes de préjudice patient par patient ;
- adosser cette plateforme à une gouvernance opérationnelle associant l'AMO, les ODAS à un échelon technique (par exemple, à travers l'association inter-AMC) ainsi que le GIE Sésame-Vitale.

Recommandation n°15 Définir un plan pluriannuel d'actions concertées AMO/ODAS pour la lutte contre la fraude ; créer une plateforme d'échange de données sur la lutte contre la fraude.

3.4 Redonner des marges de liberté aux acteurs tout en protégeant mieux certaines situations

3.4.1 Donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs

Les organismes d'assurance santé, les bénéficiaires de contrats, les employeurs, doivent bénéficier de marges de manœuvre dans le cadre du contrat essentiel, en mobilisant tous les outils visant à contenir le prix des contrats tout en laissant une marge suffisante aux ODAS pour accomplir leurs missions.

Les ODAS doivent pouvoir proposer des dispositifs plus incitatifs, pour leurs assurés ou adhérents, à s'inscrire dans des parcours de prévention et introduire la possibilité de bonus sous forme de réduction des primes à ceux de leurs assurés respectant, par exemple, les parcours de dépistage de certaines pathologies notamment oncologiques. Pour faire de l'entreprise un lieu vecteur de santé et de prévention, il conviendrait de compléter la logique de responsabilité par une logique d'incitation à l'instar du modèle AT-MP qui pourrait être, à cet égard, une source d'inspiration : les entreprises qui améliorent objectivement la santé de leurs salariés devraient pouvoir bénéficier de mécanismes de reconnaissance ou de partage des gains. De nouveaux mécanismes similaires appliqués à la prévention, à la santé en entreprise, au maintien en emploi ou à certaines transitions rendues nécessaires par l'évolution de l'état de santé pourraient être imaginés. Cela permettrait de rapprocher des politiques encore trop cloisonnées entre santé, prévention, emploi et formation.

Par ailleurs, la possibilité pourrait être ouverte aux ODAS, dans une logique de plus grande liberté, de mettre en place une franchise sur les contrats qu'elles proposent, sur tout ou partie du panier de soins (ville et hôpital), par exemple en laissant à la charge de l'assuré quelques euros sur tel ou tel acte ou prestation du panier de soins essentiels en ville, ou en ne remboursant pas le forfait journalier des premiers jours d'une hospitalisation. Cette franchise serait optionnelle, mais ne ferait pas perdre les avantages fiscaux et sociaux du contrat « essentiel » lorsqu'elle y serait intégrée. Elle présenterait l'avantage pour les assurés qui le souhaitent de faire baisser un peu le montant de leurs primes.

Cette démarche devrait être encadrée et évaluée car elle peut présenter certains risques. D'une part, les franchises pourraient peser davantage sur les ménages en moins bonne santé, et donc sur les plus âgés, à l'instar des franchises existantes [88]. D'autre part, elles pourraient conduire à des effets de démutualisation sur le marché des contrats complémentaire individuels.

Recommandation n°16 Introduire la possibilité pour les ODAS d'expérimenter un bonus prévention (incitations financières en cas de respect de parcours prévention) et ouvrir la possibilité de franchises sur les garanties des ODAS.

3.4.2 Mieux protéger certains risques ou certaines populations

La prévoyance reste inégalement déployée au sein des entreprises, avec des logiques souvent peu cohérentes – meilleure protection des cadres, hétérogénéité des garanties selon les entreprises et les branches, sur-couverture du risque décès pour certaines catégories de population. Une partie des actifs reste dépourvue de garanties suffisantes face aux conséquences financières d'un arrêt de travail de longue durée, d'une invalidité ou d'un décès.

La coexistence d'un déploiement incomplet de la prévoyance et d'une généralisation de la complémentaire santé est paradoxale :

- d'une part, la santé, qui n'est pas un risque spécifiquement lié au travail, est mieux couverte que la prévoyance qui couvre des risques directement liés à l'activité professionnelle (arrêt de travail, incapacité) ;
- d'autre part, la valeur ajoutée des ODAS dans la gestion du risque d'arrêt maladie en entreprise est importante : l'ODAS connaît l'entreprise et ses salariés et est à même de déployer des actions de prévention adéquates pour atténuer ce risque.

Une meilleure couverture des risques d'incapacité, d'invalidité et de décès permettrait de renforcer la protection des salariés, en donnant aux ODAS les moyens de développer une véritable politique de prévention.

À ce titre, la mission estime que la couverture prévoyance, dans la nouvelle architecture du système de santé, doit être généralisée à l'ensemble des salariés. À l'instar de la généralisation de la complémentaire santé intervenue en 2016, l'instauration progressive d'un socle minimal de garanties permettrait de renforcer la solidarité entre les salariés, de mieux mutualiser les risques et de limiter les ruptures de revenus consécutives à une incapacité, une invalidité ou un décès.

Une négociation nationale interprofessionnelle pourrait fixer un socle minimal de garanties commun à l'ensemble des salariés, tout en laissant aux branches professionnelles la faculté de prévoir des niveaux de protection plus élevés.

La mission ne méconnaît pas l'impact d'une telle disposition sur le coût du travail dans les branches ou entreprises non couvertes actuellement, mais considère que les propositions qu'elle formule conduiront à mieux réguler la dépense de santé et d'arrêts de travail des salariés, engendrant un impact positif sur le coût des couvertures pour les employeurs.

Recommandation n°17 Généraliser, dans le cadre de la négociation collective, une couverture minimale de prévoyance pour l'ensemble des salariés.

Par ailleurs, **la hausse importante des primes des contrats d'assurance santé concerne plus particulièrement les plus âgés**, ces dernières années, et cette charge devient de plus en plus difficile à assumer pour les plus modestes d'entre eux. Il est à noter que depuis une dizaine d'années, se sont

[88] Voir par exemple le dossier de la DREES n° 135 (« Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? », 2026) qui montre que le relèvement des franchises médicales ou des participations forfaitaires pèse davantage sur les premiers déciles de revenu, en proportion de leur revenu.

développées des mutuelles communales, les mairies se plaçant en facilitateur de la négociation d'un contrat groupe. Le dispositif mériterait d'être évalué et analysé quant à ses effets sur les assurés.

Pour répondre à cet enjeu spécifique aux retraités modestes, plusieurs options sont possibles :

- une première solution consisterait à jouer sur les paramètres de la C2S, soit en mettant en place une tranche de C2S supplémentaire, destinée aux séniors, soit en relevant le seuil de la C2S au niveau, par exemple, du seuil de pauvreté ;
- une deuxième solution consisterait à corriger les effets de démutualisation en agissant sur la fiscalité des contrats responsables et collectifs : à isocoût pour les finances publiques, on pourrait ainsi imaginer de limiter un ou plusieurs des avantages fiscaux associés aux contrats des actifs, en réinjectant les économies générées dans une baisse généralisée de la TSA, ce qui mécaniquement ferait baisser le montant des cotisations des contrats individuels des seniors ;
- une troisième solution passerait par la création d'un mécanisme de mutualisation entre ODAS, selon que leur portefeuille compte plus ou moins de retraités, notamment modestes, par un accord de place qui permettrait aux ODAS de définir en liberté le degré et le niveau de mutualisation possible.

La première solution consiste à accentuer la place prise par les acteurs publics dans le financement de soins relevant ordinairement du panier des complémentaires. Elle crée un besoin de financement public supplémentaire en accentuant les mécanismes liés à la solidarité nationale, avec un impact haussier sur la fiscalité et les dépenses publiques. En outre, elle complexifie l'architecture du système, notamment dans le cas où une tranche spécifique de C2S serait créée uniquement pour les séniors. Ces deux effets ne répondant aux principes que s'est fixée la mission, elle ne constitue donc pas une piste privilégiée par la mission.

La seconde solution consisterait à abaisser certains des avantages fiscaux bénéficiant aujourd'hui aux actifs souscrivant à un contrat complémentaire ainsi qu'aux employeurs. Le tableau ci-dessous montre approximativement l'ampleur des baisses de TSA qui seraient permises par la suppression de certains avantages sociaux ou fiscaux bénéficiant aux contrats des actifs.

Tableau 6 : Évaluation des baisses de TSA (en points) permises par la suppression de certains avantages sociaux et fiscaux bénéficiant aux contrats des actifs

Nature de la mesure	Rendement (en M€)	Baisse possible de TSA (en pts)
Suppression des avantages fiscaux	1 240	-3
Suppression totale de l'exemption de cotisations sociales	2 400	-5
Rétablissement d'un forfait social à 20 %	1 800	-4

Source : Mission, chiffrages des rendements DREES et IGAS, calculs mission pour les taux de TSA. Les baisses constituent un ordre de grandeur.

En l'état actuel des finances publiques, cette option est peu réaliste : les économies réalisées par la suppression d'une niche fiscale iraient vraisemblablement prioritairement abonder le budget de l'État et la réduction du déficit public. S'agissant de la niche « sociale », sa suppression contreviendrait à l'objectif de déploiement généralisé de la prévoyance en entreprise, que la mission recommande par ailleurs.

Aussi, la mission préconise prioritairement la mise en place d'un accord de place qui acterait la création d'un fonds de péréquation alimenté par une contribution sur tous les contrats santé et qui permettrait aux ODAS d'octroyer aux seniors les plus modestes des contrats à moindre coût, en ciblant toutefois les premiers déciles de revenus. Cette solution, basée sur la souplesse et la responsabilisation des acteurs face à un phénomène de segmentation croissante du marché, constitue une opportunité pour les acteurs d'auto-réguler les effets de bord du système sur les plus fragiles, tout en évitant des solutions administrées. À défaut de cet accord de place, la piste d'une C2S séniors pourrait s'imposer dans le débat et devenir incontournable.

Par ailleurs, la piste d'un relèvement de la CSG pour les retraités doit rester sur la table, au moins au taux applique aux revenus d'activité, compte tenu par ailleurs des disparités constatées en matière de taux d'effort global entre actifs et retraités.

Recommandation n°18 Instaurer par accord de place un fonds de mutualisation visant à introduire une péréquation entre actifs et retraités modestes pour réduire le coût des contrats de complémentaire de ces derniers ; à défaut, étudier l'option de la mise en place d'une C2S séniors.

En complément des actions engagées vis-à-vis des retraités modestes non éligibles à la C2S, il convient de renforcer les actions de lutte contre le non-recours à la C2S, en particulier participative. La DREES estimait ainsi que, en 2021, seul un tiers des personnes éligibles à la C2S participative avaient effectivement souscrit au dispositif. Si le taux de recours a vraisemblablement augmenté depuis[89], il est probable que de nombreuses personnes éligibles ne bénéficient pas du dispositif.

Des actions structurantes ont été engagées au cours des dernières années, notamment *via* l'attribution automatique de la C2S aux primo-demandeurs du RSA et la mise en place d'une présomption d'éligibilité à la C2S pour les nouveaux bénéficiaires de certains minima sociaux (dont le minimum vieillesse) ainsi que du pré-remplissage des déclarations de ressources grâce à l'utilisation des données fiscales et sociales. Par ailleurs, la CNAM réalise de manière récurrente des actions de communication et d'aller vers auprès des publics modestes.

Une accentuation des actions vers les publics potentiellement éligibles à la C2S participative pourrait cependant être envisagée, notamment par l'intensification de la communication vers les pensionnés modestes, en coopération avec les caisses de retraite. Les croisements entre bases de données pourraient également être mobilisés dans cet objectif.

Recommandation n°19 Intensifier les actions de lutte contre le non-recours à la C2S participative.

3.5 Renforcer la lisibilité et la transparence, simplifier les dispositifs présidant à la couverture santé

3.5.1 Simplifier et harmoniser les règles de participation financière à l'hôpital

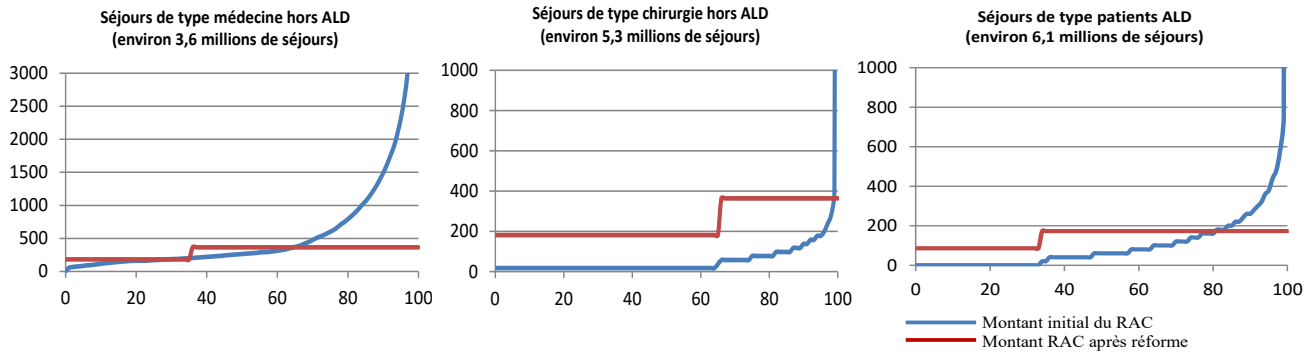
On a vu précédemment (partie 1. 4.3) que les règles de calcul des participations des patients en établissement de santé étaient particulièrement complexes, illisibles, et inéquitables pour des situations proches. Outre le fait que les assurés ne mesurent pas les coûts des prestations des soins hospitaliers, ces règles génèrent des montants de reste à charge après intervention de l'assurance maladie pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros, y compris pour des patients en ALD. Si ces sommes sont absorbables pour la grande majorité des patients disposant d'une complémentaire santé, elles mettent en difficulté des patients sans complémentaire santé, et conduisent à des créances non recouvrées pour les établissements de santé, coûteuses en gestion. Enfin, ces règles restent assises sur la durée de séjour en hospitalisation complète, ce qui contribue à la diminution structurelle du financement des établissements de santé par les ODAS (hors chambres particulières). Ainsi, une réforme de ces règles est nécessaire.

Une réforme étudiée par l'administration en 2018, se traduisait par une suppression du ticket modérateur, du forfait journalier et de la participation forfaitaire de 32€. À la place, une participation forfaitaire par séjour était créée : elle était différenciée selon les champs d'activité et selon le type d'hospitalisation (complète/ambulatoire), mais identique quel que soit le secteur.
Deux sous-scénarios avaient été approfondis en 2018 : 1) l'application d'un forfait identique pour les patients en ALD ou sans ALD[90], ce qui se traduisait à l'époque par un forfait de 139€ en hôpital de jour

[89] Le nombre de bénéficiaires de la C2S participative est ainsi passé de moins de 1,5 M à près de 1,8 M de personnes entre 2023 et 2025.
[90] Avec maintien d'une exonération de participation pour les maternités et les patients en AT-MP.

(HDJ) et 278€ en hospitalisation complète (HC) ou 2) une protection maintenue pour les ALD, avec un forfait inférieur d'environ 50 %, ce qui conduisait à un forfait de 182€ en HDJ et 364€ en HC pour les non-ALD (et respectivement 86€ et 173€ pour les ALD).
Selon les chiffrages de 2018, ces deux scénarios généraient des effets redistributifs au sein du système, en faveur des assurés en contrats individuels et en défaveur des CHU (perte d'en moyenne 3 M€ de recette). Les graphiques ci-dessous illustrent l'impact sur la distribution des restes à charges post AMO des patients.

Graphique 14 : Impact d'une réforme de forfaitisation des participations des patients en établissement de santé sur la distribution des restes-à-charges post AMO, en 2018 (avec un forfait de 50 % pour les ALD)



Source : Direction de la sécurité sociale.

De nouveaux chiffrages mériteraient d'être réalisés sur des données récentes, compte tenu des impacts redistributifs pour les patients mais aussi entre établissements, ainsi qu'une étude de faisabilité sur leur mise en œuvre. La mission considère en outre que les suppléments pour chambre particulière auraient vocation à intégrer ces forfaits.

Sans attendre de réforme structurelle de plus grande ampleur qui aurait bien sûr les faveurs de la mission, les règles des participations hospitalières actuelles ne favorisent guère la mutation des séjours avec hébergement vers d'autres formes de prises en charge, de jour ou à domicile, mouvement pourtant inéluctable lié aux demandes des patients, aux progrès techniques et thérapeutiques et aux offres ambulatoires en développement. Il serait donc intéressant d'étudier la mise en œuvre de mécanismes financiers d'incitation à la transformation, versés aux établissements hospitaliers avec hébergement, qui viendraient valoriser chaque journée d'hospitalisation conventionnelle transformée en un autre mode de prise en charge ambulatoire, la qualité et la sécurité ne devant bien évidemment pas être sacrifiées au nom d'économies possibles. Certains de ces mécanismes incitatifs pourraient être versés par les ODAS, élargissant ainsi leur rôle dans le financement des parcours hospitaliers.

Recommandation n°20 Réformer les règles de participation financière à l'hôpital en les simplifiant et en les plafonnant ; étudier la mise en œuvre d'un dispositif incitatif à la réduction de l'hébergement hospitalier.

3.5.2 Améliorer et simplifier la facturation auprès des ODAS

Quatre axes peuvent contribuer à améliorer et à la simplifier la facturation auprès des ODAS.

Tout d'abord, une meilleure association des professionnels de santé à la définition des règles de tiers payant et une plus grande transparence sur son fonctionnement sont souhaitables. Ainsi, les représentants des professionnels libéraux (à travers l'UNPS) mériteraient d'être davantage associés lors de l'élaboration des normes de tiers payant en ville, par exemple auprès de l'inter-AMC. Les modalités de contractualisation, les modalités de recours, en cas de rejet des paiements, pourraient, entre autres sujets, être davantage concertés. Cette logique de concertation pourrait également s'étendre aux

relations avec les plateformes de gestion des réseaux de soins, qui sont souvent des opérateurs de tiers payant, et avec lesquels une partie des professionnels contracte.

Une plus grande transparence sur les indicateurs du tiers payant devrait également être développée, pour renforcer la confiance des acteurs : des indicateurs clés devraient être publiés régulièrement, pour chaque acteur proposant des services de tiers payant (ODAS, plateformes de gestion, organismes concentrateurs techniques), et, au niveau agrégé, par l'inter-AMC (en les croisant avec les données de l'assurance maladie). Ces indicateurs devraient notamment intégrer le taux de couverture des ODAS et des assurés, l'adoption (ou non) des normes de tiers payant par les ODAS, le taux d'équipement des logiciels intégrant les normes de tiers payant, des indicateurs de qualité de service des plateformes d'accompagnement des professionnels de santé, etc.

Deuxièmement, l'adoption des normes et services de tiers payant par les éditeurs de logiciel reste progressive, et parfois insuffisamment rapide par rapport aux échéances conventionnelles ou normatives. Les normes de tiers payant complémentaire sont pourtant désormais intégrées au sein du cahier des charges Sésame-Vitale et de la certification par le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA), au même titre que les services de l'AMO. La fixation dans la loi d'un délai maximal pour l'intégration de ces évolutions par les éditeurs mériterait d'être étudiée.

Troisièmement, il est également nécessaire d'accélérer l'adoption par les ODAS des normes du tiers payant, et de la rendre opérante pour l'ensemble des ODAS. Le projet ROC illustre l'importance de l'intégration par les ODAS des normes afférentes et de l'adaptation de leurs SI. Une réflexion sur le statut de l'inter-AMC mériterait ainsi d'être engagée, pour étudier si sa transformation en GIE poursuivant une mission de service public serait susceptible de faciliter l'adhésion de l'ensemble des complémentaires santé, dans le respect du droit de la concurrence. L'option d'un rapprochement avec le GIE Sesam-Vitale pourrait également être étudiée.

Enfin, dans les configurations où le tiers payant généralisé n'est pas pratiqué, il est nécessaire que le flux entre AMO et AMC soit systématique, pour simplifier les remboursements pour les assurés. Ainsi, lorsque la carte vitale est utilisée, l'envoi d'une feuille de soins à l'assurance maladie déclenche un flux vers l'ODAS de l'assuré, pour le remboursement.

Cette transmission est actuellement faite dans un grand nombre de cas, sans qu'elle soit systématique, pour deux raisons. D'une part, les informations contenues dans les bases de l'assurance maladie concernant les organismes complémentaires des assurés sont actuellement parcellaires : une étude réalisée en 2021 montrait que dans 20 % des cas, l'OC n'était pas enregistré[91]. Il importe que l'assurance maladie puisse disposer d'une base complète et actualisée, pour la transmission de ces flux mais également pour nourrir les échanges de données avec les complémentaires (cf. supra). De manière opérationnelle, l'intégration des données de l'application Carte vitale (qui devrait intégrer prochainement le nom de l'ODAS) tout comme l'intégration des annuaires existant chez les ODAS pourrait le permettre. D'autre part, il est nécessaire que l'ensemble des ODAS acceptent le flux NOEMIE et cette règle devrait s'imposer pour tout organisme s'engageant dans la couverture santé.

Recommandation n°21 Mieux associer les professionnels de santé à la définition des règles du tiers payant ; accélérer l'adoption des normes par les éditeurs et les ODAS.

[91] Dans 1 % des cas, le flux d'adressage vers l'OC (flux NOEMIE) ne pouvait pas non plus être transmis en raison d'un chevauchement de contrats complémentaires.

3.5.3 Renforcer la transparence des dépenses des ODAS, y compris sur les frais de gestion et l'information des assurés

Le rapport annuel du gouvernement au Parlement sur la situation financière des OC[92], réalisé par la DREES, constitue une précieuse source d'information qui devrait être enrichie sur plusieurs volets :

- Par une plus grande visibilité sur les dépenses de prévention engagées par les ODAS (cf. partie 3.3). Ainsi, la DREES pourrait mener régulièrement une enquête auprès des ODAS, contribuant à objectiver leur action, dans le prolongement de l'enquête flash élaborée avec la mission. Celle-ci permettrait notamment d'identifier la nature des dépenses de prévention réalisées et de mesurer les engagements réalisés au regard des priorités de prévention ;
- Par une meilleure visibilité sur les frais de gestion, en isolant en leur sein les dépenses de prévention en santé, ainsi que les frais de gestion liés aux intermédiaires. Ceci pourrait être obtenu soit par une exploitation plus fine des comptes des ODAS transmis à l'ACPR, soit par une modification de la nomenclature comptable ;
- Par un suivi annuel des tarifs des contrats essentiels proposés *supra*, sur un échantillon représentatif d'ODAS.

Par ailleurs, l'information des assurés mériterait d'être renforcée. En premier lieu, aucun bilan complet n'a été dressé sur le respect de l'information des adhérents et souscripteurs sur le ratio prestations/cotisations et sur le montant des frais de gestion, tels que prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. La réalisation d'un tel bilan pourrait être confié au comité consultatif du secteur financier (CCSF), appuyé par un bilan de l'ACPR s'agissant du contrôle des informations dans les documents contractuels et de la caisse nationale des Urssaf sur les redressements de taux de TSA en cas de non-respect de ces obligations d'informations. Un enrichissement de l'information précontractuelle fournie par les ODAS pourrait être proposé à l'issue de ce bilan, notamment sur la décomposition des frais de gestion et leur évolution dans le temps. Les ODAS pourraient également prendre l'engagement de communiquer ces chiffres directement sur leur site internet et de manière accessible, y compris pour les contrats collectifs. À défaut, une telle obligation leur serait fixée dans les textes.

En second lieu, il conviendrait de **rendre plus visibles pour les assurés les dépenses réalisées à leur profit par les ODAS**, dans une logique de transparence et de responsabilisation sur le coût de la santé, dans la même logique que la démarche actuellement conduite par la CNAM pour sensibiliser les assurés sur le coût de leur prise en charge en santé. Ainsi, les ODAS pourraient s'engager à transmettre annuellement aux assurés un récapitulatif de l'ensemble des dépenses prises en charge par l'organisme complémentaire. La connaissance par chaque assuré de ses couts de santé apparait aux yeux de la mission comme un élément important de la responsabilisation de chacun dans l'usage de la dépense publique. Cela impose une information simple, complète, régulière et accessible à tous.

Enfin, la mission considère **qu'il est nécessaire de donner davantage de lisibilité au mécanisme des franchises** et participations forfaitaires de l'AMO. Dans le cadre d'une trajectoire financière visant à stabiliser voire rehausser la part des ménages dans le financement global de la dépense de santé, certains leviers pourraient être mobilisés : la piste d'une instauration de franchises sur les dispositifs médicaux et sur les soins dentaires, avancée récemment par la Cour des comptes, ainsi que de l'amélioration de leur recouvrement, pourrait être mobilisée.

Au-delà de l'objectif de lisibilité, se pose **le sujet de la responsabilisation de chacun** quant à l'usage de ce bien commun qu'est notre système de protection sociale. Les chiffres des déficits publics appellent à une prise de conscience des risques qui pèsent sur la pérennité de notre couverture santé très protectrice et sur nos possibilités financières à financer les progrès scientifiques. L'espoir de pouvoir guérir demain certaines maladies invalidantes et mortelles impose quelques efforts sur les maux du quotidien.

[92] Ce rapport est prévu à l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale.

S'agissant de l'AMO, le dispositif de remboursement actuel, mêlant tickets modérateurs (à des taux différents) et franchises ou participations forfaitaires, est complexe, illisible et difficilement pilotable. La mission considère qu'une option alternative de franchise annuelle, plus transparente, s'appliquant également aux personnes ALD, à certains égards plus responsabilisante pour les assurés, pourrait être instruite. La mission n'en fait néanmoins pas une proposition, car elle considère qu'il s'agit d'un sujet distinct du contenu des propositions du présent rapport, qui peuvent et doivent être mises en œuvre comme un tout, sans que la question d'une réforme éventuelle des franchises n'y fasse obstacle.

S'agissant des ODAS, comme indiqué plus haut, la mission recommande d'introduire la possibilité de franchises optionnelles dans le contrat essentiel, pouvant porter sur les soins de ville ou sur les soins hospitaliers (notamment sur le forfait journalier).

Recommandation n°22 Enrichir le rapport annuel sur la situation financière des ODAS, renforcer l'information des assurés sur les frais de gestion des ODAS et sur les remboursements dont ils bénéficient de la part de leur organisme d'assurance santé.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinets ministériels

Cabinet du premier ministre

- M. Paul Bazin, chef du pôle social
- M. Sébastien Delescluse, conseiller santé
- M. Etienne Barraud, conseiller comptes sociaux
- M. Jean-Benoît Eyméoud, conseiller macroéconomie et politique publique

Cabinet de la ministre de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées

- Mme Lise Alter, directrice de cabinet
- Mme Jeanne Lanquetot-Moreno, directrice adjointe de cabinet
- M. Louis Culot, conseiller financement du système de santé et produits de santé

Cabinet du ministre des comptes publics

- M. Louis Nouaille-Degorce, conseiller

Parlementaires

- Mme Marie-Claire Carrère-Gée, sénatrice
- M. Thierry Frappé, député
- M. Jérôme Guedj, député
- M. Cyrille Isaac-Sibille, député

Administrations et opérateurs

Direction de la sécurité sociale

- M. Pierre Pribile, directeur
- Mme Delphine Champetier, cheffe de service
- Mme Capucine Grégoire, adjointe à la sous-directrice du financement du système de soins
- Mme Charlotte Legresy, cheffe du bureau des établissements de santé et établissements médico-sociaux
- Mme Marion Muscat, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Maroussia Perehinec, adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Marie-Agnès Pariat-Pommeray, cheffe du bureau de l'accès aux soins
- Mme Cécile Sache, adjointe à la cheffe du bureau de l'accès aux soins
- Mme Sylvaine Omatoko, bureau de l'accès aux soins
- Mme Fanny Chauviré, adjointe au sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire
- M. Romain Bey, adjoint à la sous-directrice des études et des prévisions financières
- M. Jean-Philippe Perret, chef du bureau de l'économie de la santé

- M. Bertrand Charbonner, bureau de l'économie de la santé
- Mme Claire Plouhinec, bureau de l'économie de la santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- M. Thomas Wanecq, directeur
- M. Franck Arnaud, sous-directeur des synthèses, des études économiques et de l'évaluation (SEEE)
- M. Bastien Virely, chef du bureau analyses des comptes de la santé (SEEE)
- M. Benoit Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance-maladie (OSAM)
- Mme Fanny Mikol, adjointe au sous-directeur OSAM
- M. Odran Bonnet, chef du bureau assurance maladie et dépenses de santé (OSAM)
- M. Alexandre Fauchon, bureau assurance maladie et dépenses de santé (OSAM)

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Julie Pougheon, cheffe de service
- Mme Céline Faye, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé
- M. Thomas Coone, adjoint à la sous-directrice du financement et de la performance
- M. Grégoire Laubie, chef du bureau de la synthèse budgétaire et financière
- Mme Olivia Branco, adjointe au chef du bureau de la synthèse budgétaire et financière
- Mme Camille Cotis, cheffe du bureau de l'efficience des établissements de santé
- M. Laurent Blart, adjoint à la cheffe du bureau de l'efficience des établissements de santé
- M. Rémy Faivret, chargé de mission facturation des établissements de santé

Direction générale du Travail (DGT)

- Mme Nathalie Vaysse, cheffe de service
- M. Vincent Jimenez, adjoint à la sous-directrice du dialogue social
- M. Quentin Boucher, chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise

Direction des affaires juridiques (DAJ) des ministères sociaux

- M. Frédéric Kervella, sous-directeur des politiques
- Mme Mélanie CEPPE, cheffe du bureau en charge des affaires européennes et internationales

Direction du budget

- Mme Elise Delaitre, sous-directrice des finances sociales
- M. David Bethoux, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé
- M. Aymeric Perrin, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

Direction générale du Trésor (DG Trésor)

- M. Rémy Mathieu, sous-directeur adjoint de la sous-direction politiques sociales et emploi (POLSOC)
- M. Rémi Monin, chef du bureau santé et comptes sociaux (POLSOC1)
- M. Philippe Guyonnet-Duperrat, sous-directeur de la sous-direction assurances, économie sociale et solidaire (ASSUR)
- M. Pierre Martin-Dussaud, adjoint au chef du bureau marché et produits d'assurance
- M. Matthieu Pequegnot, adjoint au chef du bureau marché et produits d'assurance

- M. Léonard Fleutot, adjoint à la cheffe du bureau entreprises et intermédiaires d'assurance

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam)

- M. Yann-Gaël Amghar, président
- Mme Catherine Pollack, secrétaire générale
- M. Philippe Guilbert, secrétaire général adjoint

Haute autorité de santé (HAS)

- M. Lionel Collet, président
- Mme Floriane Pelon, directrice de l'évaluation et de l'accès à l'innovation
- M. Alexandre Fonty, directeur de cabinet
- M. Cédric Carbonneil, chef du service d'évaluation des actes professionnels
- M. Hubert Galmiche, chef du service d'évaluation des dispositifs
- Mme Michèle Morin-Surroca, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

- Mme Evelyne Massé, première secrétaire générale adjointe
- Mme Barbara Souverain-Dez, directrice des affaires juridiques
- M. Vincent Jamet, adjoint à la directrice des affaires juridiques
- Mme Flor Gabriel, directrice du contrôle des assurances
- Mme Caroline De Hubsch-Goldberg, adjointe à la directrice du contrôle des assurances
- M. Rémy Lecat, direction d'étude et d'analyse des risques
- M. Jean Boissinot, direction d'étude et d'analyse des risques
- M. Taryk Bennani, direction d'étude et d'analyse des risques

Caisses de sécurité sociale

Caisse nationale d'assurance-maladie

- M. Thomas Fatome, directeur général
- Mme Jade Rivet, conseillère, cabinet du directeur général
- M. Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins
- Mme Manon Flandrois, directrice de cabinet de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- Mme Louise Mayer, directrice adjointe de cabinet de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- M. Damien Vergé, de la stratégie, des études et des statistiques
- M. Antoine-Mathieu Nicoli, directeur de la gestion des risques
- M. Grégoire de Lagasnerie, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques
- M. Gonzague Debeugny, chef de département
- Mme Stéphanie Deschaume, directrice de l'organisation de la production
- M. Victor Marais, directeur adjoint de l'organisation et de la performance de la production
- Mme Nina Vassilieff, responsable du département de la réglementation
- Mme Alice Blanchon, responsable adjointe du département des droits des assurés et prestations de santé

Mutualité sociale agricole

- Mme Magali Rascle, directrice déléguée aux politiques sociales
- Mme Christine Dechesne Ceard, directrice de la réglementation
- Mme Christine Jullien, directrice de cabinet
- M. Thibault Chauvel, directeur comptable et financier
- Mme Géraldine Etzol, responsable du département partenariats et conventions

Régime local d'Alsace-Moselle

- M. Jean-Martin Adam, président
- Mme Anne-Céline Freiss, directrice
- M. Jean-Claude Jully, directeur comptable et financier
- Mme Catherine Lukasek, responsable de service
- M. Tarek Khadir, fondé de pouvoir

Partenaires sociaux

MEDEF

- Mme Diane Milleron-Deperrois
- Mme Nathalie Buet, directrice de la protection sociale
- Mme Clara Tousch, directrice adjointe

CPME

- M. Thierry Grégoire, vice-président
- M. Philippe Chognard, responsable conditions de travail
- Mme Claire Richier, responsable affaires sociales

U2P

- M. Xavier Geoffroy, secrétaire général
- M. Laurent Boulangeat, président de la commission des affaires sociales, des relations du travail et de la parité
- M. Christian Pineau, chef du service protection sociale-relations du travail
- Mme Pia Nouaux, conseillère technique chargée des questions sociales

CFTC

- M. Léonard Guillemot, chef de file Famille, Santé, Financement et autonomie

UNSA

- M. Dominique Corona, secrétaire général adjoint, en charge de la protection sociale
- M. Camille Patthey, chargé de mission Protection sociale

CGT

- M. Denis Gravouil, secrétaire confédéral en charge des questions de protection sociale
- M. Alexis Jeamet, conseiller confédéral sur les questions de protection sociale- docteur en sciences politiques

Force ouvrière

- M. Frédéric Souillot
- M. Eric Gautron

Représentants des acteurs

Représentants des organismes complémentaires

France Assureurs

- Mme Florence Lustman, présidente
- M. Paul Esmein, directeur général
- Mme Cécile Malguid, directrice adjointe Santé

Fédération des institutions paritaires de protection sociale (FIPS)

- M. Jacques Creyssel, président
- M. Alain Gautron, vice-président
- M. Quentin Bériot, délégué général

Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)

- M. Eric Chenut, président
- Mme Séverine Salgado, directrice générale
- Mme Marianne Byé

Représentants des courtiers

- M. Christophe Hautbourg, directeur général de Planète CSCA
- M. Vincent Harel, vice-président de Planète CSCA

Fédérations hospitalières

Fédération hospitalière de France (FHF)

- Mme Zaynab Riet, déléguée générale
- Mme Cécile Chevance, responsable du pôle offres
- M. Marc Bourquin, conseiller stratégie

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- M. Lamine Gharbi, président
- M. Bertrand Sommier, secrétaire général
- Mme Marie Claire Viez, directrice stratégie

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

- M. Charles Guepratte, directeur général
- M. Arnaud Joan-Grangé, directeur de l'offre de soins et des parcours de santé
- Mme Blandine Vachon, directrice de l'observation et des études

Unicancer

- M. Jean-Yves Blay, président
- Mme Sophie Beaupère, déléguée générale
- Mme Sophie Baron, responsable de l'information médicale
- Mme Sophélia Picaud, directrice de cabinet
- Mme Anna Maurette, adjointe à la directrice de cabinet

Représentants des professionnels de santé

Union nationale des professionnels de santé (UNPS)

- M. Sébastien Guérard, président
- Mme Sarah Degiovani, secrétaire générale
- Mme Mathilde Guest, directrice générale

Représentants des médecins

Le BLOC/ Avenir Spé

- M. Philippe Cuq, président du Bloc
- M. Vincent Pradeau, président d'Avenir Spé

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

- M. Franck Devulder, président
- M. Luc Duquesnel, président des généralistes-CSMF
- M. Bruno Perrouty, président des spécialistes-CSMF

Syndicat des médecins libéraux (SML)

- Mme Sophie Bauer, présidente
- M. Mardoché Sebbag, vice-président

Fédération des médecins de France (FMF)

- M. Pierre Hamann, vice-président FMF-spé
- M. Bernard Huynh
- M. Aimeric Lefetz, président FMF-gé

Union française pour une médecine libre (UFML)

- M. Jérôme Marty, président

Représentants de chirurgiens-dentistes

Chirurgiens-dentistes de France (CDF)

- M. Pierre-Olivier Donnat, président
- Mme Catherine Mojaisky, conseillère
- Mme Charlotte Teyssier d'Orfeuil, déléguée générale

Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)

- M. Patrick Solera, président

Représentants des pharmaciens

Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

- M. Pierre-Olivier Variot, président
- M. Thierry Nouvellet, membre du bureau

Fédération des pharmaciens de France (FSPF)

- M. Philippe Besset, président
- M. Valérian Ponsinet, président de la commission Convention et systèmes d'information
- M. Pierre Fernandez, directeur général

Représentants des opticiens

Rassemblement des opticiens de France (ROF)

- M. Jean-François Porte, président
- Mme Sandra Vassy, directrice générale

Fédération nationale des opticiens de France (FNOF)

- M. Hugues Verdier-Davioud, président
- Mme Sophia de la Rochefoucauld

Syndicat national de l'optique mutualiste (SYNOM)

- M. Laurent Eveillard, président
- M. Arthur Havis, vice-président
- Mme Lucie Redonnet, déléguée générale

Représentants des audioprothésistes

Syndicat des audioprothésistes (SDA)

- M. Stéphane Gallégo, président
- M. Luis Godinho, vice-président

Syndicat national des centres d'audition mutualistes (SYNAM)

- M. Laurent Eveillard, président
- M. Arthur Havis, vice-président
- Mme Lucie Redonnet, déléguée générale

Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA)

- M. Benoît Roy, président
- M. Fabien Auberger, vice-président
- M. Axel David, administrateur

Représentants des entreprises du médicament et des dispositifs médicaux

Les entreprises du médicament (Leem)

- M. Pascal Le Guyader, directeur général adjoint
- Mme Juliette Moisset, directrice accès et économie
- M. Matthieu Boudon, responsable financement et régulation
- Mme Anna Metcalfe, chargée de mission affaires publiques

Initiative Pharma

- M. Charles Wolf, président
- M. Didier Véron

Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem)

- Mme Anouk Trancart, directrice accès innovation et prospective
- Mme Nathalie Serre, secrétaire générale
- Mme Dorothée Camus, directrice déléguée accès au marché

Représentants des usagers

France Assos Santé

- Mme Claude Rambaud, vice-présidente
- Mme Féreuze Aziza, conseillère mission assurance maladie

UFC-Que Choisir

- Mme Marie-Amandine Stevenin, présidente
- M. Benjamin Récher, chargé de mission relations institutionnelles

Autres

Médecins du monde

- Mme Nadège Drouot, coordinatrice régionale Lorraine
- M. Antonin Bravet, référent technique et plaidoyer droits et système de santé

Chercheurs

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

- Mme Valérie Paris
- M. Eric Sutherland
- Mme Limor Shmerling-Magazanik
- M. Guillaume Dedet

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

- M. Denis Raynaud, directeur
- M. Renaud Legal

Autres chercheurs

- M. Michaël Zemmour
- Mme Florence Jusot
- M. Jérôme Wittwer

Entreprises

RougeGorge

- Mme Adeline Williatte

TF1

- Mme Valérie Grison, responsable de la protection sociale de TF1
- M. Philippe Maisonnave (orthà), responsable du développement de l'institution à Uniprévoyance

Fédérations des transports routiers et entreprises

- M. Erwan Poumeroulie, responsable des affaires juridiques et sociales de la fédération du transport routier
- Mme Pauline Vienne, DRH France du groupe SAMAT
- Mme Céline Montagne, DRH chez GT Solutions

Personnalités qualifiées

- M. Bertrand Fragonard
- M. Nicolas Revel
- M. Didier Bazzocchi
- M. Laurent Borella
- M. Albert Lautman
- M. Christian Babusiaux
- M. Dominique Libault

- M. Adrien Couret
- M. Fabrice Staad

Participants aux ateliers CPAM/OC

- Mme Emmanuelle Lafoux, directrice de la CPAM du Rhône
- M. Maxime Rouchon, directeur de la CPAM du Bas-Rhin
- M. Albert Lautman, directeur de la CPAM de l'Essonne
- Mme Catherine Touvrey, Harmonie Mutuelle
- M. Laurent Borella, Malakoff Humanis
- M. Pierre François, SwissLife

Echanges techniques

Direction générale des finances publiques

- Mme Charlotte Baratin, sous-directrice de la gestion comptable et financière des collectivités territoriales

Insee

- Marie Leclair, cheffe du département des comptes nationaux
- Vincent Biausque, expert du compte des administrations publiques
- Jean-Cyprien Heam, chef de la division synthèse générale des comptes

Haut-commissariat au Plan

- M. Jean-Baptiste Carpentier
- M. Jérôme Trinh

Établissements ayant participé à l'enquête sur les restes à charge hospitaliers

- Hospices civils de Lyon
- Centre hospitalier du Sud Seine et Marne
- Centre hospitalier Sud Francilien

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES MEMBRES DE LA MISSION

Dr Elisabeth HUBERT, diplômée en 1981, a exercé la médecine générale durant 13 ans en cabinet libéral à Nantes. Investie dans le syndicalisme étudiant puis professionnel, elle a été une des créatrices de la branche généraliste de la CSMF. Après s'être engagée au RPR en 1981, elle devient conseiller municipal de Nantes en 1983, mandat qu'elle exercera pendant 18 ans puis en 1986, elle est élue députée de Loire Atlantique. Réélue en 1988 et 1993, Elisabeth Hubert est ministre de la Santé et de l'Assurance Maladie en 1995. En 1997, elle quitte le monde politique et rejoint le domaine de l'entreprise comme directeur général France des laboratoires pharmaceutiques Fournier, période durant laquelle elle siège au bureau du LEEM. En 2005, elle créée une entreprise d'HAD dont les établissements sont implantés dans des territoires ruraux. En parallèle de son activité professionnelle, Elisabeth Hubert devient présidente bénévole de la FNEHAD, fonction qu'elle exerce jusqu'en juin 2026 et elle demeure, à ce jour, présidente du CA de l'HAD de Nantes et sa région.

Elisabeth Hubert est aujourd'hui investie dans l'accompagnement de start-ups œuvrant dans la santé et s'implique dans diverses actions philanthropiques. En 2010, à la demande du Président Sarkozy, elle rédige un rapport sur la médecine de proximité dans lequel elle établit de nombreuses propositions en faveur de cet exercice.

Nicolas Bouzou est un économiste et essayiste français. Fondateur du cabinet d'études économiques Asterès, qui compte des complémentaires santé parmi ses clients, il intervient régulièrement dans le débat public sur les questions d'économie, de d'innovation et de transformations sociales. Il est chroniqueur dans plusieurs médias, en France et à l'étranger. Auteur d'une vingtaine d'ouvrages, Nicolas Bouzou préside les Rencontres de l'Avenir de Saint-Raphaël, un événement annuel crée en 2018 réunissant 12.000 personnes et 60 conférenciers pour débattre des grands enjeux intellectuels, économiques et géopolitiques. Il a été membre de plusieurs missions ministérielles.

Stéphane Junique est président du Groupe VYV, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française et membre de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM). Après avoir débuté sa carrière comme infirmier à l'AP-HP, il a exercé différentes fonctions au sein des administrations déconcentrées du ministère de la Santé. Il a été membre de la Conférence nationale de santé et du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale. Il a également présidé le groupe de la Mutualité au Conseil économique, social et environnemental (CESE), où il a notamment remis deux rapports sur la grande pauvreté et les personnes vivant dans la rue. Il est, par ailleurs, l'auteur de plusieurs ouvrages consacrés à la solidarité et à la santé, dont *La Santé est un combat*, publié en 2025.

Franck Von Lennep est conseiller maître à la cour des comptes. Dans sa carrière, il a occupé divers postes en cabinets ministériels, dans des hauts conseils, dans un groupe de protection sociale et à l'assurance maladie. Il a été directeur de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques et directeur de la sécurité sociale. Il est président du comité de suivi des retraites, président du conseil d'administration de l'ATIH, vice-président du conseil stratégique de l'innovation en santé et président fondateur du think tank Cercle Asclépios – santé pour tous.

ANNEXE 2 : LISTE DES MOTIFS D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR, SELON LEUR NATURE

Exonérations liées à la nature d'assurance

- Les assurés bénéficiant de l'assurance maternité (à compter du 6ème mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement)
- Les assurés relevant de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle (pour les actes en lien avec l'AT ou MP)

Exonérations liées au statut de l'assuré/bénéficiaire

- Titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse (minimum vieillesse)
- Assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)
- Frais engagés par les titulaires pensions d'invalidité pour eux-mêmes et les ayants-droit mineurs
- Assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaire
- Exonérations liées à l'acquisition d'un appareil, médicament, produit
- Pour les frais d'acquisition du vaccin contre les infections à papillomavirus humains pour les personnes vaccinées dans le cadre des campagnes nationales de vaccination
- Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la grippe pour les personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée
- Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les personnes âgées de moins de dix-huit ans
- Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil ou d'une aide technique à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne et appartenant à une catégorie déterminée, pour les frais d'acquisition ou de mise à disposition de l'appareil ou de l'aide technique
- Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour les assurés âgés de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition de contraceptifs, les frais relatifs aux actes et consultations liés à la prescription d'un contraceptif, les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle

Exonérations liées à la nature des soins

- Les soins en rapport avec une ALD et suivi clinique et paraclinique régulier pour un assuré anciennement en ALD liste
- L'hébergement et les soins réalisés dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 ou les soins dispensés par un centre mentionné à l'art. L. 355-1-1 du code de la santé publique
- L'hébergement et les actes effectués dans une unité ou un centre de long séjour
- L'hospitalisation des nouveaux nés dans les 30 jours suivant la naissance ainsi que tous les soins dispensés en établissement de santé au cours des 30 jours suivant la naissance
- Les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et le traitement de celle-ci
- Les soins consécutifs à des sévices sexuels subis par des mineurs
- Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'art. 1er de la loi du 30 juin 1975

- Dans le cadre des programmes préventifs, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de 45 à 50 ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de 60 à 65 ans et pour les personnes de 70 à 75 ans
- Pour les donneurs, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits
- Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse
- Pour les frais d'examens de dépistage du cancer du sein
- Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre 18 et 25 ans inclus
- Pour les frais liés aux examens obligatoires pour les enfants de moins de 18 ans dans le cadre des mesures de prévention sanitaire et sociale
- Pour l'assistance médicale à la procréation
- Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Exonérations pour des frais de transport

- Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais de transports
- Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du CASF et les centres médico-psycho pédagogiques
- Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente

Autres

- Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens

ANNEXE 3 : LE 100 % SANTE

La réforme du 100 % santé a été instaurée par la LFSS pour 2019 face au constat d'un fort non-recours aux soins pour raisons financières dans trois secteurs où les restes à charge demeuraient élevés malgré l'intervention des OC : le dentaire, l'optique et l'audiologie. Ainsi, avant la réforme, 12,3 % des personnes ayant besoin d'un soin dentaire, 10,6 % de celles ayant besoin d'un soin optique et 8,3 % de celles nécessitant une audioprothèse déclaraient ne pas avoir pu y accéder faute de moyens[93].

Le 100 % Santé vise à mettre en place le remboursement intégral d'un panier de soins couvrant dans ces trois domaines :

- en optique, est créé **un panier de soins dit de « classe A »,** comprenant une gamme de verres ainsi que des montures, soumis à des prix limites de vente (PLV) et pris en charge intégralement ; subsiste en parallèle un panier de « classe B », à tarifs libres ;
- en audioprothèse, est créé **un panier de soins de « classe I »**, prenant en charge une gamme d'appareils auditifs de qualité dont le PLV est inférieur à 950 € ; subsiste un panier de « classe II » à prix libres ;
- en dentaire, la convention dentaire négociée entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats professionnels de 2018 prévoit **d'une part une revalorisation des tarifs des soins conservateurs** (détartrage, caries, dévitalisations) et, en contrepartie, **un plafonnement des honoraires de soins prothétiques pour deux paniers** : (1) le panier 100 % Santé, qui inclut une sélection de couronnes, bridges et prothèses amovibles (hors implants) et (2) un panier « à tarifs maîtrisés ».

Ces évolutions ont permis de créer une offre prise en charge à 100 % par l'AM et les OC dans chacune des spécialités :

Secteur	Panier 100 % Santé	Panier modéré	Panier à tarif libre
Dentaire	Couronnes, bridges, prothèses amovibles avec un PLV fixé	Soins prothétiques aux tarifs encadrés	Tarifs libres (dont implants)
Optique	Classe A : monture d'un prix <30€, verres traités, prenant en charge de l'ensemble des défauts visuels, à prix limités	Non applicable (N.A.)	Classe B : sans limite de prix
Audioprothèse	Classe I : appareil d'un montant < 950€/oreille	N.A.	Classe II : tarifs libres

Pour rendre effective la prise en charge des produits du 100 % Santé, la réforme s'est largement appuyée sur des évolutions du contrat responsable, où a été introduite une obligation de prise en charge de l'ensemble des paniers 100 % Santé. En parallèle, les modalités de prise en charge des prestations ne relevant pas du 100 % Santé étaient elles-mêmes modifiées, notamment *via* l'abaissement de certains plafonds de remboursement (par exemple, passage d'une prise en charge maximale de 150 à 100 € pour les montures hors 100 % Santé).

[93] Enquête EHIS, citée par la Cour des comptes.

Dans chaque secteur, la réforme a conduit à modifier les équilibres de prise en charge entre AMO et AMC, en renforçant l'intervention des AMC mais également de l'AMO dans certains domaines :

- en audioprothèse, la prise en charge par l'AMO a doublé, passant de 120 à 240 € par oreille. En contrepartie, les OC ont été contraints, dans le cadre du contrat responsable, de rembourser aux assurés l'intégralité de la différence entre la prise en charge AMO et le prix de vente plafonné de 950 €, soit jusqu'à 710 €[94] ;
- en optique, la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) sur le panier de classe A a été revalorisée, tandis que la prise en charge de la sécurité sociale sur le panier de classe B a été abaissée à 5 centimes par verre ;
- en dentaire, la BRSS a été réhaussée pour les soins conservateurs par la convention dentaire 2018-2023, de nouvelles évolutions ayant été actées par la convention 2023-2028 :

La nouvelle convention entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats des chirurgiens-dentistes 2023-2028 prévoit une évolution de certains dispositifs du 100 % Santé : une augmentation de 3 % des honoraires limites de facturation des produits 100 % Santé et du panier modéré, un alignement des plafonds d'honoraires limites de facturation (HLF) progressif entre la C2S et le 100 % Santé, et l'intégration d'une nouvelle catégorie de couronnes et bridges (en zircone) dans le panier du 100 % Santé. En parallèle, cette convention fait passer le taux de remboursement de la sécurité sociale des actes de 70 % à 60 %, induisant un report de charges pour les complémentaires santé.

[94] À noter que ce prix de vente a fait l'objet d'une diminution progressive : 1300 € en 2019, 1100 € en 2020, 950 € en 2021.

ANNEXE 4 : L'ENQUETE FLASH PREVENTION EN SANTE MENEE AUPRES DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

1 Présentation de l'enquête-flash et de son échantillon

1.1 Objectifs et méthodologie

Les dépenses de prévention en santé réalisées par les organismes complémentaires (OC) sont aujourd'hui mal connues, sur un plan quantitatif comme qualitatif. En effet, ces dépenses ne sont que partiellement identifiées dans les rapports et panoramas sur les OC réalisés par la DREES. Le panorama sur les dépenses de santé classe en prévention les dépenses de produits immunisants et les examens préventifs pris en charge par les organismes complémentaires, mais n'isole pas en tant que telles les dépenses de prévention tertiaire (consultation de médecin généraliste ou de psychologue contenant une dimension de prévention par exemple), hors du champ de la prévention dans le système des comptes de la santé du fait de la difficulté à les isoler, ni les dépenses de prévention des organismes complémentaires inclues dans leur frais de gestion.

La mission a donc réalisé une enquête-flash auprès des OC sur leurs dépenses de prévention en santé, en coopération avec la DREES. **Ses objectifs étaient les suivants** :

- quantifier les dépenses de prévention en santé engagées par les OC, en ciblant plus particulièrement les dépenses remboursées au premier euro par les complémentaires santé[95] ;
- identifier au sein de ces dépenses de prévention les dépenses imputées sur les frais de gestion ;
- mieux identifier la nature des dépenses de prévention en santé des complémentaires (prévention primaire vs prévention secondaire) ;
- mieux comprendre les leviers de financement utilisés par les OC pour leurs actions de prévention en santé, et notamment le degré d'utilisation du dispositif du degré élevé de solidarité.

La nomenclature de l'enquête a fait l'objet de plusieurs échanges avec des OC. Des entretiens ont été organisés avec deux OC (des représentants d'une mutuelle, d'une part, et un représentant d'un IP, d'autre part), en présence de la DREES ; le projet de nomenclature a ensuite été testé auprès de ces deux OC, ainsi qu'auprès d'un assureur privé. Ces échanges préalables ont permis d'établir la nomenclature de l'enquête, mais aussi de mieux comprendre les modalités de financement des actions de prévention en santé par les OC, par exemple l'utilisation des clauses de participation aux bénéfices pour financer les actions de prévention en santé, ou encore le levier de financement que représente le degré élevé de solidarité, pour les contrats collectifs.

L'enquête a ensuite été relayée auprès des OC via les fédérations d'organismes complémentaires.

1.2 Les répondants de l'enquête et les limites observées

15 organismes ont répondu à l'enquête, couvrant une population de près de 20 M d'assurés (en incluant les ayants droits). L'échantillon comporte onze mutuelles, trois assureurs privés, une institution de prévoyance (IP), et un groupe de protection sociale comprenant une mutuelle et une IP. La forte représentation des mutuelles au sein de l'échantillon se traduit par une surreprésentation des contrats individuels par rapport à la population générale (59 % de contrats au sein de l'échantillon).

[95] La mission n'avait pas pour ambition de retracer l'ensemble des dépenses de prévention en santé pour lesquelles les OC interviennent en copaiement de l'assurance maladie, du fait de la difficulté à identifier, au sein des dépenses de santé, les dépenses de santé relevant de la prévention en santé (par exemple, s'agissant des consultations chez le médecin).

Les organismes répondants sont de taille variée :

- 2 organismes comptant moins de 100 000 assurés (hors ayants droits) ;
- 4 organismes comptant entre 100 000 et 500 000 assurés ;
- 5 organismes comptant entre 500 000 et 900 000 assurés ;
- 2 organismes comptant entre 900 000 et 1,3 million d'assurés ;
- 3 organismes comptant plus de 1,3 million d'assurés.

Pour l'un des répondants, les données 2025 étaient incomplètes, c'est pourquoi il n'a pas été intégré dans la présentation des dépenses couvertes en 2025.

Par ailleurs, certains champs ont été remplis de manière hétérogène, et le périmètre des réponses dépasse parfois le périmètre strict des dépenses de prévention en santé :

- Le champ Prévention dentaire a été renseigné de manière hétérogène : certains ont renseigné l'ensemble des consultations dentaires ; d'autres ont ciblé le détartrage et les examens bucco-dentaire des enfants ; d'autres ont intégré l'orthodontie ;
- Pour un répondant, les dépenses renseignées au titre de la prévention secondaire semblent relever davantage de prévention primaire, puisqu'ont été inscrits en prévention secondaire l'orthodontie, les examens bucco-dentaires, ou des dépenses de médecine douce (kinésiologie, ostéopathie, naturopathie, etc.) ;
- deux répondants ont intégré des dépenses ne semblant pas relever de la prévention en santé (actions relevant de l'action sociale ou menées au titre d'une fondation).

Malgré ces limites tenant à la représentativité de l'échantillon et à l'inhomogénéité du remplissage, cette enquête permet de disposer d'une première photographie des dépenses de prévention en santé réalisées par les organismes complémentaires.

2 Les résultats de l'enquête

2.1 Les dépenses déclarées relèvent à 96 % de prévention primaire et sont imputées sur les frais de gestion à hauteur de 10 %

Un des premiers enseignements de l'enquête réside dans la prépondérance très forte de dépenses de prévention primaire dans les actions déclarées (96 % en 2025). Seuls deux organismes déclarent plus de 5 % de dépenses de prévention secondaire. Pour l'un d'entre eux, ce taux plus élevé est lié à des actions de dépistage particulièrement élevées en proportion, représentant 10 % de ses dépenses de prévention au total (hors prévention dentaire). L'autre organisme a développé des actions d'accompagnement des assurés relevant de la prévention secondaire des maladies chroniques, et a également des dépenses de dépistage relativement élevées.

Deuxième enseignement général de l'enquête, une faible proportion des dépenses de prévention est imputée dans les frais de gestion : cela représente de l'ordre de 10 % des dépenses de prévention déclarées, hors soins dentaires (7 à 8 % si l'on intègre les soins dentaires). Ce ratio varie toutefois sensiblement selon les répondants : pour un OC, ce ratio est supérieur à 30 %, ce qui est notamment lié à des dépenses élevées vis-à-vis des aidants ; deux autres OC (ratio de 29 % et de 17 %) semblent avoir une politique de prévention particulièrement développée, notamment en entreprise. A l'inverse, le ratio est inférieur à 5 % pour 7 répondants.

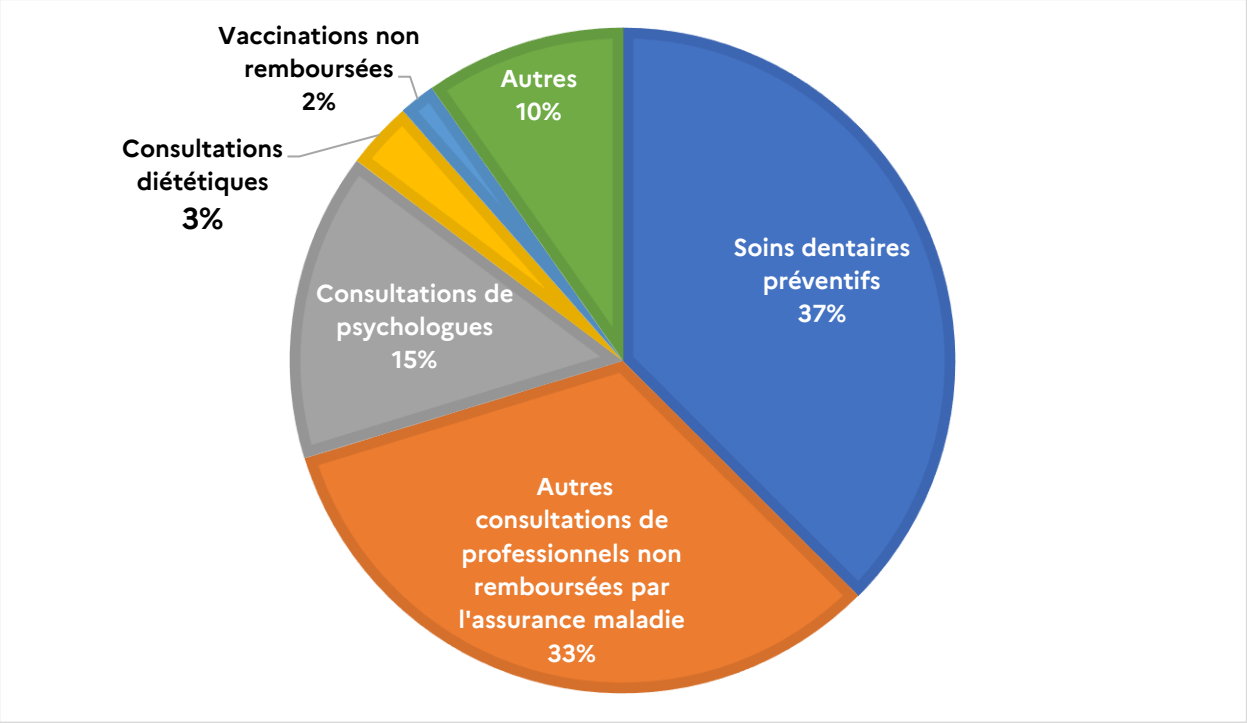
Enfin, le troisième enseignement de l'enquête réside dans le fait que les actes considérés comme relevant de la prévention apparaissent hétérogènes d'un OC à l'autre. Ainsi, les dépenses de prévention renseignées sur le champ dentaire sont très hétérogènes. Certains OC ont également intégré des dépenses relevant de l'action sociale, ou du financement de fondations.

2.2 Les principales dépenses de prévention relèvent du dentaire et des professionnels non remboursés par la sécurité sociale, notamment les psychologues

Les données présentées ci-dessous concernent 13 répondants, pour un total de 523 M€[96]. Trois postes de dépenses apparaissent prépondérants au sein des dépenses déclarées (voire graphique *infra*) :

- le premier poste de dépenses déclarées concerne les soins dentaires (33,7 % des dépenses de prévention considérées, soit 176 M€ pour 13 OC). Ce champ recouvre toutefois des dépenses hétérogènes, certains OC ayant renseigné l'ensemble des consultations sur lesquels ils sont en copaiement ;
- le deuxième poste de dépenses concerne les consultations de professionnels non remboursés par l'assurance maladie (hors psychologues et diététiciens), ce qui représente 190 M€. Les professionnels les plus cités dans ce champ sont les ostéopathes, même si ce poste de dépenses n'est pas intégré dans le champ de la CSBM ;
- Le troisième poste de dépense est celui des consultations de psychologues (15 %-, soit 82 M€) (même si dans les comptes de la santé, les soins des psychologues ne sont pas classés en prévention). Pour certaines OC, ce poste représente même 30 à 40 % des dépenses déclarées. La part des dépenses relevant de Mon soutien psy (pour lequel les OC sont en copaiements) est très variable, pouvant représenter moins de 10 % des dépenses et jusqu'à 50 % pour certains.

Graphique 1 : Répartition des dépenses de prévention déclarées par les OC dans l'enquête flash, 2025



Source : Enquête flash ; 13 répondants

[96] Les données d'un répondant ont été exclues car les données 2025 n'étaient pas renseignées ; 1 autre répondant a été écarté de l'analyse car les valeurs renseignées étaient très divergentes des autres OC et le renseignement du questionnaire ne paraissait pas cohérent. Ainsi, des dépenses de prévention dentaire d'examens préventifs étaient renseignés dans la section prévention secondaire, comme des professionnels de médecine douce qui devaient relever de la catégorie de soins primaires.

Les autres postes de dépenses concernent des montants beaucoup plus modestes, présentés par ordre décroissant :

- Les consultations de diététiciens (14 M€ en 2025, soit 2,6 % des dépenses) ;
- Les vaccinations non remboursées par la Sécurité sociale, telle que le vaccin contre la fièvre jaune (8 M€ en 2025 ; 1,5 %) ;
- Les dépistages (5,7 M€ ; 1,1 %) ;
- Les messages de prévention personnalisés aux adhérents (7,5 M€ ; 1,4 %) ;
- Des entretiens-bilans avec les assurés ou plateformes d'écoute (7,2 M€ ; 1,4 %) ;
- Des outils numériques à destination des assurés (4,5 M€ ; 0,9 %) ;
- Des actions à destination des aidants : aides à domicile, solutions de répit, conseils ou formations, etc. (3,7 M€ ; 0,7 %) ;
- Des séances de sensibilisation sur site (3,2 M€ ; 0,6 %) ;
- L'accompagnement d'assurés à risque de maladies chroniques (suivi, coaching, éducation thérapeutique) (2,7 M€ ; 0,5 %) ;
- L'accompagnement des salariés en arrêt de travail/ retour à la vie professionnelle, actions de maintien en emploi (2,4 M€ ; 0,5 %) ;
- Le sport ou activité physique adaptée (2,2 M€ ; 0,4 %) ;
- Dans la catégorie autres (11,8 M€) : reviennent le plus souvent l'ostéodensitométrie, la contraception et le sevrage du tabac ; plus rarement, des séances collectives de prévention ou de renforcement de compétences psycho-sociales, la prise en charge des blessés et d'autres dépenses qui relèvent davantage de dispositifs d'action sociale.

2.3 Analyse des retours concernant le degré élevé de solidarité

Quatre répondants ont transmis des réponses relatives au degré élevé de solidarité (ou haut degré de solidarité), concernant 22 branches au total. Pour l'un des répondants (couvrant 11 branches), les réponses sur l'utilisation des fonds sont partielles, car les données renseignées excluent les dépenses versées pour aider au paiement des cotisations (par exemple pour les apprentis). Les résultats, dont le détail est présenté dans le tableau *infra*, fait apparaître une grande diversité de situations.

Dans une partie des branches, le dispositif semble très peu ou pas mobilisé. Dans d'autres branches, les dépenses sont essentiellement affectées à des dépenses d'action sociale (notamment le remboursement de restes à charges en santé, mais aussi le financement de gardes d'enfants, d'aides à la naissance, etc.), ou au financement des cotisations des apprentis. Quelques branches (5 parmi les 22) semblent toutefois avoir structuré une offre de services en prévention en santé plus significative, avec des services de coaching en santé, du dépistage ou des actions de sensibilisations, de l'activité sportive ou des aides aux aidants, voire de la prévention des TMS ou des actions d'accompagnement au retour à l'emploi.

Tableau 1 : Montants et nature des dépenses financées par les degrés élevés de solidarités gérés par les organismes complémentaires répondants à l'enquête, en 2024 et 2025

	Dépenses en 2025	Dépenses en 2024	Si possible, préciser les actions financées par ce biais, en précisant si elles sont externalisées
Branche 1	136 K €*	74 K €*	Dispositif de garde d'enfants et de soutien scolaire + Service de bibliothèque de contenus en santé + communication dispositif prévention/ Aide abonnement sportif/ Aide famille monoparentale/Aide conjoint sans ressources/ Aide médecine douce
Branche 2	33 K € €*	22 K €*	Dispositif de garde d'enfants et de soutien scolaire Aide à la naissance (démarrage fin d'année)
Branche 3	211 K €*	213 K €*	Opération prévention cancer du sein Boucles Roses Aide sur Reste à charge de soins de santé
Branche **4**	21 K €*	55,17 €*	Aide reste à charge de soins de santé
Branche 5	0 €*	1 K €*	Dispositif de garde d'enfants et de soutien scolaire
Branche 6	0 €*	8 K €*	Action de prévention coaching santé/ webinaires santé générique/ application sport
Branche 7	14 K €*	11 K €*	Aides reste à charge de soins de santé
Branche 8	3 K €*	3 K €*	Aide abonnement sportif
Branche 9	0,6 K €*	0,00 €*	Reste à charge de soins de santé
Branche 10	2 K €*	0,00 €*	Reste à charge de soins de santé
Branche 11	12 K €*	18 K €*	Aides Reste à charge orthodontie et dépassements d'honoraires hospitaliers
Branche 12	495 K € en prévoyance et 172 K € en santé	490 K € en prévoyance et 174 K € en santé	Accompagnement au retour dans l'emploi, prévention et dépistage des TMS, prévention santé des femmes, coaching parental… et aides individuelles inaptitude, aidant, handicap, …
Branche 13	331 K € en prévoyance et 1155 K € en santé	350 K € en prévoyance et 800 K € en santé	Accompagnement au retour et maintien dans l'emploi, dépistage des facteurs de risques (risque cardio vasculaire, santé des femmes avec prévention de l'endométriose, coaching santé et lutte contre la sédentarité, coaching parental…) et aides individuelles notamment pour favoriser la pratique sportive

Branche 14	618K€ en santé	550K€ en santé	Aides aux dépenses exceptionnelles de santé, coaching parental, care management aidant, coaching santé (activité physique, nutrition), sensibilisation et prévention cancer
Branche 15	0	0	
Branche 16	5 K €	0	
Branche 17	59 K €		PEC Cotisation Apprentis (interne)
Branche 18	33 K €		Cotisations apprentis (total coassureurs)
Branche 19	38 K €	61 K €	Aides individuelles dont activité sportive et cotisations apprentis
Branche 20	709 K €	742 K €	Coachings, Activité physique, Parentalité, Sensibilisation cancer, aides sociales individuelles, téléconsultations, 2ème avis médical
Branche 21	66 K €	215 K €	Coaching santé, service Kiplin, téléconsultation et 2ème avis médical
Branche 22	18 K €	77 K €	

* dépenses hors prise en charge des cotisations pour certains publics, comme les apprentis

Source : mission