

# La protection sociale complémentaire en entreprise : un dispositif à réformer ?

Évaluation des mesures dérogatoires de  
cotisations sociales en complémentaire santé et  
prévoyance complémentaire

OCTOBRE 2025  
2025-010R

## • ANNEXES

Simon  
**Arambourou**

Laurence  
**Eslous**

Vincent  
**Ruol**

—  
Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales



RA  
PP  
OR

# SOMMAIRE

<b>ANNEXE 1 :</b>	<b>PRESENTATION DES DISPOSITIFS DEROGATOIRES EN MATIERE SOCIALE ET FISCALE CONCERNANT LA COMPLEMENTAIRE SANTE ET LA PREVOYANCE EN ENTREPRISE .....</b>	<b>3</b>
<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>LE CADRE JURIDIQUE : DROIT DES ASSURANCES ET DROIT DU TRAVAIL .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 3 :</b>	<b>LES COMPLEMENTAIRES SANTE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>LES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES .....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE 5 :</b>	<b>LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE.....</b>	<b>104</b>
<b>ANNEXE 6 :</b>	<b>LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS .....</b>	<b>131</b>
<b>ANNEXE 7 :</b>	<b>ANALYSE DES DONNEES DISPONIBLES ET SIMULATIONS DES CONSEQUENCES D'UN ASSUJETTISSEMENT.....</b>	<b>154</b>

# ANNEXE 1 : Présentation des dispositifs dérogatoires en matière sociale et fiscale concernant la complémentaire santé et la prévoyance en entreprise

<b>ANNEXE 1 : PRESENTATION DES DISPOSITIFS DEROGATOIRES EN MATIERE SOCIALE ET FISCALE CONCERNANT LA COMPLEMENTAIRE SANTE ET LA PREVOYANCE EN ENTREPRISE .....</b>	<b>3</b>
<b>1 LES ASSIETTES DES COTISATIONS SOCIALES ET DU FORFAIT SOCIAL SONT BASEES SUR L'ASSIETTE RETENUE POUR LA CSG .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES EST CELLE APPLICABLE A LA CSG, DE LAQUELLE SONT DEDUITES CERTAINS DISPOSITIFS DEROGATOIRES.....	7
1.2 L'ASSIETTE DU FORFAIT SOCIAL S'OBTIENT EN PRINCIPE EN DEDUISANT CELLE DES COTISATIONS SOCIALES DE L'ASSIETTE DE LA CSG .....	8
<b>2 L'EXEMPTION D'ASSIETTE SUR LA CONTRIBUTION DE L'EMPLOYEUR EST SOUMISE A UN PLAFOND ET NECESSITE QUE SOIENT REUNIES DES CONDITIONS PORTANT SUR LES CATEGORIES COUVERTES, LA NATURE DES GARANTIES, LE CARACTERE OBLIGATOIRE DU CONTRAT ET LE TAUX DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>8</b>
2.1 UNE EXEMPTION ANCIENNE, FIXEE PAR LA LOI EN 1980, QUI N'A JAMAIS ETE REEXAMINEE .....	9
2.2 LE CARACTERE COLLECTIF DES GARANTIES DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE S'APPRECIE DE MANIERE DIFFERENTE EN FONCTION DES RISQUES CONCERNES.....	10
2.3 LE CARACTERE OBLIGATOIRE DU CONTRAT POUR LES SALARIES CONCERNES.....	12
2.3.1 <i>Les dispenses d'adhésion communes à la complémentaire santé et à la prévoyance .....</i>	<i>12</i>
2.3.2 <i>Les dispenses d'adhésion à la seule complémentaire santé.....</i>	<i>13</i>
2.3.3 <i>En cas de dispense, le salarié a droit au versement santé s'il a souscrit un contrat responsable..</i>	<i>13</i>
2.4 LES TAUX DE PRISE EN CHARGE SONT EN PRINCIPE UNIFORMES MAIS PEUVENT VARIER SELON LA SITUATION DU SALARIE ET LE RISQUE CONSIDERE .....	14
2.5 LE PLAFOND GLOBAL D'EXEMPTION EST UNE PROPORTION DU SALAIRE A LAQUELLE S'AJOUTE UNE SOMME FORFAITAIRE .....	15
2.6 LES CONDITIONS SUPPLEMENTAIRES IMPOSEES EN COMPLEMENTAIRE SANTE .....	16
<b>3 LE TAUX DU FORFAIT SOCIAL SUR LA CONTRIBUTION DE L'EMPLOYEUR A LA PREVOYANCE ET A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DE SES SALARIES S'ELEVE A 8 % POUR LES ENTREPRISES DE 11 SALARIES ET PLUS .....</b>	<b>17</b>
<b>4 LE TRAITEMENT FISCAL CONCERNE D'AUTRES ELEMENTS D'ASSIETTE QUE LA SEULE CONTRIBUTION PATRONALE .....</b>	<b>19</b>
4.1 EXONEREES DE TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCE (TSCA), LES PRIMES DES CONTRATS DE COMPLEMENTAIRE SANTE FINANCEES PAR LES CONTRIBUTIONS EMPLOYEUR ET SALARIE SONT SOUMISES A LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE (TSA) .....	19
4.1.1 <i>L'activité d'assurance est en principe frappée par la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) .....</i>	<i>20</i>
4.1.2 <i>L'exonération de TSCA des complémentaires santé était initialement conditionnée aux principes mutualistes limitant la sélection des risques en fonction de l'état de santé.....</i>	<i>21</i>

4.1.3	<i>À partir de 2004, la taxation des complémentaires santé a été l'outil pour améliorer l'articulation des contrats complémentaires avec la politique de l'assurance maladie obligatoire, avec la naissance des contrats « responsables »</i> .....	22
4.1.4	<i>L'assiette de la TSA est presque identique à celle de la TSCA</i> .....	22
4.1.5	<i>Le taux de la TSA varie selon le contenu des contrats complémentaires santé</i> .....	22
4.2	LES COTISATIONS DES CONTRATS DE PREVOYANCE SONT EXONEREES DE TSCA ET EGALEMENT DE TSA POUR LES RISQUES INCAPACITE, INVALIDITE ET DECES .....	24
4.2.1	<i>Les contrats couvrant très majoritairement les risques décès incapacité invalidité sont exonérés de TSCA</i> .....	24
4.2.2	<i>Ces contrats de prévoyance sont taxés à la TSA pour la part minoritaire de la prime couvrant les frais de soins, et au taux de 6,27 %</i> .....	25
4.2.3	<i>Les garanties d'IJ maladie complémentaires ne supportent la TSA, en principe au taux de 7 %, que si elles sont en-dehors d'un contrat collectif de prévoyance</i> .....	25
4.3	LES ORGANISMES D'ASSURANCE NE SONT PAS REDEVABLES DE LA C3S SUR LES CONTRATS COMPLEMENTAIRES MALADIE SOLIDAIRES ET RESPONSABLES .....	26
4.4	LE TRAITEMENT DEROGATOIRE DES COTISATIONS POUR L'IMPOT SUR LE REVENU DES PERSONNES PHYSIQUES DISTINGUE PREVOYANCE ET COMPLEMENTAIRE SANTE.....	26

[1] La réglementation applicable à la protection sociale complémentaire en entreprise est particulièrement complexe (voir annexe 2 pour le volet droit du travail et de l'assurance de cette réglementation).

[2] S'agissant de l'assujettissement aux diverses cotisations et contributions sociales (1), les règles sociales et fiscales recouvrent, de manière entremêlée et plus ou moins articulée :

- une exemption d'assiette des cotisations sociales sur la contribution (part) patronale à la protection sociale complémentaire du salarié (2) ;
- un taux réduit de forfait social (3) et même une exemption de forfait social pour les entreprises de moins de 11 salariés ;
- du point de vue fiscal (4) :
  - une taxation particulière des contrats complémentaires santé (4.1) et de prévoyance complémentaire (4.2) ;
  - pour les entreprises diffusant les contrats de protection sociale complémentaire, une exemption de contribution sociale de solidarité des sociétés (4.3) ;
  - pour les salariés, un régime d'imposition sur le revenu particulier (4.4).

[3] Le tableau ci-après résume de manière schématique l'ensemble de ce dispositif.

Tableau 1 : Synthèse des régimes socio-fiscaux dérogatoires applicables aux dispositifs collectifs obligatoires de protection sociale complémentaire

Contributions visées par le dispositif d'exemption d'assiette	Champ de la protection sociale complémentaire concerné	Plafond commun de l'exemption	Prélèvements sociaux applicables	Niches connexes
Contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire (art. L242-1 II 4 du CSS, fiche 72 du PLACSS 2024)	Complémentaire maladie (b du L242-1 II 4 du CSS), pour les contrats solidaires et responsables uniquement	6 % du PASS + 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations sociales, le total ne pouvant dépasser 12 % du PASS	Pour les entreprises : forfait social à 8 % (sauf entreprises de moins de 11 salariés exemptées) Pour les salariés : CSG + CRDS (9,7 %)	<p>Déductibilité IRPP des cotisations ou primes versées par les salariés pour la complémentaire santé (maladie, maternité, accident) (CGI art 83 1 quater).</p> <p>Exonération de TSCA.</p> <p>Taux de TSA de 13,27% pour les primes d'assurance « frais de soins » perçues sur des contrats solidaires et responsables (CSS L862-4), 20,27% à défaut.</p> <p>Exonération des cotisations perçues au titre des contrats responsables du calcul du chiffre d'affaires soumis à la C3S</p>
	Prévoyance (invalidité, incapacité, décès) (b du L242-1 II 4 du CSS)			<p>Déductibilité IRPP des cotisations ou primes versées par les employeurs et salariés pour les contrats de prévoyance (CGI art 83 1 quater).</p> <p>Exonération de TSCA.</p> <p>Taux de TSA à 6,27% sur la seule part (accessoire) des primes servant à financer les frais de soins.</p>

Source : Mission

## 1 Les assiettes des cotisations sociales et du forfait social sont basées sur l'assiette retenue pour la CSG

[4] L'assiette des rémunérations d'un salarié soumise à cotisations et contributions sociales est composée en principe de tous les revenus issus de son activité. Cette assiette est définie à l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, qui définit l'assiette de la contribution sociale généralisée<sup>1</sup> (CSG). Elle est constituée<sup>2</sup> par « *les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction électorale, quelles qu'en soient la dénomination ainsi que la qualité de celui qui les attribue, que cette attribution soit directe ou indirecte* ».

[5] De l'assiette de la CSG se déduisent deux assiettes :

- celle applicable aux cotisations sociales (1.1) ;
- presque complémentaiement, celle applicable au forfait social (1.2).

### 1.1 L'assiette des cotisations sociales est celle applicable à la CSG, de laquelle sont déduites certains dispositifs dérogatoires

[6] L'assiette des cotisations sociales est plus étroite que celle de la CSG puisque la première est obtenue en diminuant la seconde :

- de la contribution de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire de ses salariés. Cette exemption d'assiette fait l'objet du chapitre 2. Un dispositif spécifique existe pour les employeurs publics au titre de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- des sommes allouées au titre des dispositifs d'épargne salariale (intéressement, participation, plan d'épargne d'entreprise et assimilés) ;
- de la contribution à l'acquisition des chèques vacances (dans les entreprises de moins de 50 salariés) ;
- de certaines *stock options* et actions gratuites ;
- dans les limites de plafonds, des indemnités de rupture du contrat de travail ;
- depuis 2025 et sous certaines conditions, des *management packages*.

[7] Ces dispositifs<sup>3</sup> sont communément appelées « niches sociales ».

---

<sup>1</sup> CSS, art. L. 136-1.

<sup>2</sup> CSS, art. L. 136-1-1.

<sup>3</sup> Ces dispositifs font l'objet du rapport IGAS n° 2022-076R et IGF n° 2022-M-054-03 d'évaluation de l'efficacité des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale prévue par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

## 1.2 L'assiette du forfait social s'obtient en principe en déduisant celle des cotisations sociales de l'assiette de la CSG

[8] S'agissant du forfait social, son assiette est composée des revenus inclus dans l'assiette de la CSG mais pas dans ceux des cotisations sociales<sup>4</sup>. Autrement dit, les revenus soumis à CSG mais non soumis à cotisations sociales car bénéficiant d'une exemption sont redevables du forfait social.

[9] Toutefois, sont exemptés de forfait social, en fonction de la taille de l'entreprise :

- pour l'ensemble des entreprises : les attributions de *stock-options* et d'actions gratuites ; les indemnités pour rupture du contrat de travail ou cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux ; la participation aux titres-restaurants et chèques emploi-service universel ;
- pour les entreprises de moins de 250 salariés : les primes d'intéressement ;
- pour les entreprises de moins de 50 salariés : les contributions aux chèques vacances si l'entreprise ne dispose pas de CSE ou équivalent ; les primes de participation et abondements de l'employeur à un plan d'épargne salariale ;
- pour les entreprises de moins de 11 salariés : les contributions patronales de complémentaire santé et de prévoyance complémentaire.

## 2 L'exemption d'assiette sur la contribution de l'employeur est soumise à un plafond et nécessite que soient réunies des conditions portant sur les catégories couvertes, la nature des garanties, le caractère obligatoire du contrat et le taux de prise en charge

[10] L'exemption d'assiette relative à la contribution de l'employeur à la complémentaire santé et à la prévoyance est soumise à différentes conditions dépendant de la nature des garanties collectives :

[11] Ces conditions portent sur :

- les catégories de salariés concernés. En effet, il est possible d'offrir, sous conditions, des couvertures différenciées entre catégories objectives de salariés ;
- le caractère obligatoire du contrat pour les salariés concernés ;
- le taux de prise en charge par l'employeur ;
- les plafonds d'exemption.

---

<sup>4</sup> CSS, art. L. 137-15.

[12] De plus, en complémentaire santé, des conditions portant sur le contenu des contrats s'appliquent (contrats responsables et solidaires).

[13] Enfin, la contribution de l'employeur ne doit pas se substituer à un élément de rémunération mis en place dans l'année précédente et qui était soumis à cotisations sociales<sup>5</sup>.

## 2.1 Une exemption ancienne, fixée par la loi en 1980, qui n'a jamais été réexaminée

[14] L'article 16 de la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979 de financement de la sécurité sociale a ajouté à l'article L. 120 du code de la sécurité sociale un quatrième alinéa : « *Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations visées au premier alinéa ci-dessus pour la partie inférieure à un montant fixé par décret.* »

[15] S'agissant des motivations de la mesure, elles apparaissent peu claires à la lecture des débats, si ce n'est pour sécuriser juridiquement les employeurs, sans toutefois expliquer le choix effectué : « *Troisième mesure permanente, l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales d'une partie des contributions des employeurs à des régimes complémentaires. Cette disposition devrait permettre de clarifier les choses. En effet, il y a actuellement une totale divergence entre les pouvoirs publics, les administrations et les tribunaux sur le point de savoir quelle est la part des cotisations à des régimes de retraite complémentaire ou de prévoyance qu'il y a lieu ou non d'intégrer dans l'assiette des cotisations sociales* ».

[16] À titre d'exemple, on observera qu'une Cour d'appel<sup>6</sup> avait estimé que « *devaient être exclues [de l'assiette des cotisations sociales] non seulement les prestations familiales complémentaires existant avant 1946, mais, encore celles instituées ultérieurement, lorsque [...] leur création résultait d'un accord conclu entre l'employeur et les salariés* ».

[17] Ce principe d'exemption n'a ultérieurement jamais été réexaminé, bien que l'environnement des contrats concernés ait beaucoup changé, tant pour la complémentaire santé en 2004 avec la naissance de la notion de contrat responsable et solidaire ou lors de la fin des clauses de désignation par les branches professionnelles en 2013 (voir annexe 2), qui questionne la notion même de « régime collectif obligatoire ». Ce principe n'a pas non plus été réexaminé lors de la généralisation de complémentaire santé pour les salariés entre 2013 et 2016.

---

<sup>5</sup> Cf. article L242-1 du code de la sécurité sociale : « *Les dispositions du présent 4° ne sont pas applicables lorsque les contributions des employeurs se substituent à d'autres revenus d'activité qui ont été soumis à cotisations en application du I du présent article et versés au cours des douze derniers mois* ».

<sup>6</sup> Arrêt cassé : Cass., Soc., 18 décembre 1973, pourvoi n° 72-10.035.

[18] Seul le plafond de l'exemption, commun aux contrats de prévoyance et de complémentaire santé, a été revu en 2005 : d'un montant maximal par salarié de 19 % du PASS depuis 1985, il a été abaissé<sup>7</sup> à 12 % par un décret<sup>8</sup> du 9 mai 2005.

## 2.2 Le caractère collectif des garanties de protection sociale complémentaire s'apprécie de manière différente en fonction des risques concernés

[19] Les salariés d'une même entreprise pouvant être couverts de manière différente en protection sociale complémentaire, la constitution des catégories de salariés concernés par une même couverture est un élément d'admissibilité à l'exemption d'assiette de cotisations sociales. Des textes réglementaires de différents niveaux (décret<sup>9</sup>, circulaire<sup>10</sup> et bulletin officiel de la sécurité sociale) sont ainsi venues préciser la notion de catégorie objective de salariés ouvrant droit à l'exemption : les garanties de protection sociale complémentaire doivent avoir un caractère collectif.

[20] Le caractère collectif est établi lorsque les garanties couvrent<sup>11</sup> (CSS, art. R. 242-1-1) :

- « l'ensemble des salariés » ;
- alternativement, « une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent [...] de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées ».

[21] Dans ce dernier cas, cinq critères objectifs sont examinés pour définir une catégorie de salariés :

- l'appartenance aux catégories cadres et non cadres (voir *infra*) ;
- la rémunération, sous forme de plafonds égaux à une, deux, trois, quatre ou huit fois le PASS<sup>12</sup>, avec interdiction de constituer un groupe regroupant les seules rémunérations supérieures à huit fois le PASS ;
- la classification professionnelle définie dans les conventions de branche ou dans les accords professionnels ou interprofessionnels ;
- les sous-catégories prévues dans ces textes ;

---

<sup>7</sup> Ce niveau avait été fixé par la DSS et la DGFIP notamment à partir de données sur les cotisations employeurs en complémentaire santé et prévoyance, issues des portefeuilles des institutions de prévoyance les plus importantes.

<sup>8</sup> Décret n°2005-435 du 9 mai 2005 précisant les conditions dans lesquelles les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

<sup>9</sup> Articles R. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> Circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire.

<sup>11</sup> CSS, art. R. 242-1-1.

<sup>12</sup> Le montant du PASS au 1<sup>er</sup> janvier 2025 est de 47 100€.

- le rattachement à un régime de sécurité sociale, ou à une convention collective, un accord de branche, et de manière générale, « l'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession ».

[22] Les deux derniers cas de figure font l'objet d'un examen au cas par cas et doivent être justifiés par l'entreprise quelle que soit la nature de la garantie collective concernée.

[23] S'agissant des contributions maladie complémentaire, le caractère collectif est établi dans les deux premiers cas de figure ci-dessus.

[24] S'agissant des contributions de prévoyance complémentaire, les garanties décès ne peuvent être isolées des garanties d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude. Pour ces garanties ainsi que les prestations maternité, le caractère collectif est établi

- dans les deux premiers cas de figure en toute hypothèse ;
- dans le troisième cas de figure si l'ensemble des salariés sont couverts.

[25] Le tableau ci-dessous résume l'ensemble des situations possibles :

Tableau 2 : Caractère collectif des garanties de protection sociale complémentaire

Type de garantie	Ensemble	Cadres/non cadres	Tranches de rémunération	Catégories des CC	Sous-catégories des CC	Catégories d'usage
Complémentaire santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■
Prévoyance complémentaire (y compris maternité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▣	■	■
Prévoyance (décès seul)	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■

Source : Mission. Lecture :  = caractère collectif présumé établi ; ■ = caractère collectif devant être justifié par l'entreprise ; ▣ = caractère collectif présumé établi si tous les salariés sont couverts.

[26] La notion d'assimilés cadres était originellement définie dans le cadre de l'AGIRC<sup>13</sup>. Suite à l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, cette compétence a été transférée à l'APEC<sup>14</sup>, ce qui a pu occasionner des évolutions de doctrine.

<sup>13</sup> Articles 4, 4bis et 36 de l'annexe I de l'accord interprofessionnel du 14 mars 1947.

<sup>14</sup> Article 3 (commission paritaire APEC).

[27] Le décret n°2021-1002 du 30 juillet 2021 a imposé, outre l'agrément de la commission paritaire APEC, la définition par accord de branche (ou ANI) de ces catégories. On est ainsi passé d'une situation souple (agrément de la commission paritaire de l'AGIRC, puis de l'APEC) à une situation plus rigide en y ajoutant l'obligation de trouver un accord au niveau de la branche.

## 2.3 Le caractère obligatoire du contrat pour les salariés concernés

[28] Les salariés doivent obligatoirement adhérer au contrat collectif. Il ne peut y avoir dispense d'adhésion qu'à la demande du salarié et dans des cas prévus par la loi ou l'acte juridique instituant les garanties obligatoires (accords de branche, d'entreprise ou décision unilatérale de l'employeur).

[29] Certaines dispenses sont de droit pour le salarié, d'autres n'existent que si elles sont prévues par l'acte juridique qui institue les garanties.

[30] Ces dispenses sont limitativement énumérées par les textes (2.3.1), des dispenses spécifiques concernant de plus la complémentaire santé (2.3.2), à laquelle une modalité particulière, le versement santé, s'applique (2.3.3).

### 2.3.1 Les dispenses d'adhésion communes à la complémentaire santé et à la prévoyance

[31] En complémentaire santé comme en prévoyance, les dispenses d'adhésion sont soit d'ordre public (2.3.1.1), soit prévues par les accords ou décisions unilatérales de l'employeur ayant mis en place la couverture complémentaire (2.3.1.2).

#### 2.3.1.1 Une dispense permanente d'ordre public en cas de décision unilatérale de l'employeur (article 11 loi Evin)

[32] En cas de mise en place des garanties collectives par décision unilatérale de l'employeur, les salariés déjà présents dans l'entreprise ne peuvent être contraints d'y cotiser contre leur gré (article 11 de la loi Evin<sup>15</sup>).

[33] Si le financement est exclusivement patronal, ce cas de dispense ne joue pas.

#### 2.3.1.2 Les facultés de dispense dans l'acte qui institue les garanties

[34] [Selon l'article R242-1-6 du code de la sécurité sociale](#), peuvent être prévues dans l'acte juridique qui institue le contrat collectif des dispenses pour les salariés suivants :

- salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 3 mois, sans avoir à justifier d'une couverture individuelle ;

---

<sup>15</sup> « Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système. »

- salariés dont le contrat est supérieur à 3 mois mais inférieur à 12, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD d'une durée supérieure ou égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- salariés couverts par une assurance individuelle au moment de l'embauche, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- salariés à temps partiel ou apprentis, quelle que soit leur date d'embauche, dont l'adhésion au contrat les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

### 2.3.2 Les dispenses d'adhésion à la seule complémentaire santé

[35] Enfin, il existe trois<sup>16</sup> situations de dispense d'ordre public pour la complémentaire santé :

- en application de [l'article R242-1-6 du code de la sécurité sociale, pour](#) les salariés bénéficiant, quelle que soit la date d'embauche, de la complémentaire santé solidaire (CSS) – cette dispense prend fin à l'expiration des droits de la CSS ;
- en application de [l'article D 911-2 du code de la sécurité sociale](#), pour les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de l'une des couvertures suivantes :
  - complémentaire santé collective et obligatoire d'une autre entreprise ;
  - régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;
  - régime complémentaire de la CAMIEG (industries électriques et gazières) ;
  - complémentaire santé collective mise en place par l'État ou des collectivités territoriales ;
  - contrats d'assurance de groupe à adhésion individuelle dits « Madelin » ;
- en application du deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7, les salariés en CDD (ou contrat de mission) dont la durée de la couverture santé collective obligatoire est inférieure à trois mois<sup>17</sup> et qui justifient d'une couverture santé « responsable ».

### 2.3.3 En cas de dispense, le salarié a droit au versement santé s'il a souscrit un contrat responsable

[36] La couverture complémentaire santé peut être assurée, non par la souscription d'un contrat collectif, mais par le versement<sup>18</sup> « d'une somme représentative du financement » équivalent et « qui s'y substitue alors ».

---

<sup>16</sup> Issues de dispositions de nature différente (loi ; décret en Conseil d'État ; décret simple) et de livres différents du code de la sécurité sociale (livre II et livre IX). La loi Évin n'est pas codifiée.

<sup>17</sup> Cf. CSS, D911-6.

<sup>18</sup> CSS, art. L. 911-7-1.

[37] Plusieurs conditions doivent être réunies :

- le salarié doit être en CDD, en contrat de mission ou à temps partiel ;
- il doit avoir, à titre individuel, souscrit un contrat responsable ;
- il ne doit pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire (voir annexe 4) ni être ayant droit d'une personne dont la couverture est elle-même financée, même partiellement, par une personne publique.

[38] Il est par ailleurs possible, par voie d'accord de branche<sup>19</sup>, d'imposer le versement santé pour certains salariés<sup>20</sup>, la couverture par le contrat collectif souscrit par l'employeur n'étant alors plus autorisée.

[39] Le mode de calcul<sup>21</sup> du versement santé s'effectue sur la base de la participation que l'employeur aurait versée à un salarié de même catégorie mais qui bénéficierait de la couverture par le contrat souscrit par l'employeur, au *pro rata temporis*, le cas échéant, de la durée de travail considérée pour la partie forfaitaire de cette contribution. Cette participation est ensuite augmentée de 5 % pour salariés en CDI et de 25 % pour les salariés en CDD ou contrat de mission.

[40] Lorsqu'il n'existe pas de référence, la base de participation est de 15 € mensuels.

[41] Le versement santé repose *in fine* sur la maîtrise de l'une réglementation complexe par l'employeur, qui peut, comme le salarié, ne pas la connaître.

[42] Certaines branches particulièrement concernées ont perçu les enjeux de cette modalité. Ainsi, la branche de l'interim a organisé la mutualisation du versement santé au niveau de la branche, en le finançant par le fonds de solidarité du régime obligatoire de branche<sup>22</sup>. Pour les intermittents du spectacle, des cotisations obligatoires alimentent un fonds de solidarité santé contribuant aux contrats individuels de ceux ne bénéficiant pas de la couverture obligatoire.

## 2.4 Les taux de prise en charge sont en principe uniformes mais peuvent varier selon la situation du salarié et le risque considéré

[43] Le taux de la prise en charge de l'employeur doit en principe être uniforme au sein d'une même catégorie de salariés (CSS, art. R. 242-1-4). Toutefois, il est toujours possible de prendre en charge l'intégralité des cotisations des salariés :

- lorsqu'ils sont à temps partiel ou apprentis ;
- et lorsque les cotisations de ces salariés représentent au moins 10 % de leur rémunération brute ;

---

<sup>19</sup> Voir par exemple les stipulations de l'accord du 9 octobre 2020 relatif au régime complémentaire frais de santé de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

<sup>20</sup> CSS, art. D. 911-7 : « ceux dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine ».

<sup>21</sup> CSS, art. D. 911-8.

<sup>22</sup> Cf. avenant n°1 à l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires.

[44] En matière de complémentaire santé et de prévoyance complémentaire, il est également possible de moduler le taux de prise en charge en fonction de la composition du foyer du salarié. Il est également possible, pour les seules prestations d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité de moduler, le taux de prise en charge en fonction du salaire, à condition :

- que ces taux soient croissants avec la rémunération ;
- et qu'une « progression au moins aussi importante [soit] également appliquée aux contributions des salariés ».

[45] En conclusion, le tableau ci-dessous reprend les principaux éléments relatifs au taux de prise en charge des contributions de protection sociale complémentaire par l'employeur :

Tableau 3 : Les différents taux de participation employeur

Type de prestation	Cas général	Apprentis et salariés à temps partiel
Complémentaire santé	Uniforme Modulé (composition du foyer)	Si la contribution salarié de protection sociale complémentaire dépasse 10 % de la rémunération brute
Prévoyance complémentaire (décès)		
Prévoyance complémentaire (hors décès)	Uniforme Modulé (croissance du taux de prise en charge avec le salaire et avec la contribution salarié)	

Source : Mission

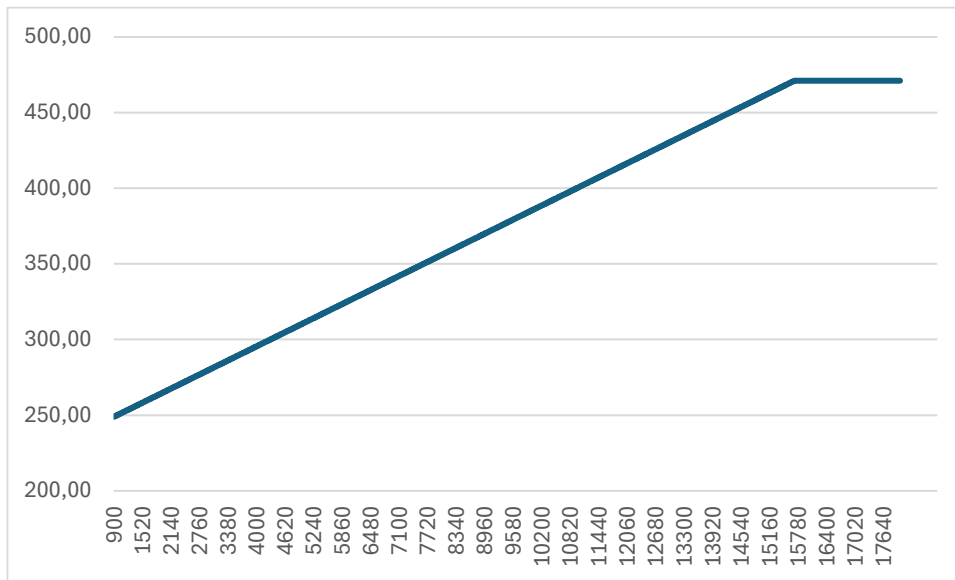
## 2.5 Le plafond global d'exemption est une proportion du salaire à laquelle s'ajoute une somme forfaitaire

[46] De manière générale, l'assiette exemptée s'apprécie tête par tête ([CSS, art. D. 242-1](#)). En complémentaire santé et prévoyance complémentaire, le plafond d'exemption vaut la somme des deux valeurs suivantes :

- 6 % du plafond de la sécurité sociale ;
- 1,5 % de la rémunération sous assiette.

[47] Ce total ne peut toutefois excéder 12 % du plafond de la sécurité sociale. Le plafond d'exemption est donc une droite affine (avec une valeur de 6 % du plafond à l'origine, soit 235,50 € mensuels en 2025) entre zéro et quatre plafonds, le plafonnement global à 12 % du plafond de la sécurité sociale (soit 471 € mensuels en 2025) fonctionnant pour les salaires au-dessus de quatre plafonds (soit un revenu mensuel brut de 15 700 € en 2025) comme le montre le schéma ci-dessous :

Graphique 1 : Plafonnement de l'exemption (complémentaire santé et prévoyance) en fonction du salaire mensuel brut



Source : Mission

[48] Pour mémoire, la retraite supplémentaire dispose d'un plafond spécifique distinct de celui décrit *supra*.

## 2.6 Les conditions supplémentaires imposées en complémentaire santé

[49] Les dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale confèrent à la complémentaire santé un statut particulier :

- la complémentaire santé a un caractère obligatoire, et les contributions afférentes doivent être prises en charge au moins à hauteur de 50 % par l'employeur ;
- le contrat souscrit par l'employeur doit être responsable et solidaire (voir annexe 4).

[50] Ainsi, plusieurs situations peuvent exister :

- un premier niveau de couverture correspondant au périmètre de l'assiette exemptée, constituée par les contrats collectifs souscrits par l'employeur, à adhésion obligatoire pour le salarié dont au moins la moitié de la contribution totale est prise en charge par l'employeur, et qui doit être obligatoirement un contrat responsable et solidaire ;
- un second niveau, dans lequel l'employeur souscrit des contrats collectifs à adhésion facultative pour les salariés (ou une partie d'entre eux), souvent sans participation de l'employeur et qui ne sont pas solidaires ou responsables.

[51] Dans ce deuxième cas de figure (on peut penser à une surcomplémentaire couvrant par exemple facultativement les seuls cadres), l'éventuelle participation de l'employeur n'ouvre pas droit à exemption de cotisations sociales.

[52] Ces contrats juxtaposés au contrat collectif obligatoire bénéficient :

- de l'acquisition simplifiée au travers du contrat « socle », proposé par le même organisme assureur et qui bénéficie des moyens de l'entreprise pour le faire connaître et le valoriser ;
- de l'avantage, en gestion, de la mutualisation avec le contrat « socle » (les frais de gestion – affiliation, gestion du compte client, connaissance des ayants droit, etc.) étant très significativement pris en charge par celui-ci). À dire d'expert, ce type de contrat est excessivement onéreux en gestion pour pouvoir être vendu indépendamment du contrat « socle », et son équilibre économique repose sur la mutualisation avec ce dernier.

[53] La tarification de ces options non responsables se fait donc au coût marginal alors que la présentation de contrats non responsables distincts se ferait au coût total. Il bénéficie donc de manière indirecte des soutiens publics présentés dans cette annexe.

[54] La vérification du caractère responsable et solidaire du contrat et de ses possibles options, et d'un éventuel contrat surcomplémentaire<sup>23</sup> est particulièrement complexe pour les services de contrôle des Urssaf. Elle l'est tout autant pour les entreprises, dont la majorité se fie à ce qu'indique l'organisme complémentaire selon l'Urssaf Caisse Nationale.

### **3 Le taux du forfait social sur la contribution de l'employeur à la prévoyance et à la complémentaire santé de ses salariés s'élève à 8 % pour les entreprises de 11 salariés et plus**

[55] Le forfait social est dû par l'employeur<sup>24</sup> du régime général et du régime agricole. Son taux est en principe<sup>25</sup>, depuis 2012, de 20 %. Ce niveau du forfait social a été fixé en 2012 en considération du niveau des cotisations sociales pour des prestations non contributives, afin de neutraliser d'éventuels effets de substitution avec du salaire<sup>26</sup>. Toutefois, comme indiqué *supra*, les contributions patronales de « prestations complémentaires de prévoyance » (c'est-à-dire la complémentaire maladie et la prévoyance complémentaire mais pas la retraite supplémentaire) des employeurs de moins de onze salariés sont exemptées de forfait social.

[56] Par ailleurs, le taux du forfait social est fixé à 8 % pour les contributions patronales destinées au « financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéficiaire » des salariés de l'entreprise, c'est-à-dire à la complémentaire maladie et à la prévoyance complémentaire, mais pas à la retraite supplémentaire.

---

<sup>23</sup> Dans le cas d'un contrat surcomplémentaire, son caractère solidaire et responsable doit s'apprécier en considérant la globalité des garanties offertes par le contrat complémentaire et le contrat surcomplémentaire.

<sup>24</sup> CSS, art. L. 137-16.

<sup>25</sup> Le taux du forfait social était de 2 % en 2009 lors de sa création. Il est passé à 4 % en 2010, 6 % en 2011, et 8 % au 1er janvier 2012. Depuis la LFSS pour 2012 et la LFR pour 2012, son taux normal est de 20 % (cf. fiche éclairage sur le forfait social de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2021).

<sup>26</sup> Voir par exemple pour le cas de l'épargne salariale le rapport IGAS n° 2013-128R et IGF n° 2013-M-015-02 sur les dispositifs d'épargne salariale, décembre 2013.

[57] Ce taux de 8 % était celui appliqué aux dispositifs de prévoyance avant leur intégration dans l'assiette du forfait social. Il n'a pas suivi l'évolution du taux du forfait social, en étant maintenu à 8 % en août 2012 par la loi de finances rectificative<sup>27</sup> pour 2012. Le rapport de la commission des finances de l'Assemblée nationale sur le projet de LFR pour 2012 évoque pour la création de cette dérogation la nature des contrats concernés ainsi que la nécessité d'un réexamen d'ensemble, incluant la taxation des contrats et la CMU complémentaire devenue aujourd'hui la complémentaire santé solidaire, et une concertation nécessaire avec les partenaires sociaux<sup>28</sup>.

[58] Pour mémoire, le taux du forfait social est fixé à 20 % pour les contributions patronales de retraite supplémentaire, sauf pour les employeurs de moins de onze salariés qui en sont exemptés.

[59] Le tableau suivant résume les différents taux de forfait social applicables :

Tableau 4 : Taux du forfait social en protection sociale complémentaire

Entreprise	Complémentaire santé	Prévoyance complémentaire	Retraite supplémentaire
Moins de 11 salariés	Exemption		
à partir de 11 salariés		8 %	20 %

Source : Mission

<sup>27</sup> Article 33 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

<sup>28</sup> « Le taux du forfait social reste toutefois fixé à 8 % pour la part d'assiette correspondant aux contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance (étant rappelé que ne sont imposés à ce titre que les employeurs occupant plus de neuf salariés). Il s'agit d'une résilience de la taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance qui avait été instituée par l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale dans le cadre du « Plan Juppé » ».

Le taux de cette taxe, qui était initialement de 6 %, avait été porté à 8 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 et n'avait pas été modifié depuis. Lorsque le taux du forfait social a atteint ce même taux, l'année dernière, il était logique d'intégrer l'ancienne taxe au sein du forfait social, qui l'avait en quelque sorte rattrapée. Pour autant, il n'a pas paru souhaitable aujourd'hui au Gouvernement de faire subir à ces éléments de rémunération une hausse substantielle de taxation, en raison de leur nature particulière : il s'agit en effet d'une aide destinée à faciliter l'accès des salariés à une couverture complémentaires maladie dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise. 65 % des entreprises de plus de neuf salariés participent au financement de la prévoyance.

La Cour des comptes a certes demandé, dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, un « réexamen d'ensemble » des aides publiques au financement de la protection sociale complémentaire au regard d'un ciblage qu'elle estime « très imparfait au regard même de l'équité sociale », mais il s'agit d'un chantier social beaucoup plus vaste, incluant la question des exonérations de cotisations, de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), qui doit être ouvert par une large concertation avec tous les acteurs concernés et qui ne peut pas être traité dans le cadre de ce collectif budgétaire. »

## 4 Le traitement fiscal concerne d'autres éléments d'assiette que la seule contribution patronale

[60] Les cotisations de protection sociale complémentaire font l'objet, outre le traitement social décrit *supra*, d'un traitement fiscal particulier, qu'il s'agisse :

- de la taxation des contrats complémentaires santé (4.1) et de prévoyance (4.2) ;
- de l'assujettissement, pour les entreprises d'assurance, à la contribution sociale de solidarité des sociétés (4.3) ;
- de l'assujettissement, pour les salariés, à l'impôt sur le revenu (4.4).

### 4.1 Exonérées de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA), les primes des contrats de complémentaire santé financées par les contributions employeur et salarié sont soumises à la taxe de solidarité additionnelle (TSA)

[61] L'historique de la taxation des contrats couvrant les frais de santé est intimement lié aux notions de solidarité et de responsabilité. Cette taxation a concerné indifféremment les contrats individuels et les contrats collectifs, alors que s'est opéré parallèlement un mouvement de bascule du marché de contrats individuels vers des contrats collectifs avec la généralisation de la complémentaire santé.

[62] À la différence de l'exemption d'assiette basée sur la notion de contrats collectifs obligatoires en entreprise et qui n'a pas évolué dans le temps, la taxation des contrats complémentaires santé, individuels comme collectifs, a connu de nombreux changements dans ses modalités depuis les années 2000.

[63] Le tableau ci-dessous résume l'assujettissement des différents types de prestations en protection sociale complémentaire à la TSCA et à la TSA.

Tableau 5 : Les différentes taxes frappant les contrats d'assurance

Type de prestation	TSCA	TSA
Complémentaire santé	Exonéré	Assujetti
Prévoyance complémentaire	Exonéré	Exonéré (sauf part maladie le cas échéant)
Retraite supplémentaire	Exonéré	Exonéré

Source : Mission

#### 4.1.1 L'activité d'assurance est en principe frappée par la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)

[64] Les contrats d'assurance, non soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) comme l'ensemble du secteur financier exonéré de TVA par la directive communautaire, sont soumis à une taxe, la TSCA, qui existe depuis 1944. Issue de droits de timbre et d'enregistrement antérieurs, elle est codifiée aux articles 991 et suivants du code général des impôts<sup>29</sup>.

[65] La TSCA est assise<sup>30</sup> sur « *le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré* ». En pratique, il s'agit de l'intégralité de la prime<sup>31</sup> et de ses accessoires.

[66] Le taux de la TSCA varie, beaucoup, selon la nature des risques couverts par les contrats<sup>32</sup> : il varie de 7 % à 33 %, ce taux étant celui applicable pour la responsabilité civile automobile<sup>33</sup>. Si le code général des impôts ne fixe pas de taux spécifique, il est par défaut de 9 %. De larges pans de l'activité du secteur de l'assurance sont toutefois exonérés<sup>34</sup> de TSCA, parmi lesquels :

- l'assurance sur la vie, qui représente plus des deux tiers du chiffre d'affaires du secteur ;
- les assurances de groupe<sup>35</sup> (voir annexe 2) :
  - « *souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés [...] et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires* », à condition que la souscription du contrat de prévoyance vise à « *satisfaire à une disposition [sic] prévue par une convention collective ou un accord d'entreprise ou résultant du contrat de travail de l'ensemble ou d'un nombre significatif de salariés de l'entreprise* » ;
  - souscrites par les employeurs publics au profit des agents de fonction publique de l'État et territoriale<sup>36</sup> « *au titre d'une protection sociale complémentaire couvrant le risque de prévoyance* » ;
- l'assurance dépendance ;

---

<sup>29</sup> La TSCA collectée par les organismes assureurs porte sur l'ensemble des primes d'assurance et des frais accessoires. Le principe est que toute convention d'assurance y est soumise, dès lors que le risque est situé en France.

<sup>30</sup> CGI, art. 991.

<sup>31</sup> En assurance, on parle indifféremment de prime ou de cotisation. Si le premier terme est utilisé par les actuaires et pour les sommes collectées par les sociétés anonymes d'assurance au titre de leur activité d'assurance, le deuxième terme est utilisé pour désigner les sommes collectées par les sociétés mutuelles relevant du code des assurances (CAss, art. L. 322-26-1 et suivants), les mutuelles relevant du code de la mutualité et les institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale.

<sup>32</sup> CGI, art. 1001.

<sup>33</sup> Le rendement de la taxe est d'autant meilleur que le bien assuré n'est pas délocalisable et que l'assurance est obligatoire pour une large population.

<sup>34</sup> CGI, art. 996 et suivants.

<sup>35</sup> CGI, art. 998.

<sup>36</sup> Le versant hospitalier de la fonction publique n'est pas mentionné mais l'exonération trouve également à s'appliquer.

- les contrats d'assurance maladie assujettis à la TSA.

[67] Le produit de la TSCA « est affecté aux départements et [...] à la métropole de Lyon » à l'exception d'une fraction affectée au financement des branches famille et autonomie de la sécurité sociale<sup>37</sup> et d'une fraction affectée au budget général de l'État<sup>38</sup>.

#### 4.1.2 L'exonération de TSCA des complémentaires santé était initialement conditionnée aux principes mutualistes limitant la sélection des risques en fonction de l'état de santé

[68] Historiquement, la notion de solidarité des contrats complémentaires santé est issue du partage du marché entre différents acteurs économiques se basant sur des principes distincts. La définition de la solidarité recouvrait alors les principes mutualistes qui venaient limiter la sélection des risques en santé, avec l'interdiction de recueillir lors de la souscription des informations médicales (absence de questionnaire médical lors de la souscription) et l'interdiction de fixer les primes ou cotisations en fonction de l'état de santé de l'assuré<sup>39</sup>.

[69] La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi « Évin »), applicable à l'ensemble des organismes assureurs indépendamment de leur forme juridique, étendait cette notion dans le cadre de la couverture complémentaire santé d'entreprise avec notamment :

- l'obligation de couvrir les pathologies antérieures déjà survenues lors de la souscription du contrat ;
- l'interdiction d'exclure des garanties portant sur des prestations en nature prises en charge par l'assurance maladie ;
- l'obligation de maintenir les garanties au-delà de la cessation du contrat de travail.

[70] Les mutuelles relevant du code de la mutualité et les institutions de prévoyance (IP) relevant du livre IX du code de la sécurité sociale étaient historiquement exonérées de TSCA, semble-t-il en considération de leur but non lucratif<sup>40</sup>.

[71] Dans le cadre de l'entrée des mutuelles santé et des IP dans le marché commun de l'assurance, la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a saisi en 1992 la Commission européenne sur le fondement d'une distorsion de concurrence entre les trois familles d'opérateurs sur le marché de la complémentaire santé<sup>41</sup>. Cette démarche a débouché sur une réforme de 2002 (loi de finances rectificative pour 2001) : l'exonération de TSCA pour les mutuelles et les IP a été supprimée et l'exonération concerne désormais les contrats « solidaires », c'est à dire les contrats sans questionnaire médical à l'entrée et ne tarifiant pas le risque en fonction de l'état de santé, quelle que soit la forme juridique de l'organismes assureur.

---

<sup>37</sup> CSS, art. L. 131-8.

<sup>38</sup> CGI, art. 1001.

<sup>39</sup> CMut, art. L. 110-2.

<sup>40</sup> CMut, art. L. 110-1 pour les mutuelles et CSS, art. L. 931-1 pour les institutions de prévoyance.

<sup>41</sup> Cf. [Courrier de la commission européenne à la France -2 juin 2004 - Aide d'État E 46/2001 – aide d'Etat - exonération de la taxe sur les contrats d'assurance maladie](#)

#### 4.1.3 À partir de 2004, la taxation des complémentaires santé a été l'outil pour améliorer l'articulation des contrats complémentaires avec la politique de l'assurance maladie obligatoire, avec la naissance des contrats « responsables »

[72] La loi du 13 août 2004 marque un tournant avec la volonté des pouvoirs publics de mieux articuler les couvertures complémentaires avec l'assurance maladie obligatoire. Outre les principes précédents (contrats « solidaires »), de nouvelles conditions sont posées pour bénéficier de l'exonération :

- la non prise en charge des participations obligatoires de l'assuré ;
- le respect de la définition de contrats complémentaires santé « responsables », introduite dans le code de la sécurité sociale à l'article L. 871-1.

[73] Le contenu de la définition des contrats responsables s'est ensuite étoffé, en lien avec la politique de gestion du risque de l'assurance maladie, tel que le parcours de soin ou la réforme dite du « 100 % santé » en 2019.

[74] Du point de vue de la fiscalité du contrat complémentaire santé, la TSCA, qui était complétée depuis 2000 par une contribution CMU, a été remplacée à compter de 2016 par la taxe de solidarité additionnelle (TSA), taxe prévue par le code de la sécurité sociale<sup>42</sup> et recouvrée par l'URSSAF de Paris-région parisienne<sup>43</sup>.

#### 4.1.4 L'assiette de la TSA est presque identique à celle de la TSCA

[75] La TSCA est assise<sup>44</sup> sur « le montant des sommes stipulées au profit [d'une organisme assureur français ou étranger opérant en France]. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré ». Cette rédaction est presque identique à celle de l'article 991 du code général des impôts.

[76] Elle est donc assise sur l'intégralité de la prime, indépendamment de la part qu'en payent l'employeur et le salarié.

[77] Toutefois, dans le cas de la Complémentaire santé solidaire (CSS) avec participation financière de l'assuré, cette participation est exemptée de TSA.

#### 4.1.5 Le taux de la TSA varie selon le contenu des contrats complémentaires santé

[78] Six cas de figure, concernant soit le contenu des contrats complémentaires santé, soit les publics visés conduisent à quatre taux différents de TSA :

---

<sup>42</sup> CSS, art. L. 862-4.

<sup>43</sup> Arrêté du 4 mars 2011 (JORF du 10 mars 2011).

<sup>44</sup> CSS, art. L. 862-4.

- un taux de 6,27 % concernant :
  - les travailleurs salariés et non salariés « *exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture* » lorsque le contrat est responsable<sup>45</sup> ;
  - les contrats de groupe souscrits « *par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés [...] et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires* », à condition que la souscription du contrat de prévoyance vise à « *satisfaire à une disposition [sic] prévue par une convention collective ou un accord d'entreprise ou résultant du contrat de travail de l'ensemble ou d'un nombre significatif de salariés de l'entreprise* ». Il s'agit donc de contrats portant essentiellement sur des garanties de prévoyance complémentaire et accessoirement de complémentaire santé ;
- un taux de 13,27 % concernant l'ensemble des contrats solidaires et responsables (hors affiliés des régimes agricoles) ;
- un taux de 14 % concernant les contrats de santé complémentaire couvrant des personnes non ressortissantes d'un régime d'assurance maladie français ;
- un dernier taux de 20,27 % pour les autres contrats.

[79] Par ailleurs, outre les garanties couvrant les frais de soins, la TSA peut porter sur des garanties d'indemnités journalières complémentaires à la sécurité sociale, à des taux différents (7 % ou 14 %).

[80] En conclusion, la taxation des contrats d'assurance complémentaire santé a évolué dans le temps et dans ses modalités comme le montre le tableau ci-dessous. Mais le niveau global de taxation est stable depuis 2011, lorsqu'on compare le taux actuel à la somme de la TSCA et de la contribution CMU-C.

[81] Le principe d'une taxation différentielle entre contrats solidaires et responsables et autres contrats, outil d'orientation du marché vers les contrats responsables, est demeuré constant dans le temps. L'écart initial de sept points en 2002 demeure aujourd'hui, et n'a connu une exception qu'entre 2011 et 2013.

---

<sup>45</sup> Curieusement, le critère de solidarité du contrat n'est pas imposé pour ces contrats.

Tableau 6 : Historique des taux de TSCA, contribution CMU et TSA

		En %							
	Types de contrats	Oct. 2002 à 2005	2006 à 2007	2008	2009 à 2010	Janv. à sept. 2011	Oct. 2011 à 2013	2014 à 2015	Depuis 2016
<b>TSA/CMU</b>	Classiques, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	13,27
	Classiques, non responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	20,27
	1° art. 998 CGI	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, non responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	20,27
	Au 1 <sup>er</sup> euro								
<b>TSCA</b>	Classiques, responsables et solidaires					3,50	7,00	7,00	
	Classiques, non responsables et solidaires	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	
	1° art. 998 CGI								
	Agricoles, responsables et solidaires								
	Agricoles, non responsables et solidaires			7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	
	Au 1 <sup>er</sup> euro	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	
<b>Total TSA/CMU + TSCA</b>	Classiques, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	9,77	13,27	13,27	13,27
	Classiques, non responsables et solidaires	8,75	9,50	9,50	12,90	13,27	15,27	20,27	20,27
	1° art. 998 CGI	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, non responsables et solidaires	1,75	2,50	9,50	12,90	13,27	15,27	20,27	20,27
	Au 1 <sup>er</sup> euro	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	14,00

Source : DREES, *La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties*, édition 2024

## 4.2 Les cotisations des contrats de prévoyance sont exonérées de TSCA et également de TSA pour les risques incapacité, invalidité et décès

### 4.2.1 Les contrats couvrant très majoritairement les risques décès incapacité invalidité sont exonérés de TSCA

[82] Les contrats collectifs souscrits par les employeurs au profit de leurs salariés et dont au moins 80 % de la prime est affectée à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'incapacité de travail, à l'invalidité, au décès accidentel, sont exonérés<sup>46</sup> de taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

<sup>46</sup> CGI, art. 998.

#### 4.2.2 Ces contrats de prévoyance sont taxés à la TSA pour la part minoritaire de la prime couvrant les frais de soins, et au taux de 6,27 %

[83] Lorsque le contrat collectif de prévoyance inclut une part minoritaire (au plus 20 % de la prime totale du contrat) de garanties portant sur des remboursements de frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires, la prime correspondante est soumise à la TSA au taux de 6,27 %.

#### 4.2.3 Les garanties d'IJ maladie complémentaires ne supportent la TSA, en principe au taux de 7 %, que si elles sont en-dehors d'un contrat collectif de prévoyance

[84] Le 4° du II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale prévoit un taux de TSA de « 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ».

[85] Il conviendrait, en théorie, de distinguer les indemnités complémentaires aux indemnités journalières de la branche maladie, visées par ce dispositif, des indemnités journalières de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, qui ne relèvent pas de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale mais des articles L. 433-1 et suivants. Il convient également de remarquer que la TSA s'applique aux contrats prévoyant le versement d'indemnités complémentaires à un régime obligatoire français<sup>47</sup>.

[86] Si les contrats ne sont pas responsables et solidaires, le taux de la TSA est de 14 % (majoration de sept points).

[87] Lorsque ces garanties complémentaires aux IJ maladie de la sécurité sociales sont délivrés dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance tel que défini par l'article 998 CGI, elles sont exonérées de TSA<sup>48</sup>.

[88] Le produit de la TSA en 2023 est de 5,7 milliards d'euros. Avec les participations des assurés, il contribue au financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) à hauteur de 3,4 milliards d'euros<sup>49</sup>. Le solde de la TSA (2,3 milliards d'euros en 2023) est affecté à la CNAM.

---

<sup>47</sup> Cass, Civ. 2., 2 juin 2022, pourvoi n° 20-21.881.

<sup>48</sup> Cf. [CIRCULAIRE N° DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015 relative à la taxe de solidarité additionnelle de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale](#)

<sup>49</sup> Cf. DSS, Complémentaire santé solidaire, rapport annuel 2024.

### 4.3 Les organismes d'assurance ne sont pas redevables de la C3S sur les contrats complémentaires maladie solidaires et responsables

[89] La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est due par un large ensemble d'entreprises<sup>50</sup>, parmi lesquelles les organismes assureurs quelle que soit leur forme juridique.

[90] Elle est assise sur le chiffre d'affaires réalisé l'année précédente<sup>51</sup> abattu de 19 M€. Son taux est uniforme à 0,16 %. Pour les organismes assureurs, le chiffre d'affaires est défini « *au 1 du VI de l'article 1586 sexiès du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation* », qui est le chiffre d'affaires retenu pour la contribution sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

[91] Toutefois, contrairement à l'assiette de la CVAE, l'assiette de la C3S ne comprend pas, pour les organismes assureurs, les sommes collectées au titre<sup>52</sup> :

- des contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative solidaires et responsables ;
- des contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire solidaires et responsables ;
- ni les remises de gestion des mutuelles gérant un régime obligatoire de sécurité sociale.

[92] Le coût de ce dispositif, que la mission n'a pas investigué, est estimé à 44 M€ en 2022 d'après l'annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023.

### 4.4 Le traitement dérogatoire des cotisations pour l'impôt sur le revenu des personnes physiques distingue prévoyance et complémentaire santé

[93] Pour les employeurs, les contributions patronales versées au titre de la prévoyance complémentaire par les entreprises au profit de leurs salariés sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés<sup>53</sup>.

Pour les salariés<sup>54</sup> :

- dans le cas de la prévoyance complémentaire, les contributions salariales et les contributions patronales au contrat de prévoyance complémentaire sont exemptées de l'assiette de l'impôt sur le revenu des personnes physiques ;

---

<sup>50</sup> CSS, art. L. 137-30.

<sup>51</sup> CSS, art. L. 137-32.

<sup>52</sup> CSS, art. L. 137-33.

<sup>53</sup> CGI, art. 39. Voir par exemple CE, 17 juin 1985, n° 51135 : « *en vertu du 1 de l'article 39 du code général des impôts [...] sont déductibles, pour l'assiette de l'impôt sur les sociétés, toutes les dépenses de personnel et de main-d'œuvre exposées dans l'intérêt de l'entreprise* ».

<sup>54</sup> CGI, art. 83.

- dans le cas de la complémentaire santé, seules les contributions salariales sont exclues de l'assiette de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

[94] L'exonération de l'assiette de l'IRPP a été créée par la loi<sup>55</sup> en 1985. Comme pour l'exemption d'assiette de cotisations sociales, elle semble répondre à un besoin de sécurisation juridique, la doctrine administrative, n'ayant pas été reconnue par le conseil d'Etat.

[95] Un arrêt du conseil d'Etat<sup>56</sup> avait en effet jugé que la part salariale des cotisations de prévoyance complémentaire n'était pas déductible du salaire imposable, même si le versement de la cotisation était rendu obligatoire par un accord d'entreprise, un accord d'entreprise « *ne pouvant être assimilé aux régimes légalement obligatoires de sécurité sociale qu'ils soient de base ou complémentaires* ».

[96] Initialement, les contributions salariales et patronales n'entraient pas dans la base d'imposition, qu'il s'agisse de prévoyance ou de complémentaire santé. La suppression de l'exonération fiscale de la participation de l'employeur aux contrats collectifs de complémentaire santé a été introduite par la loi de finances pour 2014.

[97] Selon le rapport de la commission des finances du Sénat sur le PLF pour 2014, cette différence de traitement se justifiait, outre le gain pour les finances publiques estimé à 960 M€, par :

- le coût pour les finances publiques de la généralisation de la complémentaire santé 2013 (maintien de l'exonération pour la part salariale) ;
- la recherche d'une meilleure équité des aides publiques, entre les salariés couverts en collectives obligatoires et avec contribution de l'employeur, et les personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

[98] Le rapport précité soulignait également la différence de nature des prestations versées. Les prestations au titre de ces risques incapacité de travail, invalidité et décès « *étant la plupart du temps versées en espèces, elles sont soumises à l'impôt sur le revenu. Ceci n'est pas le cas pour les prestations en matière de santé, qui sont des prestations en nature. En raison des différences de nature et de régime fiscal des prestations selon les types de garanties, il apparaît justifié de prévoir un régime d'imposition différent pour les primes et contributions versées au titre de la couverture complémentaire santé, d'une part, et au titre de la couverture complémentaire incapacité, invalidité et décès, d'autre part.* »

[99] A cette occasion, les plafonds ont été abaissés pour tenir compte de la mesure. Le plafond, qui s'applique aux garanties complémentaires tous risques confondus (y compris retraite supplémentaire) est désormais égal à la somme de :

- 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (contre 7 % précédemment) ;
- 2 % de la rémunération annuelle brute (contre 3 % précédemment).

---

<sup>55</sup> Cf. article 17 de la [loi n° 85-695 du 11 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier](#).

<sup>56</sup> Assemblée du CE, 2 décembre 1983, n° 43.760.

[100] Ce total ne peut dépasser 2 % (contre 3 % précédemment) de huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit un montant plafond annuel de 7 536 € en 2025 (16 % du PASS).

[101] Au-delà du plafond, les sommes sont réintégrées dans la base d'imposition de l'IRPP (et ces sommes au-delà du plafond ne sont plus déductibles pour l'entreprise de l'assiette de l'impôt sur les bénéfices).

# ANNEXE 2 : Le cadre juridique : droit des assurances et droit du travail

<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>LE CADRE JURIDIQUE : DROIT DES ASSURANCES ET DROIT DU TRAVAIL .....</b>	<b>29</b>
<b>1</b>	<b>LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EST SOUMISE AUX REGLES DU SECTEUR DE L'ASSURANCE .....</b>	<b>30</b>
1.1	LES REGLES DIFFERENT SENSIBLEMENT ENTRE ASSURANCE VIE ET ASSURANCE NON VIE .....	30
1.2	LES CONTRATS D'ASSURANCE PEUVENT ETRE DIFFUSES SOUS FORME DE CONTRATS COLLECTIFS ET DE CONTRATS INDIVIDUELS .....	34
1.3	LES REGLES DE SOLVABILITE SONT ENCADREES PAR LA REGLEMENTATION EUROPEENNE, MAIS LE DROIT DU CONTRAT DEMEURE LARGEMENT NATIONAL .....	38
<b>2</b>	<b>LE DROIT DU TRAVAIL IMPOSE CERTAINES OBLIGATIONS A L'EMPLOYEUR.....</b>	<b>39</b>
2.1	LES OBLIGATIONS LEGALES DE L'EMPLOYEUR PORTENT SUR LE MAINTIEN DE SALAIRE ET LA COMPLEMENTAIRE SANTE	39
2.1.1	<i>L'employeur doit maintenir une fraction du salaire de son salarié arrêté pour raisons de santé pendant au moins 60 jours .....</i>	<i>39</i>
2.1.2	<i>L'employeur doit couvrir ses salariés par une complémentaire santé et prendre en charge au moins la moitié de son coût .....</i>	<i>42</i>
2.2	DES ACCORD INTERPROFESSIONNELS SE SONT INTERESSES A LA PREVOYANCE DES CADRES ET A LA COMPLEMENTAIRE SANTE .....	45
2.2.1	<i>L'ANI de 1947 impose une couverture prévoyance incluant obligatoirement le risque décès des cadres et assimilés .....</i>	<i>46</i>
2.2.2	<i>L'ANI de 2013 a généralisé la complémentaire santé à l'ensemble des salariés .....</i>	<i>47</i>

[1] La présente annexe décrit succinctement le cadre applicable à la protection sociale complémentaire :

- En matière de droit des assurances (1) ;
- En matière de droit du travail (2).

## 1 La protection sociale complémentaire est soumise aux règles du secteur de l'assurance

[2] S'agissant de la protection sociale complémentaire, les règles applicables au contrat d'assurance ressortent de deux corpus distincts (1.1) :

- l'assurance vie, pour les garanties décès des contrats de prévoyance. Pour mémoire, les garanties de retraite supplémentaire ou relatives aux indemnités de fin de carrière, non étudiées dans ce rapport, relèvent également de l'assurance vie ;
- l'assurance non vie, pour les garanties frais de soins, incapacité de travail et invalidité.

[3] Diffusée de manière variée (sans intermédiaire, avec un réseau salarié, avec un réseau d'agents généraux, avec un réseau bancaire ou avec un réseau de courtiers), l'assurance se présente sous deux formes (1.2) :

- Les contrats individuels, dans lequel l'assuré est en relation directe avec l'assureur, la modification du contrat nécessitant l'accord du souscripteur comme celle de l'assureur ;
- Les contrats collectifs, dans lesquels un souscripteur (l'employeur, dans le cas de la protection sociale complémentaire d'entreprise) est en relation directe avec l'assureur, les adhérents venant, de manière obligatoire ou facultative, se lier à ce contrat pour bénéficier de ses garanties en échange, le cas échéant<sup>57</sup>, du paiement des primes ou cotisations.

[4] Sous certaines limites, le droit du contrat d'assurance reste très largement national (1.3).

### 1.1 Les règles diffèrent sensiblement entre assurance vie et assurance non vie

[5] La distinction entre assurance vie et assurance non vie est la *summa divisio* de l'ordonnancement juridique français et même européen<sup>58</sup> :

---

<sup>57</sup> Il peut arriver que le souscripteur règle les cotisations ou primes pour le compte des adhérents au contrat (par exemple en protection sociale complémentaire avec un souscripteur employeur au bénéfice de ses salariés).

<sup>58</sup> Le droit européen a toutefois introduit la notion d'assurance de personnes, originellement étrangère à la culture assurantielle française. L'assurance de personnes est composée de l'assurance vie et de l'assurance santé (maladie et accident).

- l'assurance vie fait reposer l'aléa assurantiel sur une personne physique (la tête assurée) dont le décès avant une certaine échéance<sup>59</sup> (garanties en cas de décès, comme par exemple les garanties temporaire décès en assurance emprunteur) ou la survie à une date donnée (garanties en cas de vie, comme par exemple le service des rentes viagères à titre onéreux) déclenche la garantie due par l'assureur<sup>60</sup> ;
- l'assurance non vie fait reposer l'aléa assurantiel sur tout autre élément : assurance santé, assurance de biens, assurance de responsabilité et autres assurances (notamment assurance caution, assurance crédit<sup>61</sup>, protection juridique et assistance) en sont les principales catégories. L'aléa déclenchant la garantie due par l'assureur ne doit pas être de nature viagère. Ainsi, dans un accident de la route ayant causé la mort d'un piéton, l'assureur tenu à réparation relève des règles non vie car sa garantie est déclenchée par la survenance de l'accident automobile et non par le décès de la victime.

### Les principes de spécialité et de spécialisation en assurance

Le principe de spécialité est double :

- d'une part, une entreprise d'assurance ne peut avoir d'activité autre que l'assurance<sup>62</sup> ;
- inversement, l'activité d'assurance ne peut être exercée que par un organisme assureur<sup>63</sup>. Le fait d'exercer une activité d'assurance sans bénéficier de l'agrément correspondant est réprimé pénalement<sup>64</sup>.

Le principe de spécialité connaît des tempéraments mineurs<sup>65</sup>, mais se heurte à une difficulté pratique : l'activité d'assurance n'est définie par aucun texte.

Le principe de spécialité se double d'un principe de spécialisation entre activités d'assurance vie et d'assurance non vie. Le cumul est toutefois possible pour les seules sociétés dites « mixtes » qui peuvent avoir simultanément une activité vie et une activité non vie limitée aux dommages corporels, notamment l'assurance santé (voir *infra*).

Source : *Mission*.

---

<sup>59</sup> Certains contrats d'assurance décès – appelés « contrats vie entière » - ne prévoient pas d'échéance : la somme garantie est due au décès de l'assuré. Si la survenance du sinistre est certaine, sa date est incertaine.

<sup>60</sup> Il est possible – c'est même le cas le plus courant – qu'un même contrat comporte simultanément des garanties en cas de vie et en cas de décès.

<sup>61</sup> La différence entre l'assurance caution et l'assurance crédit est la personne assurée : dans les deux cas, un prestataire de service ou un fournisseur de biens cherche à se protéger contre la défaillance de son client, mais l'assuré est le client dans le cas de l'assurance caution (qui cherche donc à se protéger contre sa propre défaillance) alors qu'il s'agit du prestataire de service ou du fournisseur de biens dans le cas de l'assurance crédit.

<sup>62</sup> CAss, art. L. 321-1.

<sup>63</sup> CAss, art. L. 310-2.

<sup>64</sup> Trois ans de prison et 75 000 € d'amende encourus (CAss, art. L. 310-27).

<sup>65</sup> Ainsi, un assureur peut notamment avoir une activité de réassurance (CAss, art. L. 310-1-1), de courtage (CAss, art. R. 322-2), de démarchage bancaire et financier et plus généralement toutes les activités « demeur[a]nt d'importance limitée par rapport à l'ensemble des activités de l'entreprise » (CAss, art. L. 322-2-2).

[6] Cette distinction emporte des conséquences pratiques importantes :

- l'assurance vie présente un caractère forfaitaire<sup>66</sup>, c'est-à-dire qu'un contrat d'assurance vie doit stipuler des montants garantis préalablement définis à des époques données. Inversement, l'assurance non vie peut présenter aussi bien un caractère forfaitaire<sup>67</sup> qu'indemnitaire<sup>68</sup>, c'est-à-dire prendre en charge tout ou partie d'un sinistre indépendamment de son montant<sup>69</sup> ;
- l'assurance non vie est ouverte à une large gamme de souscripteurs (tous ceux ayant intérêt à la conservation d'une chose<sup>70</sup>) alors qu'en assurance non vie, le consentement éclairé de la tête assurée est une condition de la validité du contrat (voir encadré *infra*). Cette condition est toutefois levée pour les « *contrats d'assurance de groupe à adhésion obligatoire* » (parmi lesquels les contrats souscrits par l'employeur au profit de son personnel et comportant des garanties décès) ;
- l'assureur vie ne peut exercer de recours contre le tiers<sup>71</sup> qui aurait causé fautivement le décès de la tête assurée alors que l'assureur non vie peut en toute hypothèse exercer un recours subrogatoire<sup>72</sup> ;
- il est en principe interdit à une entreprise d'assurance d'exercer simultanément des activités vie et non vie. Par dérogation à ce principe de spécialisation<sup>73</sup>, il est possible d'exercer simultanément une activité vie et une activité d'assurance de dommages corporels (santé) à la condition expresse qu'il existe<sup>74</sup> « *une gestion distincte, organisée de telle sorte que l'activité d'assurance vie et l'activité d'assurance non-vie soient séparées* ».

---

<sup>66</sup> CAss, art. L. 131-1.

<sup>67</sup> Le principe indemnitaire ne s'oppose pas à une indemnisation forfaitaire, sous réserve de ne pas indemniser plus que le montant du sinistre (CAss., art. L. 121-3).

<sup>68</sup> CAss., art. L. 121-1.

<sup>69</sup> C'est notamment le cas des franchises et plafonds de garantie (CAss, art. L. 121-1).

<sup>70</sup> CAss, art. L. 121-6.

<sup>71</sup> CAss, art. L. 131-2.

<sup>72</sup> CAss, art. L. 121-12.

<sup>73</sup> CAss., art. L. 321-1.

<sup>74</sup> CAss., art. R. 321-1-1.

### Le consentement de la tête assurée

Comme indiqué *supra*, les garanties d'un contrat d'assurance vie sont déclenchées :

- au décès de la tête assurée pour les garanties en cas de décès. Dans ce cas, le bénéficiaire en cas de décès se voit remettre les sommes stipulées au contrat ;
- en cas de survie de la tête assurée à une date donnée (cas des rentes viagère notamment), le bénéficiaire en cas de vie, qui est très fréquemment également le souscripteur du contrat, se voit remettre les sommes stipulées au contrat, qui peuvent être différentes et surtout suivent une fiscalité différente des sommes stipulées en cas de décès.

Afin de prévenir le *votuum mortis*, c'est-à-dire la tentation que pourrait avoir le bénéficiaire en cas de décès de hâter le trépas de la tête assurée afin de jouir du bénéfice du contrat plus tôt, le législateur a prévu un mécanisme préventif relatif au consentement de la tête assurée :

- en toute hypothèse, la nullité du contrat<sup>75</sup> est encourue si la tête assurée n'a « *pas donné son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantis* », la même obligation existant pour le gage portant sur le bénéfice du contrat ;
- une attention particulière est portée aux mineurs (et aux incapables), dont le consentement peut plus difficilement être vérifié que celui des capables : il est absolument interdit<sup>76</sup> de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur de moins de 12 ans<sup>77</sup>. La sanction civile de nullité est complétée par une sanction pénale d'amende (de 4 500 €) concernant l'assureur comme le souscripteur. S'il est possible<sup>78</sup> de contracter sur la tête des mineurs de plus de 12 ans, leur consentement, requis, doit en outre être complété de celui de leur représentant légal.

Le consentement de la tête assurée n'est toutefois pas requis pour les contrats de groupe à adhésion obligatoire, catégorie de laquelle ressortent les contrats de prévoyance complémentaire.

Des mesures curatives existent également. En particulier lorsque le bénéficiaire<sup>79</sup> :

- a tué volontairement la tête assurée, le bénéfice du contrat est transféré au souscripteur ou à ses ayants causes (sauf s'ils ont eux-mêmes participé au meurtre de la tête assurée) ;
- a tenté sans succès de tuer la tête assurée, il est possible au souscripteur de révoquer le bénéfice du contrat d'assurance vie, même lorsque ce dernier a été accepté<sup>80</sup>.

Source : *Mission*.

[7] Les principes décrits ci-dessus sont également applicables aux mutuelles (relevant du livre II du code de la mutualité) et institutions de prévoyance (relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale. En effet, ces organismes ne peuvent pratiquer que :

- les activités d'assurance vie ;
- l'assurance santé ;

<sup>75</sup> CAss, art. L. 132-2.

<sup>76</sup> CAss, art. L. 132-3.

<sup>77</sup> Ainsi que d'un majeur sous tutelle et d'une personne placée en établissement psychiatrique.

<sup>78</sup> CAss, art. L. 132-4.

<sup>79</sup> CAss, art. L. 132-24.

<sup>80</sup> En principe, « *la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci* » (CAss, art. L. 132-9).

- d'autres activités dont l'importance demeure marginale : les mutuelles peuvent ainsi exercer en assurance caution, assurer les pertes de revenus et de loyers ainsi qu'avoir des activités de protection juridique et d'assistance<sup>81</sup> ; les institutions de prévoyance peuvent assurer les pertes de revenus<sup>82</sup> (chômage) mais ne peuvent alors pas avoir d'activité vie<sup>83</sup>.

[8] De manière générale :

- ni les institutions de prévoyance<sup>84</sup>, ni les mutuelles<sup>85</sup> ne peuvent fonder leurs tarifs sur la base du sexe, alors que les sociétés d'assurance ont pu le faire<sup>86</sup>, en particulier en assurance santé, avant que la jurisprudence européenne ne prohibe cette pratique<sup>87</sup>. Les prestations servies en cas de maternité ne sont toutefois pas visées par ces dispositions ;
- les mutuelles ne peuvent faire dépendre leurs tarifs<sup>88</sup> que du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droits ou de l'âge<sup>89</sup> :
  - pour leurs contrats individuels ;
  - pour leurs contrats collectifs à adhésion facultative.

[9] En outre, les mutuelles ne peuvent moduler leurs prestations qu'en fonction :

- des cotisations<sup>90</sup> payées ;
- de la situation de famille de l'assuré ;
- du recours aux services d'un professionnel, établissement ou service de santé ayant passé une convention avec la mutuelle.

## 1.2 Les contrats d'assurance peuvent être diffusés sous forme de contrats collectifs et de contrats individuels

- La relation entre l'assureur et la personne sur laquelle repose le risque est soit :

- direct : l'assuré est souscripteur du contrat, et on parle alors de contrat individuel. Il s'agit alors d'un contrat synallagmatique classique, et la modification de ses clauses nécessite l'accord des deux cocontractants ;

---

<sup>81</sup> CMut, art. R. 211-2.

<sup>82</sup> CSS, art. R. 931-2-1.

<sup>83</sup> CSS, art. L. 931-1.

<sup>84</sup> CSS, art. L. 931-3-2.

<sup>85</sup> CMut, art. L. 110-3.

<sup>86</sup> Dispositions combinées de l'article L. 111-7 et des articles A. 111-2, A. 111-3 (assurance santé), A. 111-4 (assurance automobile) et A. 111-5 (assurance vie) du code des assurances.

<sup>87</sup> CJUE, Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL, 1<sup>er</sup> mars 2011, affaire C-236/09.

<sup>88</sup> CMut, art. L. 110-2.

<sup>89</sup> En outre, les mutuelles de fonctionnaires peuvent moduler leur tarif en fonction de la date d'adhésion.

<sup>90</sup> Les mutuelles et institutions de prévoyance perçoivent de leurs assurés des cotisations alors que les sociétés d'assurance perçoivent des primes. Pour une plus grande clarté, afin de distinguer les cotisations versées aux organismes complémentaires (lorsqu'il s'agit de structures mutualistes ou d'institutions de prévoyance) des cotisations versées aux organismes de sécurité sociale, la mission se référera aux premières en utilisant l'expression « primes » alors que les secondes seront les seules à être dénommées « cotisations ».

- indirect : un tiers (le souscripteur) souscrit un contrat auprès de l'assureur qui couvre alors tous les adhérents à ce contrat. Le souscripteur négocie les clauses du contrat et signe, le cas échéant, des avenants avec l'organisme assureur, qui s'imposent aux adhérents sous certaines réserves (voir *infra*). On parle alors de contrat collectif.

[10] Les contrats collectifs peuvent être à adhésion facultative (par exemple, dans le cas des plans d'épargne retraite souscrits auprès d'organismes assureurs<sup>91</sup> ou en assurance de prêt immobilier) ou obligatoire (par exemple, l'adhésion à un contrat de responsabilité civile du licencié de certaines fédérations sportives<sup>92</sup>). Lorsque le contrat – facultatif comme obligatoire – porte sur des « *risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage* », on parle d'assurance de groupe<sup>93</sup>.

[11] Dans le cas des assurances de groupe, le souscripteur<sup>94</sup> :

- doit remettre à l'adhérent une notice d'information définissant les garanties et les formalités à mettre en œuvre en cas de sinistre ;
- doit informer au moins trois mois en avance des modifications portées au contrat portant sur leurs droits et obligations.

[12] Le schéma ci-dessous décrit ainsi l'architecture du dispositif :

---

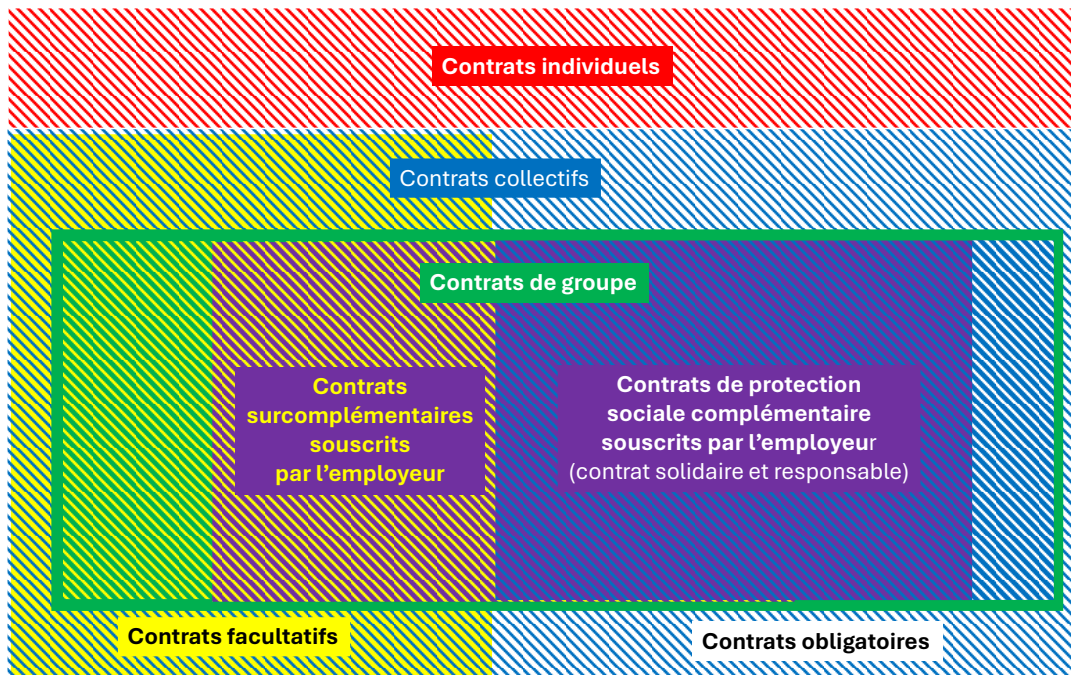
<sup>91</sup> CMF, art. L. 224-1.

<sup>92</sup> CS, art. L. 321-1.

<sup>93</sup> CAss, art. L. 141-1.

<sup>94</sup> CAss, art. L. 141-4.

Schéma 1 : Les différents types de contrats d'assurance



Source : Mission. Les contrats de groupe peuvent être collectifs et obligatoires d'entreprise (complémentaire santé obligatoire en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale), collectifs et obligatoires hors entreprise (par exemple, garanties dommages corporels imposées par certaines fédérations sportives), collectifs et facultatifs d'entreprise (surcomplémentaires facultatives) et collectifs et facultatifs hors entreprise (par exemple, les couvertures dites « Madelin » pour les travailleurs non salariés ou l'assurance des emprunteurs).

[13] Il ressort donc que :

- tous les contrats de protection sociale complémentaire souscrits par l'employeur au profit de ses salariés sont des contrats collectifs, de groupe et obligatoires ;
- les contrats de groupe peuvent être facultatifs ou obligatoires, et certains contrats de groupe obligatoires peuvent être souscrits par une personne autre qu'un employeur (par exemple une fédération sportive qui voudrait assurer une protection maladie complémentaire en cas d'accident dans le cadre de l'exercice sportif et en l'absence d'un tiers responsable) ;
- les contrats de groupe concernent certains risques seulement (ceux intéressant la protection sociale complémentaire) alors que, dans leur généralité, les contrats collectifs, facultatifs comme obligatoires, peuvent concerner tous les types de risques ;
- les contrats collectifs peuvent être à adhésion facultative ou obligatoire.

### Antisélection et aléa moral en assurance santé

Antisélection (ou sélection adverse) et aléa moral<sup>95</sup> « sont des problèmes liés à l'asymétrie d'information entre deux agents économiques (l'assureur et l'assuré) qui ne disposent pas de la même information sur le risque présenté par l'assuré.

Dans le cadre de l'antisélection, la question se pose, avant de s'engager dans une relation contractuelle, d'évaluer la qualité de la prestation de l'assureur (pour l'assuré) ou le risque présenté par l'assuré (pour l'assureur). Aucune de ces données n'est directement observable [...] ce qui conduit en théorie<sup>96</sup> l'assureur à supposer que l'assuré est un mauvais risque.

Or, en retour, l'assuré qui est un bon risque n'a pas intérêt à s'assurer au tarif des mauvais risques, ce qui conduit au retrait des bons risques du marché ». L'assureur va alors, pour lutter contre ce phénomène, sélectionner les risques<sup>97</sup> via notamment les questionnaires adressés à l'assuré permettant à l'assureur d'évaluer le risque<sup>98</sup>. L'obligation d'assurance avec un seul assureur (comme par exemple l'assurance maladie dans le cadre de la sécurité sociale) élimine l'antisélection, étant entendu que l'obligation d'assurance avec plusieurs assureurs pouvant proposer des tarifs ou prestations différentes ne l'élimine pas<sup>99</sup>.

Une fois le contrat d'assurance signé, ses effets contraignent les parties. Ce cadre contraignant peut conduire l'assuré, protégé contre le risque, à se conduire d'une manière différente de s'il avait été pleinement exposé au risque. L'aléa moral est généralement classé en deux catégories :

– l'aléa moral *ex ante*, dans lequel c'est le comportement risqué qui est modifié : ainsi d'un assuré négligent sachant qu'il sera couvert pour ses verres correcteurs et les exposant aux chocs ou à la perte lors de séances de sports d'eaux vives. Hormis ce type de comportement, on estime généralement<sup>100</sup> que « cette source d'aléa moral est, dans le contexte de la santé, relativement limitée » ;

<sup>95</sup> V. Ruol, *L'assurance vie, aspects réglementaires*, juin 2012, Revue Banque.

<sup>96</sup> G. Akerlof, *The market for Lemons: quality uncertainty and the market mechanism*, Quarterly Journal of Economics 84 (3) : p. 488-500, 1970.

<sup>97</sup> La sélection sur la base du sexe de l'assuré est toutefois interdite par principe (CAss, art. L. 111-7), cette interdiction ayant été étendue de manière jurisprudentielle à l'ensemble des risques (CJUE, Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL, 1<sup>er</sup> mars 2011, affaire C-236/09). En assurance santé, la sélection sur la base de l'état de santé est prohibée pour les contrats collectifs souscrits par l'employeur au bénéfice de ses salariés (CSS, art. L. 862-4).

<sup>98</sup> CAss, art. L. 113-2 : « l'assuré est obligé [...] de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge » et de « déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur ». En cas de mauvaise foi, la fausse déclaration est sanctionnée par la nullité du contrat « quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre », les primes demeurant acquises à l'assureur au titre de dommages et intérêts (CAss, art. L. 113-8). En cas de bonne foi, la déclaration erronée entraîne, avant le sinistre, la faculté pour l'assureur de réviser le tarif ou de résilier avant terme le contrat, et après le sinistre la réduction de l'indemnisation due par l'assureur (CAss, art. L. 113-9).

<sup>99</sup> Les assureurs offrent alors des gammes de contrats permettant de séparer les assurés en fonction de leur risque (équilibre Rothschild-Stiglitz).

<sup>100</sup> V. Albouy et B. Crépon, *Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin*, G 2007/12, Direction des études et synthèses économiques, INSEE.

– l'aléa moral *ex post*, dans lequel l'assuré ne modifie pas son comportement risqué, mais exige plus de prestations de l'assureur : ainsi d'un assuré qui se mettra à consommer plus de prestations et produits de santé en raison de la couverture que lui procure l'assurance. En santé, l'aléa moral *ex post* peut trouver son origine dans le comportement de l'assuré (qui va par exemple multiplier les consultations superfétatoires auprès de divers professionnels de santé) ou d'un professionnel ou établissement de santé (qui va par exemple, dans une hypothèse de négligence, prescrire un arrêt de travail dont la justification médicale est discutable, ou dans une hypothèse d'abus voire de fraude prescrire des actes manifestement inutiles).

Source : *mission*

### 1.3 Les règles de solvabilité sont encadrées par la réglementation européenne, mais le droit du contrat demeure largement national

[14] De manière générale, les règles prudentielles applicables au secteur de l'assurance sont régies par la directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009 dite « solvabilité 2 ». La directive prévoit<sup>101</sup> :

- une interdiction de principe de l'intervention des États membres dans la fixation des tarifs et des bases techniques sur lesquelles ils reposent ;
- la possibilité pour les États membres d'intervenir sur les majorations de tarif « *en tant qu'élément d'un système général de contrôle des prix* ».

[15] En outre, en assurance non vie (voir *supra*), les États membres<sup>102</sup> :

- ne peuvent pas demander la notification systématique des conditions générales ou particulières des contrats d'assurance ;
- mais peuvent demander que leur soit communiquées les majorations de tarifs « *en tant qu'élément d'un système général de contrôle des prix* ».

[16] Le droit du contrat demeure, lui, assez largement national. Ainsi, il est possible à un État membre d'intervenir sur le contenu des garanties, obligatoires ou prohibées. On citera à titre d'exemple :

- diverses obligations de couverture :
  - la couverture du suicide est obligatoire à compter de la deuxième année du contrat d'assurance vie<sup>103</sup> ;
  - la couverture de la responsabilité civile corporelle doit être illimitée<sup>104</sup> et comprendre les cas de « *conduite en état d'ivresse ou sous l'empire d'un état alcoolique* » ou de stupéfiants<sup>105</sup> ;

<sup>101</sup> Article 21.

<sup>102</sup> Article 181.

<sup>103</sup> CAss, art. L. 132-7.

<sup>104</sup> CAss, art. R. 211-7.

<sup>105</sup> CAss, art. L. 211-6.

- les contrats d'assurance de biens doivent également couvrir le cas de survenance de catastrophes naturelles<sup>106</sup> ;
- diverses interdictions de couverture :
  - de manière générale, la responsabilité pénale n'est pas assurable<sup>107</sup> ;
  - en assurance de biens, il est interdit de stipuler des garanties supérieures à la valeur du bien<sup>108</sup>.

## 2 Le droit du travail impose certaines obligations à l'employeur

[17] Pour l'essentiel, les obligations de l'employeur en matière de protection sociale complémentaire sont d'origine légale et réglementaire (2.1) ou bien conventionnelles (3.2.2).

### 2.1 Les obligations légales de l'employeur portent sur le maintien de salaire et la complémentaire santé

[18] En matière de protection sociale complémentaire, l'employeur est tenu :

- de maintenir<sup>109</sup>, au moins partiellement, pendant au moins 60 jours le salaire de son salarié en arrêt maladie ou pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle (2.1.1) ;
- de faire bénéficier ses salariés d'une couverture<sup>110</sup> « en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident » (2.1.2).

#### 2.1.1 L'employeur doit maintenir une fraction du salaire de son salarié arrêté pour raisons de santé pendant au moins 60 jours

[19] De manière générale, l'arrêt maladie entraîne la suspension du contrat de travail<sup>111</sup> pendant la durée de l'arrêt. Par conséquent, le salarié n'a plus droit au versement du salaire.

[20] L'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, transcrit<sup>112</sup> au niveau législatif en 1978, prévoit toutefois que l'employeur doit maintenir partiellement la rémunération<sup>113</sup> brute<sup>114</sup> du salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise, en cas « d'absence au travail justifiée

---

<sup>106</sup> CAss, art. L. 125-1.

<sup>107</sup> CAss, art. L. 113-1 : « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ».

<sup>108</sup> CAss, art. L. 121-3.

<sup>109</sup> CT, art. L. 1226-1.

<sup>110</sup> CSS, art. L. 911-7.

<sup>111</sup> CT, art. L. 1226-1-2 durant les périodes indemnisées par la sécurité sociale pour les accidents ou maladies non professionnelles et CT, art. L. 1226-7 pour les accidents ou maladie professionnelles (autres que les accidents de trajet).

<sup>112</sup> Loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.

<sup>113</sup> CT, art. L. 1226-1.

<sup>114</sup> C. T. art. D. 1226-1

par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical » en complément des indemnités journalières versées par les organismes de sécurité sociale<sup>115</sup> :

- à hauteur de 90 % de la rémunération brute pendant les 30 premiers jours d'arrêt ;
- à hauteur des deux tiers de la rémunération brute pendant les 30 jours suivants.

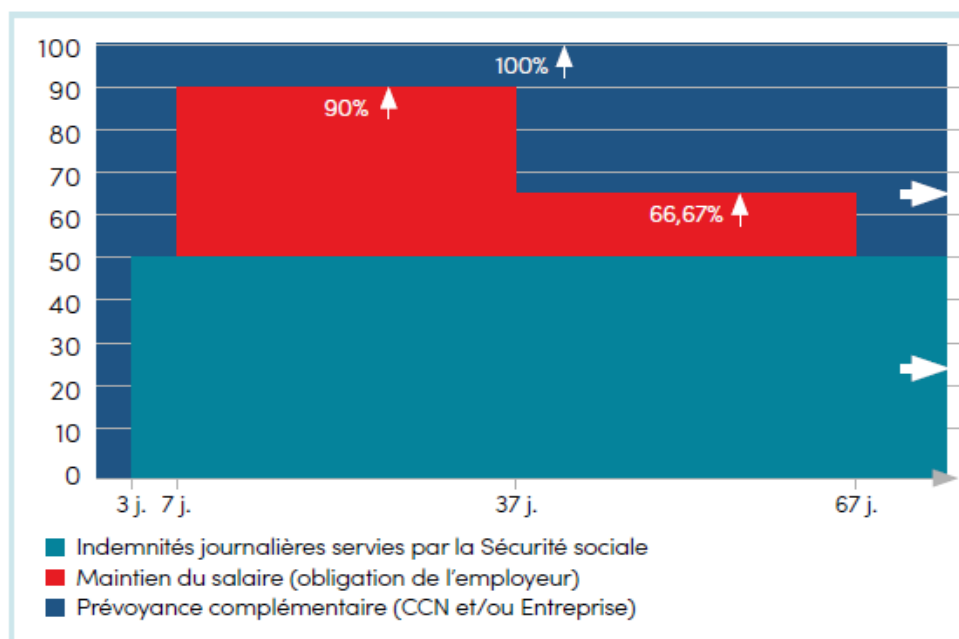
[21] Ces durées d'indemnisation augmentent avec l'ancienneté du salarié<sup>116</sup> (de dix jours par tranche de cinq années d'ancienneté, sans que la durée puisse être portée au-delà- de 90 jours). L'employeur peut déduire de l'indemnisation qu'il verse, lorsqu'elles existent<sup>117</sup> :

- les indemnités journalières de sécurité sociale ;
- les prestations versées par les organismes de protection sociale complémentaire lorsqu'elles résultent de versements de l'employeur.

[22] Il est possible à l'employeur de prévoir une période de carence jusqu'à sept jours<sup>118</sup> (et qui peut donc comprendre la période de carence de trois jours de la sécurité sociale), sauf en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle pour lesquels la prise en charge est immédiate.

Schéma 2 : Prise en charge des arrêts de travail maladie

### Salarié ayant au moins un an d'ancienneté – Arrêts de travail pour maladie



Source : Cercle de l'épargne, Prévoyance : état des lieux et perspectives, novembre 2021.

<sup>115</sup> CT, art. D. 1226-1.

<sup>116</sup> CT, art. D. 1226-2.

<sup>117</sup> CT, art. D. 1226-5.

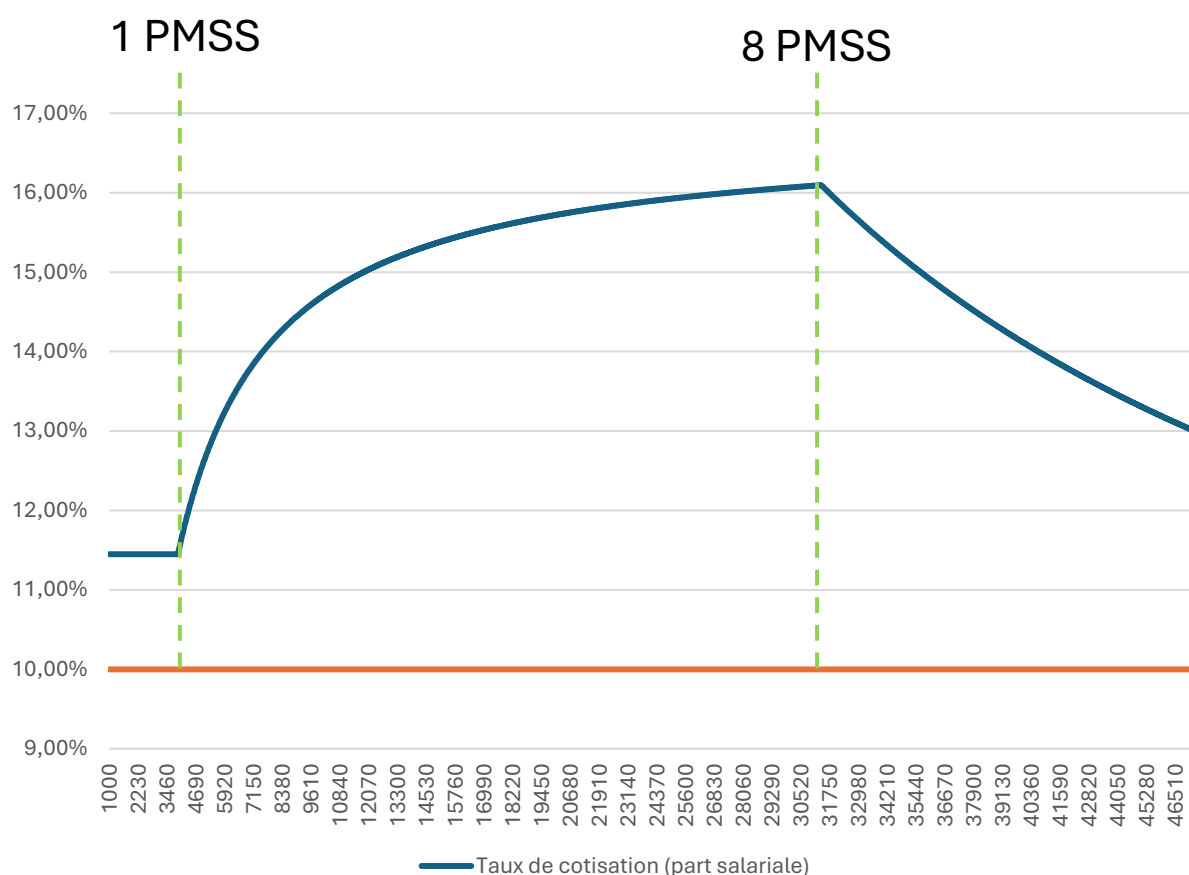
<sup>118</sup> CR, art. D. 1226-3.

[23] On observera que la rémunération brute du salarié est soumise aux :

- cotisations du régime général vieillesse à hauteur de :
  - de 6,90 % dans la limite d'un PASS ;
  - de 0,40 % sur la totalité du salaire ;
- aux cotisations du régime complémentaire de retraite (ARRCO-AGIRC) aux taux de :
  - 3,15 % dans la limite d'un PASS ;
  - 8,64 % pour la fraction de rémunération comprise entre un et huit PASS ;
  - auxquelles il faut ajouter une contribution d'équilibre général (au taux de 0,86 % pour la fraction de rémunération inférieure au PASS et de 1,08 % entre un et huit PASS) et une contribution d'équilibre technique (au taux de 0,14 % dans la limite de huit PASS).

[24] Au total, la part salarié des cotisations sociales (en incluant les cotisations de retraite complémentaire) s'élève, pour les rémunérations inférieures à un PASS, à 11,45 %, ce qui conduit à une indemnisation du salarié en arrêt maladie supérieure à son revenu s'il travaillait.

Graphique 2 : Variation du taux de cotisation salarié (cotisations sociales et retraite complémentaire) en fonction du salaire mensuel



Source : Mission. En abscisses, le salaire mensuel brut (en €).

[25] Ces dispositions légales et réglementaires sont par ailleurs souvent complétées par des stipulations conventionnelles qui peuvent être plus favorables, en montant ou en durée, aux salariés. Ainsi, la convention collective des télécommunications<sup>119</sup> prévoit que, dès six mois d'ancienneté, l'employeur prend en charge le délai de carence de la sécurité sociale et maintient « la rémunération nette [que le salarié] aurait perçue s'il avait continué de travailler » les 45 premiers jours d'absence et les ¾ de cette rémunération (au lieu de 2/3 de la rémunération brute) pendant les 60 jours suivants. De même, les conventions collectives des bureaux d'études<sup>120</sup> (Syntec), de la banque<sup>121</sup> ou de la métallurgie<sup>122</sup>, prévoient une prise en charge du délai de carence de la sécurité sociale par l'employeur.

[26] Inversement, d'autres conventions collectives – qui comptaient parmi les conventions couvrant le plus de salariés<sup>123</sup> en 2022 – comme celles des transports routiers<sup>124</sup> (857 000 salariés), des hôtels, cafés et restaurants<sup>125</sup> (797 400 salariés), du commerce de détail alimentaire<sup>126</sup> (755 500 salariés) ou de la propreté<sup>127</sup> (560 700 salariés) ne prévoient pas de stipulations plus favorables<sup>128</sup>.

## 2.1.2 L'employeur doit couvrir ses salariés par une complémentaire santé et prendre en charge au moins la moitié de son coût

[27] De manière générale, les garanties de protection sociale complémentaire<sup>129</sup> bénéficiant aux salariés (et anciens salariés et ayants droit, le cas échéant) peuvent être déterminées<sup>130</sup> :

- par des accords collectifs (de branche ou d'entreprise) ;

---

<sup>119</sup> Article 4.3.1 de la convention collective nationale des télécommunications du 26 avril 2000, étendue par arrêté du 12 octobre 2000 (JORF 18 octobre 2000).

<sup>120</sup> Article 9.2 de la convention collective nationale des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils du 16 juillet 2021 étendue par arrêté du 5 avril 2023 (JORF du 28 avril 2023).

<sup>121</sup> Article 54 de la convention collective nationale de la banque du 10 janvier 2000 étendue par arrêté du 17 novembre 2004 (JORF du 11 décembre 2004).

<sup>122</sup> Article 91.1.1 de la convention collective nationale de la métallurgie du 7 février 2022 étendue par arrêté du 14 décembre 2022 (JORF du 22 décembre 2022).

<sup>123</sup> DARES, les portraits statistiques de branches professionnelles, juillet 2024.

<sup>124</sup> Article 16 de la convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport du 21 décembre 1950 étendue par arrêté du 1<sup>er</sup> février 1955 (JONC du 26 février 1955).

<sup>125</sup> Article 29.2 de la convention collective nationale des hôtels, cafés restaurants (HCR) du 30 avril 1997 étendue par arrêté du 3 décembre 1997 (JORF du 6 décembre 1997).

<sup>126</sup> Article 7.3 de la convention collective nationale du commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire du 12 juillet 2001 étendue par arrêté du 26 juillet 2002 (JORF du 6 août 2002).

<sup>127</sup> Article 4.9.1 de la convention collective nationale des entreprises de propreté et services associés du 26 juillet 2011 étendue par arrêté du 23 juillet 2012 (JORF du 28 juillet 2012).

<sup>128</sup> La convention collective nationale des hôtels, cafés restaurants prévoit ainsi une indemnisation à compter du 11<sup>ème</sup> jour d'absence pour les arrêts de travail liés à un accident ou une maladie de la vie privée et pour les arrêts de travail liés à un accident de trajet alors que l'article D. 1126-3 du code du travail oblige l'employeur à indemniser le salarié en arrêt de travail au-delà du 7<sup>ème</sup> jour d'absence.

<sup>129</sup> Il s'agit de « la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière » (CSS, art. L. 911-2).

<sup>130</sup> CSS, art. L. 911-1.

- par un référendum d'entreprise ;
- par une décision unilatérale de l'employeur.

[28] Les dispositions de droit commun relatives à la négociation collective s'appliquent à ces accords, en particulier l'article L. 2251-1 du code du travail qui prévoit que, lorsque les accords collectifs prévoient des stipulations plus favorables aux salariés que les dispositions légales, les premières prévalent sur les secondes tant que ces dernières ne relèvent pas de dispositions d'ordre public (principe de faveur).

#### La hiérarchie des normes en matière de droit du travail

En principe, les stipulations des accords collectifs doivent être conformes aux dispositions légales et réglementaires, ou alors plus favorables aux salariés (principe de faveur<sup>131</sup>).

Toutefois, depuis la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004, et plus particulièrement depuis l'ordonnance<sup>132</sup> dite « Macron » du 22 septembre 2017, le principe de faveur ne s'applique plus dans les rapports entre les accords collectifs d'entreprise<sup>133</sup> et les accords collectifs de branche. Dorénavant, sauf exception, les dispositions de l'accord d'entreprise prévalent sur celles de l'accord de branche<sup>134</sup>.

Parmi les exceptions figurent les garanties complémentaires mentionnés à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. Pour ce thème, la négociation au niveau de l'entreprise reste néanmoins possible sous réserve d'assurer des garanties au moins équivalentes.

Le contenu de la négociation de branche en matière de protection sociale complémentaire n'est pas précisé, le niveau national pouvant simplement énoncer des principes ou définir des règles plus ou moins encadrantes (par exemples, simples objectifs, niveau de prestations garanties, répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés).

Malgré cette prééminence de la branche, des négociations sur le régime de prévoyance et la complémentaire santé sont également prévues au niveau de l'entreprise<sup>135</sup> par l'article L. 2242-17 du code du travail. À défaut d'accord d'entreprise sur la périodicité de la négociation<sup>136</sup>, les négociations sur la prévoyance et la complémentaire santé se déroulent annuellement.

En outre, l'ordonnance Macron précitée a prévu de donner à certaines dispositions légales et réglementaires un caractère supplétif de la volonté des partenaires sociaux. Ces dispositions supplétives ne trouvent donc à s'appliquer que dans le silence des accords collectifs. Quatre thématiques sont concernées :

- le temps de travail ;

<sup>131</sup> CT, art. L. 2251-1 et suivants.

<sup>132</sup> Ordonnance n°2017-1385 du 22 septembre 2017 relative au renforcement de la négociation collective complétée par l'ordonnance « balai » n° 2017-1718 du 20 décembre 2017, ratifiées par la loi n° 2018-2017 du 29 mars 2018 relative à diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 habilitant le gouvernement à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

<sup>133</sup> Ainsi que dans les accords assimilés.

<sup>134</sup> Les exceptions sont prévues par l'article L. 2253-1 du code du travail. S'y ajoutent aussi d'autres matières listées dans le code du travail dans lesquelles la branche dispose d'une compétence exclusive.

<sup>135</sup> Pour mémoire, la négociation collective repose, en principe, sur l'existence au sein de l'entreprise, d'un ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives.

<sup>136</sup> CT, art. L. 2242-10 et L. 2242-11. Cette négociation est partie prenante de la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, la qualité de vie et les conditions de travail. Par accord d'entreprise, il est possible de fixer une périodicité de négociation qui ne peut excéder quatre ans.

- le fonctionnement des conseils économiques et sociaux : consultations et informations récurrentes<sup>137</sup>, périodicité des réunions<sup>138</sup>, modalités de mise en place de la commission santé, sécurité et conditions de travail<sup>139</sup> ainsi que les autres commissions du comité<sup>140</sup> et plus largement des autres commissions ;
- les dispositions concernant la périodicité, les thèmes et les modalités de la négociation de branche<sup>141</sup> et certaines dispositions de la négociation obligatoire en entreprise<sup>142</sup> ;
- les règles relatives aux contrats à durée déterminée et au compte épargne temps.

La protection sociale complémentaire ne relevant pas de ces thématiques, les dispositions légales les régissant sont donc impératives.

Par ailleurs, les garanties collectives visées à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire celles présentant « *un degré élevé de solidarité* » définies dans un accord de branche prévalent sur des garanties collectives définies au niveau de l'entreprise, sauf si ces dernières sont plus favorables au salarié.

Source : *Mission*

[29] L'extension des accords collectifs est toutefois décidée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale<sup>143</sup> et non par arrêté du ministre chargé du travail<sup>144</sup>. Dans tous les cas, la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle doit rendre un avis sur le projet d'arrêté d'extension.

[30] L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, créé en 2013 par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, dispose que, lorsque les salariés d'une entreprise « *ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminée* », l'entreprise est tenue de faire bénéficier de ces garanties minimales, au besoin au moyen d'une décision unilatérale de l'employeur.

[31] L'employeur ne peut internaliser le risque et prendre en charge directement ces prestations et doit souscrire un contrat, qui doit en outre être solidaire et responsable (voir annexe 4).

[32] Dans ce cadre l'employeur doit prendre en charge au moins la moitié du financement de cette couverture.

---

<sup>137</sup> CT, art. L. 2312-22 et suivants.

<sup>138</sup> CT, art. L. 2315-28 et suivants.

<sup>139</sup> CT, art. L. 2315-44.

<sup>140</sup> CT, art. L. 2315-46 et suivants.

<sup>141</sup> CT, art. L. 2241-7.

<sup>142</sup> CT, art. L. 2242-13.

<sup>143</sup> CSS, art. L. 911-3.

<sup>144</sup> CT, art. L. 2261-15.

### Le versement santé

Par dérogation, la couverture complémentaire santé peut être assurée, non par la souscription d'un contrat collectif, mais par le versement<sup>145</sup> « d'une somme représentative du financement » équivalent et « qui s'y substitue alors ».

Plusieurs conditions doivent être réunies :

- le salarié doit être en CDD, en contrat de mission ou à temps partiel ;
- il doit avoir, à titre individuel, souscrit un contrat responsable ;
- il ne doit pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire (voir annexe 4) ni être ayant droit d'une personne dont la couverture est elle-même financée, même partiellement, par une personne publique.

Il est par ailleurs possible, par voie d'accord de branche<sup>146</sup>, d'imposer le versement santé pour certains salariés<sup>147</sup>, la couverture par le contrat collectif souscrit par l'employeur n'étant alors plus autorisée.

Le mode de calcul<sup>148</sup> du versement santé s'effectue sur la base de la participation que l'employeur aurait versée à un salarié de même catégorie mais qui bénéficierait de la couverture par le contrat souscrit par l'employeur, au *pro rata temporis*, le cas échéant, de la durée de travail considérée pour la partie forfaitaire de cette contribution. Cette participation est ensuite augmentée de 5 % pour les salariés en CDI et de 25 % pour les salariés en CDD ou contrat de mission.

Lorsqu'il n'existe pas de référence, la base de participation est de 21,50 € mensuels<sup>149</sup>.

Source : *Mission*.

## 2.2 Des accords interprofessionnels se sont intéressés à la prévoyance des cadres et à la complémentaire santé

[33] Deux textes principaux ont structuré la protection sociale complémentaire des salariés :

- la convention collective de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, qui prévoit une obligation, pour les cadres et assimilés d'une garantie de prévoyance (affectée par priorité au décès) d'un montant d'au moins 1,5 % de la fraction de salaire sous le plafond annuel de la sécurité sociale (2.2.1) ;
- l'accord national interprofessionnel du 17 janvier 2013 a généralisé à l'ensemble des salariés l'obligation pour l'employeur de souscrire une couverture complémentaire santé et d'en prendre en charge au moins 50 % (2.2.2).

<sup>145</sup> CSS, art. L. 911-7-1.

<sup>146</sup> Voir par exemple les stipulations de l'accord du 9 octobre 2020 relatif au régime complémentaire frais de santé de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

<sup>147</sup> CSS, art. D. 911-7 : « ceux dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine ».

<sup>148</sup> CSS, art. D. 911-8.

<sup>149</sup> Arrêté du 19 mars 2025 (JORF du 25 mars 2025).

## 2.2.1 L'ANI de 1947 impose une couverture prévoyance incluant obligatoirement le risque décès des cadres et assimilés

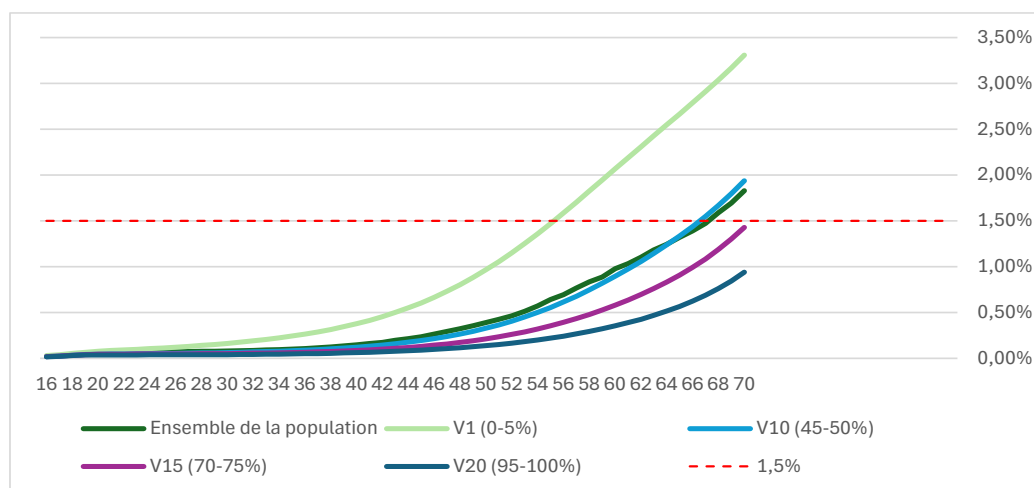
[34] L'accord national interprofessionnel du 14 mars 1947 prévoit<sup>150</sup> à son article 7 que « les employeurs s'engagent à verser, pour tout [ingénieur, cadre, technicien et agent de maîtrise], une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité sociale ».

[35] Cette cotisation « est affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès » mais peut également couvrir la garantie complémentaire santé<sup>151</sup> : « pour vérifier si l'employeur respectait son obligation de cotiser en matière de prévoyance à hauteur de 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de sécurité sociale, il [doit] être tenu compte de la cotisation patronale versée pour le financement de la garantie frais de santé. ».

[36] L'accord est par ailleurs muet sur le montant de la garantie en cas de décès, qui peut varier en fonction de l'âge atteint par le salarié, et qui doit être maintenue « en cas de maladie ou d'invalidité, jusqu'à liquidation de la retraite ».

[37] Le taux de 1,5 %, décidé en 1947 dans un contexte où la longévité était moindre qu'actuellement, apparaît très suffisant s'il est entièrement affecté au risque décès, pour couvrir une population de cadres avec une garantie égale au salaire annuel, comme le montre le schéma suivant :

Schéma 3 : Probabilité de décès instantanée pour un homme en fonction de l'âge et du vingtile de niveau de vie



Source : Calculs mission sur la base des tables de mortalité INSEE 2012-2016 (hommes).

<sup>150</sup> Repris à l'article 1<sup>er</sup> de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, étendu par arrêté du 27 juillet 2018 (JORF 14 août 2018).

<sup>151</sup> Cass., Soc., 30 mars 2022, pourvoi n° 20-15.022.

[38] Les femmes ayant à tout âge une probabilité de décès instantané<sup>152</sup> inférieure à celle des hommes de même âge, ce schéma présente le cas le plus défavorable pour un risque en cas de décès (population exclusivement masculine).

[39] On constate que, pour l'ensemble de la population et pour le dixième vingtile de niveau de vie (presque la médiane de la population), la probabilité de décès demeure inférieure à 1,5 % sur toute la carrière, sauf à compter de 67 ans. Pour les vingtiles de niveau de vie supérieurs, le taux de 1,5 % n'est en pratique pas atteint durant la vie active et la probabilité de décès instantanée diminue avec le vingtile de niveau de vie. Or, les cadres et assimilés appartiennent généralement aux quantiles les plus favorisés en termes de niveau de vie. Le taux de 1,5 % - et parfois même le niveau de 1 % - n'est en pratique atteint - quand il est atteint - qu'à la toute fin de la vie professionnelle.

## 2.2.2 L'ANI de 2013 a généralisé la complémentaire santé à l'ensemble des salariés

[40] L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 prévoyait la généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés, avec une prise en charge de la moitié de la cotisation par l'employeur (2.2.2.1). Transposé dans la loi, les dispositions relatives à la clause de désignation ont été censurées par le Conseil constitutionnel (2.2.2.2), poussant le législateur à innover en créant une clause de recommandation pour les contrats présentant « *un degré élevé de solidarité* » (2.2.2.3).

### 2.2.2.1 L'ANI prévoyait une généralisation de la complémentaire santé sous réserve de la pérennité des exemptions sociales existantes

[41] L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 embrasse une grande variété de thèmes, parmi lesquels la généralisation de la couverture santé complémentaire (article premier de l'accord). Il prévoit que des négociations doivent se tenir au niveau des branches ou des entreprises afin de permettre aux salariés non encore couverts de bénéficier de contrats solidaires et responsables.

[42] L'accord stipule que le « *financement de cette couverture en frais de santé sera partagé par moitié entre salariés et employeurs* ».

[43] Cet ANI a été traduit dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, dont l'examen par le Conseil constitutionnel a conduit à la censure de l'article L. 912-1 du code de la sécurité social relatif aux clauses de désignation<sup>153</sup> (qui préexistait à cette loi – voir *infra*).

---

<sup>152</sup> Le taux de décès instantané est, en supposant qu'il n'existe pas de produits financiers, le coût d'un euro de garantie en cas de décès dans l'année : un taux instantané de 1 % signifie qu'un euro de garantie annuelle coûte un centime par an.

<sup>153</sup> Les clauses de désignation insérées au sein des accords professionnels et interprofessionnels permettaient aux signataires de désigner un ou plusieurs organismes complémentaires avec lesquels les entreprises adhérentes à l'accord étaient tenues de souscrire le contrat prévu dans l'accord collectif (CSS, art. L. 912-1 en vigueur de 1994 à 2013).

[44] L'accord est toutefois subordonné au maintien du cadre social en vigueur d'alors. Il est ainsi expressément stipulé que « *les partenaires sociaux demandent aux pouvoirs publics à être consultés préalablement à tout projet d'évolution des conditions d'exonération sociales attachées au financement des prestations de prévoyance prévues à l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale. En cas de modification de ces conditions d'exonérations sociales, les parties signataires du présent accord conviennent de réexaminer ensemble les dispositions du présent article* ».

[45] Cette condition porte sur les dispositions de l'article L. 242-1 (exemption d'assiette) et non sur celles des articles L. 137-15 et suivants (forfait social) du code de la sécurité sociale (voir annexe 1).

### 2.2.2.2 La clause de désignation a été censurée à l'occasion de la transcription de l'ANI dans la loi

[46] La clause de désignation, entrée dans la législation en 1994 avec l'adoption de l'article L. 912--1 du code de la sécurité sociale, faisait déjà l'objet d'une reconnaissance jurisprudentielle<sup>154</sup>. La même solution a été retenue par la justice communautaire, qui a plusieurs reprises s'est prononcée sur la licéité de telles clauses<sup>155</sup>.

#### Les divergences entre Constitution et traités européens concernant la clause de désignation

La jurisprudence a eu à se prononcer sur la conformité des clauses de désignation au droit européen, qu'il soit communautaire ou issu du Conseil de l'Europe. Ainsi, au plan interne, la Cour de cassation a décidé, au visa de textes européens, que « *les régimes de sécurité sociale complémentaires qui reposent, comme les régimes de sécurité sociale de base, sur des mécanismes d'affiliation obligatoire pour les employeurs et travailleurs compris dans son champ d'application, et qui imposent aux établissements qui perçoivent les cotisations et répartissent les prestations, quelle que soit leur nature juridique, des sujétions particulières en vue de répondre à la mission sociale qui leur est confiée, ne sont pas visés par les dispositions [...] des articles 85 et 86 du Traité instituant la Communauté économique européenne* » (relatifs à la concurrence dans l'espace communautaire).

<sup>154</sup> Cass, Soc., 10 mars 1994, requête n° 91-11.516 : « *les régimes de sécurité sociale complémentaires qui reposent, comme les régimes de sécurité sociale de base, sur des mécanismes d'affiliation obligatoire pour les employeurs et travailleurs compris dans son champ d'application, et qui imposent aux établissements qui perçoivent les cotisations et répartissent les prestations, quelle que soit leur nature juridique, des sujétions particulières en vue de répondre à la mission sociale qui leur est confiée, ne sont pas visés par les dispositions des articles 7 et 8 de l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, ni par celles des articles 85 et 86 du Traité instituant la Communauté économique européenne* ».

<sup>155</sup> En matière de retraite complémentaire : CJUE, 21 septembre 1999, affaire C-67/96 : « *les articles 86 et 90 du traité ne s'opposent pas à ce que les pouvoirs publics confèrent à un fonds de pension le droit exclusif de gérer dans un secteur déterminé un régime de pension complémentaire* ». En matière d'assurance maladie complémentaire, CJUE, 21 septembre 2000, affaire C-222/98 : « *les dispositions d'une convention collective de travail relatives à l'assurance maladie de travailleurs couverts par cette convention et selon lesquelles la partie des cotisations incombant à l'employeur n'est versée qu'en ce qui concerne les assurances conclues auprès de l'assureur ou des assureurs choisis dans le cadre de l'exécution de cette même convention sont compatibles avec les articles 85 et 86 du traité* ».

La Cour de Luxembourg a confirmé<sup>156</sup> – et approfondi – cette analyse : « certes, certains effets restrictifs de la concurrence sont inhérents aux accords collectifs conclus entre organisations représentatives des employeurs et des travailleurs. Toutefois, les objectifs de politique sociale poursuivis par de tels accords seraient sérieusement compromis si les partenaires sociaux étaient soumis à l'article 85, paragraphe 1, du traité dans la recherche en commun de mesures destinées à améliorer les conditions d'emploi et de travail ».

Elle a ultérieurement précisé<sup>157</sup> que « pour autant que l'activité consistant dans la gestion d'un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé [...] doit être qualifiée d'économique, [...] les articles 102 TFUE et 106 TFUE doivent être interprétés en ce sens qu'ils ne s'opposent pas [...] à ce que les pouvoirs publics investissent un organisme de prévoyance du droit exclusif de gérer ce régime, sans aucune possibilité pour les entreprises du secteur d'activité concerné d'être dispensées de s'affilier audit régime ».

Ainsi, les clauses de désignation ne sont pas contraires aux traités européens communautaires. Le Conseil constitutionnel ayant jugé qu'elles étaient contraires à la Constitution, la question de la conventionnalité de leur prohibition a été soulevée devant le Comité européen des droits sociaux<sup>158</sup> (CEDS).

Dans une décision rendue le 3 juillet 2018, le CEDS « considère que l'interdiction générale des clauses de désignation n'est pas proportionnée au but légitime poursuivi. Pareille restriction ne peut dès lors être considérée comme nécessaire dans une société démocratique au sens de l'article G » de la charte sociale européenne révisée, et que par conséquent, « il y a violation de l'article 6§2 de la Charte ».

Le Comité des ministres n'a pas recommandé à la France de modifier sa Constitution.

Source : Mission.

[47] Inquiète de la mention d'une éventuelle désignation dans une note de bas de page de l'ANI du 11 janvier 2013 (alors que le corps du texte mentionnait un principe de liberté de choix des entreprises), l'association pour la promotion de la concurrence dans le secteur de l'assurance collective a saisi l'Autorité de la concurrence quant aux risques concurrentiels que ferait peser sur le secteur la généralisation de la complémentaire santé par l'ANI.

[48] Dans son avis 13-A-11 du 29 mars 2013, l'Autorité de la concurrence :

- reconnaissait que la clause de désignation permettait une meilleure mutualisation des risques<sup>159</sup>, permettait aux plus petites entreprises de bénéficier d'un tarif avantageux et de limiter les risques d'antisélection ;

---

<sup>156</sup> CJCE, 21 septembre 1999, Albany International BV c/ Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie, affaire C-67/96.

<sup>157</sup> CJUE, 3 mars 2011, AG2R Prévoyance c/ Beaudout Père et Fils SARL, affaire C-437/09.

<sup>158</sup> La Charte européenne des droits sociaux révisée est un traité conclu sous l'égide du Conseil de l'Europe. Le site internet du Conseil de l'Europe précise que le « Comité européen des Droits sociaux (ex-Comité d'experts indépendants) examine les rapports et décide de la conformité ou non des situations nationales à la Charte. Si une Partie ne donne pas suite à une décision de non-conformité du Comité européen des Droits sociaux, le Comité des Ministres peut adresser une recommandation à cette Partie, lui demandant de modifier la situation en droit et en pratique. Le travail du Comité des Ministres est préparé par un Comité gouvernemental composé de représentants des gouvernements des Parties à la Charte, assistés d'observateurs représentant les partenaires sociaux européens ».

<sup>159</sup> L'Autorité de la concurrence invoque de manière erronée la loi des grands nombres, qui énonce que, sous certaines conditions, la moyenne empirique converge vers l'espérance mathématique et non, comme l'écrit l'Autorité, que « plus le nombre d'assurés pris en charge par un organisme est important, moins la cotisation nécessaire pour payer les prestations doit être élevée ».

- tout en relativisant sa portée : la sinistralité en assurance santé ne dépendrait que marginalement du secteur économique<sup>160</sup> et le tarif demandé par les organismes assureurs tient « *plus à leur structure d'activités et à leur taille qu'à la capacité de négociation des assurés* » ;
- observait que les modalités de désignation étaient opaques.

[49] L'avis constatait une concentration des désignations de branche au profit des « institutions de prévoyance [et] au détriment des mutuelles et des sociétés d'assurance » et que « la généralisation de la prévoyance collective par le projet de loi sur la sécurisation de l'emploi emporte[rait] une transformation économique majeure du marché de la prévoyance collective [sic] ».

[50] L'Autorité de la concurrence formulait en conclusions quatre recommandations :

- faire évoluer la réglementation en matière d'action sociale ou de droits non contributifs ;
- faire primer la liberté de l'employeur (sur la désignation de branche) ;
- encadrer la mutualisation des risques à l'échelle de la branche (pluralité d'organismes assureurs) ;
- imposer une mise en concurrence effective (pour la recommandation ou la désignation) ;

[51] Dans sa décision n° 672-DC du 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel :

- reconnaît aux branches la possibilité d'imposer le « *niveau des garanties, la répartition de la charge des cotisations entre employeurs et salariés, ainsi que* » les modalités de choix de l'assureur » ;
- reconnaît aux branches la possibilité que soit « *recommandé un seul organisme de prévoyance proposant un contrat de référence y compris à un tarif d'assurance donné ou en offrant la possibilité que soient désignés au niveau de la branche plusieurs organismes de prévoyance proposant au moins de tels contrats de référence* » ;
- mais estime que, sans méconnaître « *la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre* », la loi ne peut prévoir que « *l'entreprise soit liée avec un cocontractant déjà désigné par un contrat négocié au niveau de la branche et au contenu totalement prédéfini* ».

[52] Les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale prévoyant une clause de désignation ont donc été censurées sur cette dernière base (liberté contractuelle et d'entreprendre).

---

<sup>160</sup> « *La pratique démontre que la survenance du risque maladie varie moins en fonction du type d'activité ou de la taille de l'entreprise que de critères tenant à la personne même des assurés tels que l'âge ou l'état de santé de ces derniers. La circonstance que l'assurance complémentaire de frais de santé, soit plus répandue dans certains secteurs d'activités que dans d'autres (53 % dans l'industrie, 45 % dans la construction en 2011) tient plus à la capacité de négociation des syndicats qui sont, de manière générale, plus implantés dans ces secteurs, qu'aux particularités du risque dans ce secteur* ».

### Un exemple d'effet de la censure des clauses de désignation

Dans la branche des entreprises de services à la personne, une convention collective nationale a été signée le 20 septembre 2012. Cette convention, prévoyait dans sa partie VI l'institution<sup>161</sup> d'un « régime conventionnel de prévoyance fondé sur une clause de désignation d'organismes assureurs ». Cette partie comprenait des garanties (financées à hauteur de 1,44 % du salaire brut – dans la limite de huit plafonds de la sécurité sociale par l'employeur et 0,96 % par le salarié) couvrant cadres et non cadres en :

- décès et perte totale et irréversible d'autonomie (invalidité de 3ème catégorie de la sécurité sociale d'au moins 100 % avec majoration pour tierce personne), à hauteur de 150 % du salaire brut (dans la limite de huit plafonds annuels de la sécurité sociale) et d'au moins 6 000 € ;
- incapacité temporaire de travail, à hauteur de 100 % du salaire net pendant au plus trois ans, avec une ancienneté dans la branche de six mois et six jours de délai de carence ;
- et invalidité (2ème et 3ème catégorie de la sécurité sociale), à hauteur de 80 % du salaire net, sous réserve d'une ancienneté dans la branche de six mois sur les 18 derniers mois, servie au plus jusqu'à la liquidation des droits à retraite.

L'accord prévoyait la désignation de deux institutions de prévoyance pour la gestion de ces garanties, ce qui a conduit l'administration à ne pas étendre l'accord pour sa partie VI sur le fondement de la décision du Conseil constitutionnel.

Plus de douze ans plus tard, la branche a signé un accord<sup>162</sup> le 6 février 2025 relatif à la prévoyance. Cet accord prévoit des garanties sensiblement plus faibles que précédemment, puisqu'elles ne couvrent que les non cadres, les cadres demeurant couverts par l'accord national interprofessionnel de 1947 :

- décès, sous la forme :
  - d'un capital de 100 % du salaire brut dans la limite de huit plafonds annuels de la sécurité sociale ;
  - d'un autre capital, forfaitaire de 3 925 €, sous forme<sup>163</sup> de « frais d'obsèques » ;
  - une rente éducation de 10 % du salaire brut ;
  - et une garantie double effet doublant ces montants en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur (mais avant la liquidation de ses droits à pension) à celui du salarié ;
- invalidité à hauteur de 36 % du salaire brut pour l'invalidité de 1ère catégorie et de 60 % du salaire brut pour les invalidités de 2ème et 3ème catégorie, sous forme d'une rente servie au plus jusqu'à l'âge de liquidation des droits à retraite.

L'accord est logiquement sensiblement moins onéreux : la cotisation s'élève à 0,90 % de la tranche A (moins d'un plafond de la sécurité sociale) et 1,16 % de la tranche B (entre un et huit plafonds de la sécurité sociale), répartis pour moitié entre salarié et employeur et comporte une clause de recommandation.

Source : *Mission*

<sup>161</sup> Arrêté du 3 avril 2014 d'extension de l'accord (JORF du 30 avril 2014).

<sup>162</sup> Deux organisations patronales ont refusé de signer l'accord.

<sup>163</sup> Les stipulations de l'accord ne sont par ailleurs pas conformes aux dispositions de l'article L. 932-23 du code de la sécurité sociale (qui renvoie, entre autres, aux dispositions de l'article L. 131-1 du code des assurances) qui impose des prestations en cas de décès forfaitaires, et non « limitée au strict remboursement des frais d'obsèques réellement engagés » comme stipulé à l'article 6.4.

### 2.2.2.3 La clause de recommandation, qui remplace la clause de désignation, est conditionnée à la présence d'un degré élevé de solidarité

[53] La clause de désignation censurée, la loi de financement de la sécurité sociale a modifié l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser la notion de clause de recommandation (qui, elle, était constitutionnelle).

[54] Ainsi lorsque les partenaires sociaux souhaitent instituer des « *garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité* », c'est-à-dire « *des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale* ». Il est alors possible de recommander un ou plusieurs organismes assureurs. Ainsi, ces accords peuvent prévoir<sup>164</sup> :

- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation :
  - des salariés ou apprentis en CDD court (moins d'un an) ;
  - des salariés ou apprentis pour lesquels la cotisation représente 10 % ou plus de leur salaire brut ;
- le financement d'actions de prévention, soit dans le cadre de la politique nationale de santé, soit dans le cadre propre du champ professionnel ou interprofessionnel concerné ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale :
  - secours individuels aux salariés ou anciens salariés ;
  - aides permettant de faire face à la perte d'autonomie.

[55] Le financement consacré à ces prestations doit représenter au moins 2 % de la cotisation<sup>165</sup>.

[56] Les organismes assureurs candidats à la recommandation doivent être mis en concurrence « *dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre* » eux.

[57] Si les entreprises ne sont pas tenues de choisir l'organisme assureur recommandé par un accord de branche, ce dernier ne peut « *refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord [et est tenu] d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés* ».

[58] Par ailleurs, certaines branches, qui n'ont pas retenu la clause de recommandation, recourent à la labellisation de certains contrats, notion juridiquement floue. La labellisation n'est en effet pas contraignante (l'organisme assureur n'est pas tenu de contracter avec les entreprises de la branche en faisant la demande) et consiste, pour l'essentiel, en un contrôle effectué a priori par la branche sur les contenus du contrat proposé par l'organisme assureur et vérifiant que ses stipulations sont conformes à l'accord de branche.

---

<sup>164</sup> CSS, art. R. 912-2.

<sup>165</sup> CSS, art. R. 912-1.

# ANNEXE 3 : Les complémentaires santé

<b>ANNEXE 3 :</b>	<b>LES COMPLEMENTAIRES SANTE .....</b>	<b>53</b>
<b>1</b>	<b>LES COMPLEMENTAIRES SANTE, QUI PEUVENT RELEVER DE TROIS STATUTS DIFFERENTS, EVOLUENT DANS UN MARCHÉ CONCURRENTIEL ET FORTEMENT REGULÉ DONT LE CADRE JURIDIQUE A PROFONDEMENT EVOLUÉ.....</b>	<b>56</b>
1.1	LES COMPLEMENTAIRES SANTE, QUI PEUVENT ETRE DES MUTUELLES, DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE OU DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE, COUVRENT 12,4 % DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM).....	56
1.1.1	<i>La couverture complémentaire santé peut être assurée par des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises d'assurance .....</i>	<i>56</i>
1.1.2	<i>Si la part des dépenses de santé prises en charge par les complémentaires santé est caractérisée par une certaine stabilité, celle-ci masque certaines évolutions .....</i>	<i>57</i>
1.2	UN CADRE JURIDIQUE QUI A FORTEMENT EVOLUÉ, NOTAMMENT AU COURS DES ANNÉES 2000, PUIS EN 2013 .....	57
1.2.1	<i>La loi Evin du 31 décembre 1989.....</i>	<i>57</i>
1.2.2	<i>La création des contrats responsables.....</i>	<i>58</i>
1.2.3	<i>La loi de sécurisation de l'emploi de 2013 a introduit la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé .....</i>	<i>60</i>
1.2.4	<i>La création du 100 % santé à partir de 2019 vise à favoriser un accès sans reste à charge après intervention de la complémentaire santé, en optique, dentaire et audiologie .....</i>	<i>60</i>
<b>2</b>	<b>UN MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTE MARQUÉ PAR UN PHÉNOMÈNE DE CONCENTRATION ET UNE FAIBLE RENTABILITÉ, AU SEIN DUQUEL LES ENTREPRISES D'ASSURANCE PROGRESSEDENT .....</b>	<b>61</b>
2.1	SI LES MUTUELLES RESTENT MAJORITAIRES ELLES PERDENT DES PARTS DE MARCHÉ AU PROFIT DES ASSURANCES.....	61
2.2	CONTRAIREMENT AUX MUTUELLES, DONT L'ACTIVITÉ EST MAJORITAIREMENT ASSURÉE PAR LES CONTRATS INDIVIDUELS, LES IP CONCENTRENT LEUR ACTIVITÉ SUR LES CONTRATS COLLECTIFS, LES ENTREPRISES D'ASSURANCE AYANT UNE ACTIVITÉ ÉQUILIBRÉE .....	62
2.3	UN PHÉNOMÈNE DE CONCENTRATION QUI S'AMPLIFIE .....	63
2.4	UNE FAIBLE « RENTABILITÉ » GLOBALE AVEC DES CONTRATS COLLECTIFS MOINS RENTABLES QUE LES CONTRATS INDIVIDUELS .....	65
2.5	DES CONTRATS COLLECTIFS BIEN PLUS SOUVENT DÉFINIS AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE QUE DE LA BRANCHE.....	67
<b>3</b>	<b>DES COMPLÉMENTAIRES SANTE CARACTÉRISÉES, CONTRAIREMENT À L'AMO, PAR UNE QUASI-ABSENCE DE REDISTRIBUTION À LAQUELLE S'AJOUTENT DE FORTES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE TARIFS ET DE NIVEAUX DE COUVERTURE .....</b>	<b>70</b>
3.1	96 % DE LA POPULATION COUVERTE, L'ANI DE 2013 AYANT PEU FAIT PROGRESSER CE TAUX QUI MASQUE DE FORTES INÉGALITÉS.....	70
3.2	DES DIFFÉRENCES IMPORTANTES DE COUVERTURE QUI PEUVENT S'OPÉRER DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES OU EN DEHORS, VIA LES SURCOMPLEMENTAIRES .....	72
3.3	UN COUT ÉLEVÉ DES CONTRATS, NOTAMMENT POUR LES PLUS ÂGÉS, QUI S'EXPLIQUE NOTAMMENT PAR LA MISE EN PLACE DU 100 % SANTE, LA PART IMPORTANTE DES PRESTATIONS CONNEXES, ET DES FRAIS DE GESTION ÉLEVÉS .....	75
3.3.1	<i>Une hausse des tarifs au cours des dernières années, qui touche particulièrement les plus âgés .....</i>	<i>75</i>
3.3.2	<i>Des tarifs élevés qui s'expliquent par une forte hausse des dépenses des organismes de complémentaires santé, reposant sur des facteurs internes et externes .....</i>	<i>76</i>
3.4	LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTE EST MARQUÉE PAR DE FORTES INÉGALITÉS, UNE TRÈS FAIBLE REDISTRIBUTION ET DES AIDES PUBLIQUES HORS CMU-C/CSS BÉNÉFICIAIRES AUX REVENUS LES PLUS ÉLEVÉS.....	81
3.4.1	<i>10 % des contrats individuels pratiquent une tarification en fonction du revenu, cette proportion s'élevant à 26 % dans le cas des contrats collectifs .....</i>	<i>81</i>
3.4.2	<i>Une AMO nettement redistributive contrairement à l'AMC .....</i>	<i>81</i>

3.4.3 Des aides publiques à l'acquisition d'une complémentaire santé, qui passent par les dispositifs de solidarité pour les plus démunis et des dispositifs socio-fiscaux profitant majoritairement aux revenus les plus hauts ..... 83

[1] *Sauf mention contraire les différentes données citées dans cette annexe sont issues des documents suivants publiés par la DREES :*

- *Les dépenses de santé en 2023, édition 2024*
- *La complémentaire santé, édition 2024*
- *Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie, septembre 2022*
- *Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé- Les dossiers de la DREES,*

[2] *S'agissant des trois premiers documents cités, il convient de souligner qu'ils sont issus d'une enquête menée par la DREES auprès d'environ 200 organismes offrant une couverture complémentaire santé (mutuelles, IP et entreprises d'assurance), qui sont interrogés depuis 2019 sur les caractéristiques et les niveaux de garantie de leurs dix principaux contrats individuels, dix principaux contrats collectifs et dix principaux contrats de surcomplémentaires (seulement les trois principaux contrats de chaque type entre 2016 et 2019 et seulement les trois principaux contrats individuels et trois principaux contrats collectifs avant 2016). Selon la DREES, « la constitution d'une base de contrats intégrant les dix plus gros contrats collectifs et individuels rend l'enquête représentative de respectivement 38 % et 67 % des bénéficiaires en 2021 ».*

[3] *Concernant le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, il se fonde sur des données recueillies par l'ACPR et l'Urssaf caisse nationale. S'agissant des données recueillies par l'ACPR, si seulement 248 organismes sur les 388 assujettis à la TSA ont renseigné les états ACPR FR.13, ces 248 organismes collectent 99,5 % des cotisations de complémentaire santé. En revanche, sur ces 248 organismes, tous n'ont pas renseigné les états ACPR FR.14 (FR.14.01 qui permet de connaître le nombre de personnes assurées et le nombre d'organismes souscripteurs pour les contrats collectifs n'est par exemple renseigné que par 132 organismes). Par ailleurs les états ACPR font référence à la notion de contrats collectif sans distinguer les contrats collectifs obligatoires et facultatifs, ce qui constitue une limite importante.*

# 1 Les complémentaires santé, qui peuvent relever de trois statuts différents, évoluent dans un marché concurrentiel et fortement régulé dont le cadre juridique a profondément évolué

1.1 Les complémentaires santé, qui peuvent être des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurance, couvrent 12,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

1.1.1 La couverture complémentaire santé peut être assurée par des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises d'assurance

[4] Les organismes d'assurance assurant la prise en charge des dépenses complémentaires de santé relèvent de trois statuts différents :

- **Les mutuelles**, qui sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif régies par le code de la mutualité. Descendantes des sociétés de secours mutuelles qui s'étaient développées durant le XIX<sup>ème</sup> siècle, elles se sont structurées à l'orée du XX<sup>ème</sup> siècle (charte de la Mutualité en 1898 et création de la Fédération nationale de la mutualité français en 1902) et assurent un rôle important dès la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle en matière de couverture du risque santé.
- **Les institutions de prévoyance (IP)**, qui sont également des personnes morales de droit privé à but non lucratif, mais qui relèvent du code de la sécurité sociale. Héritières des organismes de prévoyance collective d'entreprise, les IP ont été créées en 1946. Elles concentrent d'abord leurs activités dans le domaine de la retraite et de la prévoyance « lourde » avant d'intervenir dans le domaine de la santé à partir des années 1950 (décret du 24 janvier 1956 qui autorise les compagnies d'assurance à couvrir les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dans le cadre unique d'une assurance de groupe). Les IP se caractérisent par leur gestion paritaire (conseil d'administration composé à parts égales de représentants des salariés et d'employeurs des entreprises adhérentes).
- **Les entreprises d'assurance**, qui sont des personnes morales de droit privé à but lucratif (sociétés anonymes) ou non lucratif (sociétés d'assurance mutuelles), régies par le code des assurances. Les entreprises d'assurance à but lucratif n'ont investi le marché de l'assurance santé que dans les années 1970/1980, tandis que les sociétés d'assurance mutuelles ne sont pas venues concurrencer directement les mutuelles sur ce secteur.

[5] On notera que, de manière générale, les mutuelles et IP ne sont autorisées à pratiquer que les activités d'assurance vie et d'assurance santé (ainsi que, de manière peu significative, l'assurance chômage pour les IP<sup>166</sup> et mutuelles<sup>167</sup>, ces dernières pouvant en outre exercer en assurance caution) alors que les entreprises d'assurance peuvent, sous réserve du principe de

---

<sup>166</sup> CSS, art. R. 931-2--1.

<sup>167</sup> Code la mutualité art. R. 211-2.

spécialisation (voir annexe 2), pratiquer l'ensemble des activités d'assurance, si bien qu'un même assureur relevant de ce statut peut exercer une activité en assurance santé, en assurance automobile, en assurance habitation, en assurance de responsabilité professionnelle, etc.

### 1.1.2 Si la part des dépenses de santé prises en charge par les complémentaires santé est caractérisée par une certaine stabilité, celle-ci masque certaines évolutions

[6] **Les complémentaires santé ont versé en 2023, 34,1 Mds € de prestations dont 30,9 Mds € relevant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 3,2 Mds € de prestations connexes** (frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure comme la chambre particulière ou la télévision, auxquels s'ajoutent des prestations à la périphérie du système de soins comme l'ostéopathie).

[7] **Les complémentaires santé financent donc 12,4 % de la CSBM**, cette proportion étant relativement stable sur les 15 dernières années (fluctuation entre 12 % et 13 % de la CSBM). **Ce chiffre global masque toutefois certaines dynamiques ainsi que de fortes disparités selon le type de soins considéré.**

[8] Ainsi, si le transfert de certaines prises en charge vers les complémentaires santé (hausse des tickets modérateurs comme ce fut par exemple le cas en octobre 2023 sur les soins dentaires, multiples hausses du forfait hospitalier) ou l'augmentation des dépassements d'honoraires peut contribuer à accroître la part des dépenses prises en charge par les complémentaires santé, l'augmentation du nombre de personnes couvertes par le dispositif des affections de longue durée - ALD (dont les dépenses liées à l'ALD sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie dans la limite du tarif opposable) provoque l'effet inverse, contribuant ainsi à une certaine forme de stabilité (voir 3.3.2.1).

[9] S'agissant du taux de prise en charge de la CSBM par les complémentaires santé, le taux global de 12,4 % masque des écarts importants, cette prise en charge s'élevant à respectivement 66,1 %, 48,4 % et 43,9 % pour l'optique, les audioprothèses et les soins et prothèses dentaires contre 11,5 % pour les médicaments et 3,5 % pour les frais hospitaliers.

## 1.2 Un cadre juridique qui a fortement évolué, notamment au cours des années 2000, puis en 2013

### 1.2.1 La loi Evin du 31 décembre 1989

[10] La loi Evin, adoptée le 18 décembre 1989 et promulguée le 31 décembre, est articulée autour trois principes, la reconnaissance des droits de l'assuré et du bénéficiaire de la prévoyance collective, la pérennité de la couverture sociale complémentaire et l'harmonisation de la situation entre les trois familles d'acteurs intervenant dans le secteur de la protection sociale complémentaire.

[11] S'agissant du premier principe, la loi impose dans son article 2 à l'organisme assureur, dans le cas des contrats collectifs, la prise en charge des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat et proscrit l'exclusion de toute pathologie ou affection ouvrant droit

au service des prestations en nature de l'assurance maladie. L'article 7 impose, toujours dans le cas des contrats collectifs, que la résiliation ou le non-renouvellement du contrat soit sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées nées durant l'exécution du contrat.

[12] **Concernant la pérennité du contrat, l'article 4 impose que celui-ci prévoie les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats pour les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, pour les retraités et pour les anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant d'une indemnisation chômage.** Les intéressés doivent effectuer la demande dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail et l'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans un délai de deux mois à compter de la cessation du contrat de travail. Il est indiqué que les tarifs applicables peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, les conditions étant fixées par décret. Le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 précise que les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux actifs la première année, qu'ils peuvent être supérieurs de 25 % au maximum la deuxième année et qu'ils ne peuvent être supérieurs à 50 % la troisième année, les tarifs n'étant plus encadrés à partir de la quatrième année suivant la cessation du contrat de travail (le précédent décret limitait la hausse de tarifs à 50 % sans condition de durée).

[13] Enfin, s'agissant de la clarification et de l'harmonisation de la situation des acteurs intervenant en matière de protection sociale complémentaire, **l'article premier place les différents acteurs sur un pied d'égalité en reconnaissant le droit des mutuelles et entreprises d'assurance d'intervenir dans le domaine de la prévoyance collective et, inversement, en autorisant les institutions de prévoyance à intervenir dans le domaine de prévoyance individuelle.**

[14] Ce faisant, la loi Evin a aussi confirmé l'absence de monopole de chaque acteur, dans la continuité de la réforme du code de la mutualité en 1985, et la concurrence entre eux.

### 1.2.2 La création des contrats responsables

[15] Si la loi Evin, ainsi que les directives européennes 92/49/CE et 92/96/CE visant à créer un marché unique de l'assurance et tardivement transposées en droit interne en 2001, ont favorisé la concurrence dans le secteur de la couverture complémentaire santé<sup>168</sup>, celle-ci s'organise autour des tarifs et de l'étendue de la couverture, avec un risque de forte hétérogénéité de ces niveaux de couverture et de développement de garanties pouvant notamment favoriser des pratiques inflationnistes.

[16] Par ailleurs dans un contexte marqué par la volonté des pouvoirs publics d'inciter les usagers à certaines pratiques en matière de soins en jouant sur le niveau de participation laissé à la charge de l'usager, la nécessité d'une meilleure coordination entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire apparaît nécessaire. **La loi du 13 août 2004** qui crée le parcours de soins, le médecin traitant et introduit des participations forfaitaires des assurés sur certains actes, apporte donc des évolutions en matière de gouvernance de l'Assurance maladie

---

<sup>168</sup> Voir notamment « Histoire des complémentaires maladie », Jean-François Chadelat, Regards protection sociale 2016/1 n°49, « Le rôle de la loi du 31 décembre 1989 dans la construction du marché de l'assurance maladie complémentaire », Jean-Paul Domin, Revue internationale de l'économie sociale, 2020/3 n°357 et « Les mises en marché du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement », Cyril Benoît et Gaël Coron, Revue français des affaires sociales 2018/4

avec la création de l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) et **introduit les contrats responsables**.

[17] **La loi de finances rectificative de 2001 avait déjà introduit en 2002 les contrats « solidaires »** qui, en contrepartie d'un régime d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) de 7 %, ne pouvaient recourir à un questionnaire médical ou pratiquer une tarification directement liée à l'état de santé de l'assuré<sup>169</sup>. Le dispositif des contrats responsables reprend cette idée d'un encadrement des contrats en contrepartie d'un régime socio-fiscal plus favorable.

[18] Lors de leur création ces contrats devaient, outre les conditions imposées aux contrats solidaires, exclure notamment la prise en charge des participations forfaitaires introduites par la loi de 2004 ainsi que des dépassements d'honoraires pratiqués par des spécialistes consultés sans avoir été adressés par leur médecin traitant. Le cadre des contrats solidaires et responsables a depuis été réformé par la LFSS de 2014 et le décret du 11 janvier 2019 dans le cadre de la réforme du 100 % santé (voir infra).

[19] S'agissant du socle minimal de couverture, les contrats responsables doivent notamment prendre en charge les forfaits journaliers hospitaliers (FJH), sans limitation de durée, et la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds, ainsi que l'intégralité des tickets modérateurs (TM), hormis ceux des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré et des frais de soins thermaux. Les contrats responsables doivent également respecter les obligations introduites par la réforme du 100 % santé visant à proposer un panier de soins minimal sans reste à charge pour l'assuré pour certains soins et équipements optiques, dentaires et auditifs (voir 1.2.4).

[20] Concernant la limitation ou l'interdiction de certaines prises en charge, les contrats responsables ne peuvent couvrir, ni la majoration du ticket modérateur (TM) en cas de consultation en dehors du parcours de soins, ni les participations forfaitaires et les franchises. Ils doivent respecter des plafonds de prise en charge en matière de dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, de frais d'équipement d'optique et d'audition, et respecter une période de deux ans pour le renouvellement des équipements optiques (des informations plus détaillées sur le socle de garanties minimales et les limitations de certaines prises en charge sont disponibles en annexe 4).

[21] **On constate ainsi qu'à travers les contrats responsables et solidaires, qui bénéficient de dispositifs socio-fiscaux favorables** (exemption de cotisations sociales pour la contribution de l'employeur, taux de TSA réduit à 13,27 %, déduction des contributions salariés du revenu imposable<sup>170</sup>), **le législateur semble avoir poursuivi plusieurs objectifs :**

- **Un objectif de solidarité et de garantie minimale de couverture** via le contrat solidaire et la définition d'un socle minimal de couverture pour le contrat responsable ;
- **un objectif de régulation des pratiques des assurés** (respect du parcours de soins, interdiction de prise en charge des franchises et participations forfaitaires, période

---

<sup>169</sup> Cette création des contrats solidaires permet également de se conformer au droit européen en mettant fin à l'exonération de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) dont bénéficiaient les IP et les mutuelles, contrairement aux sociétés d'assurance (voir notamment annexe 4 sur les contrats solidaires et responsables).

<sup>170</sup> Voir annexe 1

minimale de renouvellement d'équipement optique) **et des offreurs de soins** (limitation de la prise en charge de certains dépassements d'honoraires, plafonnement des tarifs de prise en charge d'équipement d'optique et d'audition).

[22] **En 2023, les contrats responsables et solidaires représentaient en montant de cotisations collectées, 96,4 % des contrats d'assurance santé diffusés en France.**

### 1.2.3 La loi de sécurisation de l'emploi de 2013 a introduit la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé

[23] La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui transpose l'ANI du 11 janvier 2013, a instauré l'obligation pour les employeurs du secteur privé, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, de faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés d'une couverture complémentaire de frais de santé qu'ils doivent financer à hauteur d'au moins 50 %.

[24] Dans la fonction publique d'Etat, l'accord interministériel du 26 janvier 2022, transposé dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022, impose la mise en place progressive, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 et jusqu'en 2026, d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire. En revanche, dans la fonction publique territoriale, les employeurs ont seulement obligation de participer à hauteurs de 15 euros par mois et par agent au financement de la couverture complémentaire santé à laquelle souscrivent leurs agents, tandis qu'aucun accord n'a encore été signé au sein de la fonction publique hospitalière, dont les agents bénéficient du dispositif de soins gratuits<sup>171</sup>.

[25] A l'occasion de la loi de 2013 généralisant la complémentaire santé, le conseil constitutionnel a censuré les clauses de désignation de l'organisme assureur par les branches professionnelles (cf. annexe 2), avec des conséquences potentielles sur la répartition des parts de marché entre les différents acteurs ainsi que sur les frais d'acquisition<sup>172</sup>.

### 1.2.4 La création du 100 % santé à partir de 2019 vise à favoriser un accès sans reste à charge après intervention de la complémentaire santé, en optique, dentaire et audiologie

[26] Instaurée en 2019 et déployée en 2019 et 2021 la réforme du 100 % santé a pour objectif de permettre aux bénéficiaires de contrats responsables d'accéder à des biens sans reste à charge en optique ainsi que pour les prothèses dentaires et auditives.

[27] Cette réforme s'appuie sur la création d'un panier de biens spécifiques en optique, prothèses dentaires et auditives, le « panier 100 % santé », dont les prix sont plafonnés par un prix limite de vente (PLV), qui bénéficient d'une revalorisation des remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par une obligation pour les contrats responsables de prendre en charge la totalité du reste à charge après remboursement de l'AMO sur les biens de ce panier.

---

<sup>171</sup> Voir annexe 6 Fonction publique pour davantage de détails.

<sup>172</sup> La mission n'a toutefois pas trouvé de données permettant de vérifier ces effets potentiels.

[28] L'instauration du « 100 % santé » a été progressive :

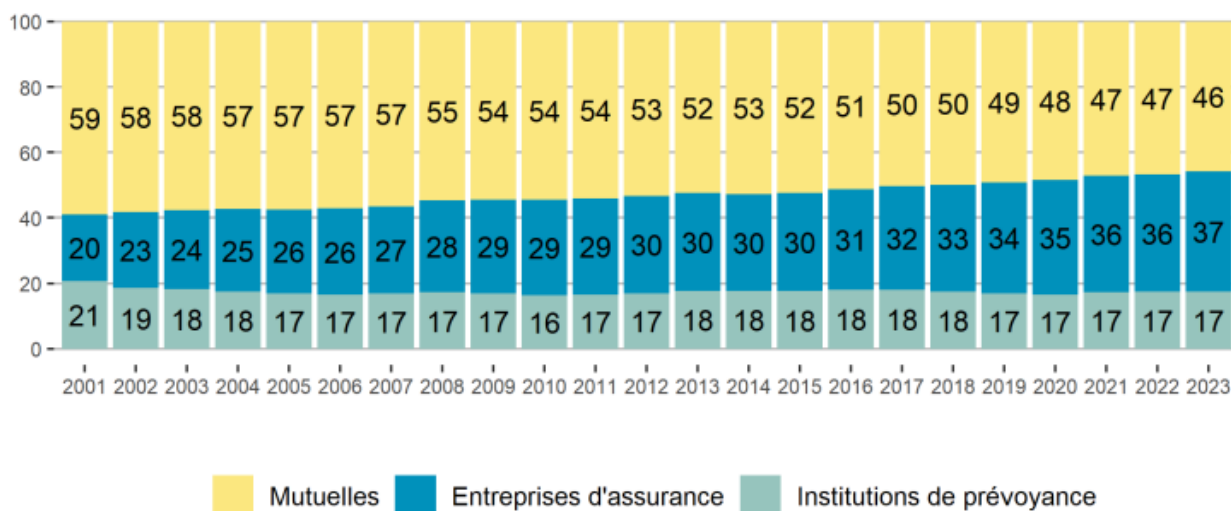
- En audiologie, un PLV de 1300 euros par prothèse auditive relevant du panier 100 % santé a été instauré, PLV qui a été abaissé en 2020 puis 2021 pour atteindre 950 euros. Parallèlement, le tarif de référence de remboursement de l'AMO (base de remboursement de la Sécurité sociale – BRSS) a été relevé progressivement sur la même période (passage de 199,71 euros à 300 euros en 2019, 350 euros en 2020 et, enfin, 400 euros en 2021). A partir de 2021, les contrats responsables ont dû prendre en charge la totalité du RAC AMO des prothèses auditives relevant du panier 100 % santé.
- En optique, la réforme s'est déployée à partir de 2020 avec la création d'un panier 100 % santé (verres et montures mais pas lentilles) pour lequel les prix sont plafonnés et le RAC nul pour les assurés bénéficiant d'un contrat responsable.
- En dentaire, contrairement à l'audiologie et à l'optique, pour lesquels l'offre est organisée autour de deux paniers de biens (le panier 100 % santé et le panier libre), la réforme du 100 % santé crée trois paniers de biens. Le panier 100 % santé regroupe des prothèses dentaires dont les prix sont plafonnés et pour lesquels le RAC est nul pour les assurés couverts par un contrat responsable, le « panier modéré » dont les prix sont limités et le ticket modérateur obligatoirement pris en charge par les organismes complémentaires (un RAC peut donc s'appliquer pour les assurés si la complémentaire ne couvre pas la différence entre le prix de vente et la BRSS) et, enfin, un panier libre dont les prix ne sont pas limités, mais pour lesquels la prise en charge du ticket modérateur par les organismes complémentaires est obligatoire. Comme en audiologie, la mise en place du 100 % santé s'est faite progressivement, l'instauration de prix de vente limités pour les paniers 100 % santé et modérés, et la revalorisation de la BRSS, datant d'avril 2019, tandis que l'obligation de prise en charge totale du RAC AMO pour les biens du panier 100 % santé et du ticket modérateur pour les biens des paniers modérés et libres a été mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Enfin, les prothèses amovibles ont été intégrés aux paniers 100 % santé et modérés le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## 2 Un marché de la complémentaire santé marqué par un phénomène de concentration et une faible rentabilité, au sein duquel les entreprises d'assurance progressent

### 2.1 Si les mutuelles restent majoritaires elles perdent des parts de marché au profit des assurances

[29] On assiste sur les 20 dernières années à une progression de la part de marché (en % des cotisations collectées) des entreprises d'assurances au détriment des mutuelles, la part des IP restant relativement stable. Ainsi, alors que la part des mutuelles s'élevait 59 % en 2001, elle n'est plus que de 46 % en 2023 alors que les entreprises d'assurance progressent de 20 % à 37 % sur la même période. Après avoir chuté de 3 points entre 2001 et 2003, la part des IP reste stable depuis à 17/18 % depuis 20 ans.

Graphique 1 : Evolution de la part de marché des organismes proposant une couverture complémentaire santé



Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

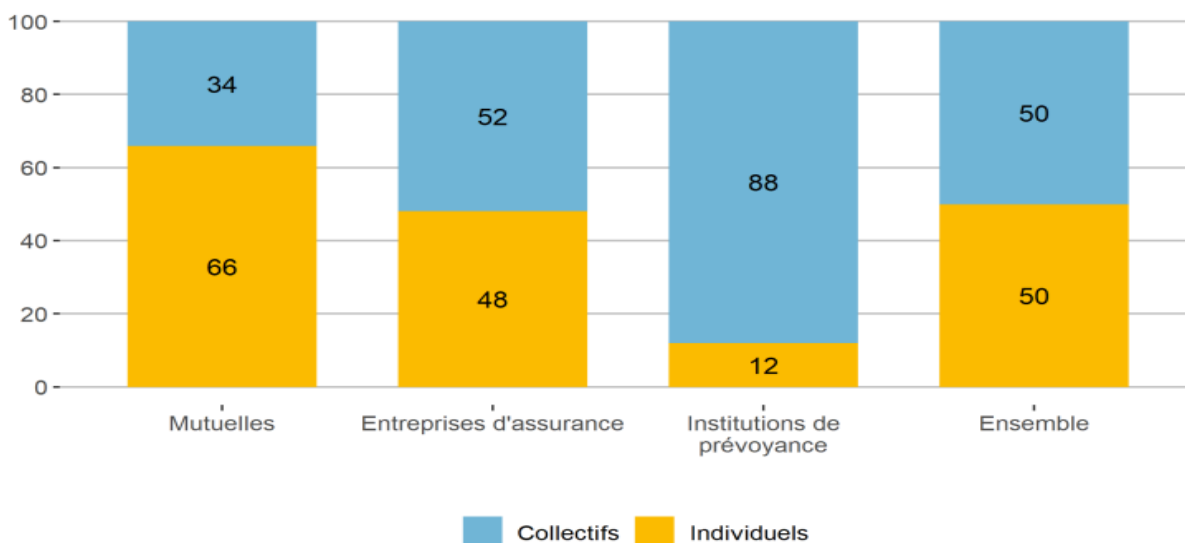
## 2.2 Contrairement aux mutuelles, dont l'activité est majoritairement assurée par les contrats individuels, les IP concentrent leur activité sur les contrats collectifs, les entreprises d'assurance ayant une activité équilibrée

[30] Il existe deux grandes familles de contrats de complémentaires santé, les contrats collectifs obligatoires souscrit par une personne morale au profit d'un groupe de personnes (généralement un employeur au profit de ses salariés) et les contrats souscrits facultativement par des particuliers.

[31] Pour des raisons historiques l'activité des mutuelles, et plus encore des IP, est marquée par une certaine forme de spécialisation. Ainsi, les IP assurent uniquement des contrats collectifs obligatoires de salariés, et 88 % des cotisations collectées le sont dans ce cadre, les 12 % restant correspondent au maintien des garanties ou des contrats pour d'anciens salariés. Les mutuelles santé se sont longtemps spécialisées dans les contrats souscrits facultativement, notamment par des agents publics ou des retraités<sup>173</sup>. L'activité des entreprises d'assurance est plus équilibrée avec une part de 52 % des primes collectée issues de contrats collectifs et 48 % de contrats individuels.

<sup>173</sup> Même si ces contrats sont parfois présentés comme des contrats collectifs à adhésion facultative car le règlement mutualiste fixe le cadre commun des garanties.

Graphique 2 : Par des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations collectées en fonction du statut de l'organisme assureur



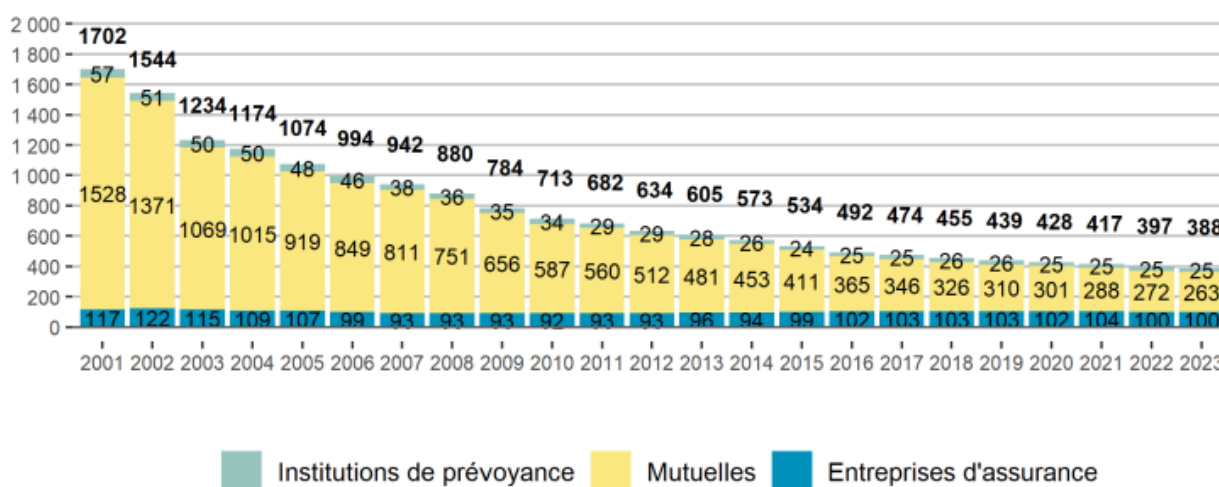
Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

### 2.3 Un phénomène de concentration qui s'amplifie

[32] On assiste depuis 20 ans à un phénomène de concentration sur le marché de l'assurance santé, qui se traduit par une réduction très importante du nombre d'organismes, tout particulièrement au sein des mutuelles, ainsi que par des rapprochements, via la création de groupes d'assurances.

[33] Ainsi, **entre 2001 et 2023 le nombre d'organismes a été réduit de 77 %**, cette réduction s'élevant à 83 % pour les mutuelles, 56 % pour les IP et 15 % pour les entreprises d'assurance.

Graphique 3 : Evolution du nombre d'organismes assujettis à la TSA entre 2001 et 2023



Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

[34] En 2023, les 10 plus grands organismes percevaient 42 % des cotisations collectées contre 29 % en 2011.

[35] Parallèlement à cette réduction du nombre des acteurs, on assiste à la création de regroupements qui peuvent relever de différents statuts selon qu'ils sont capitalistiques ou non, sachant de plus que les groupes constitués peuvent dans certains cas regrouper à la fois des mutuelles, des IP et des entreprises d'assurance.

[36] Les groupes non capitalistiques peuvent relever du Code la mutualité (union mutualiste de groupe – UMG), du Code la Sécurité sociale (société de groupe assurantiel de protection sociale – SGAPS) ou du Code des assurances (société de groupe d'assurance mutuelle – SGAM). Au sein de ces familles de groupes, les liens financiers entre organismes sont forts et le groupe joue un rôle important sur les organismes membres via les pouvoirs de contrôles qu'il exerce et les décisions financières qu'il peut prendre.

[37] Les groupes capitalistiques consistent en une entreprise-mère détenant des parts financières des organismes membres ou bien en une société de groupe d'assurance (SGA).

[38] Il existe au total en 2023, 52 groupes, qui détiennent 86 % du marché, les 5 plus grands groupes ayant collecté 47 % des cotisations santé, soit environ 20 Mds € hors taxes.

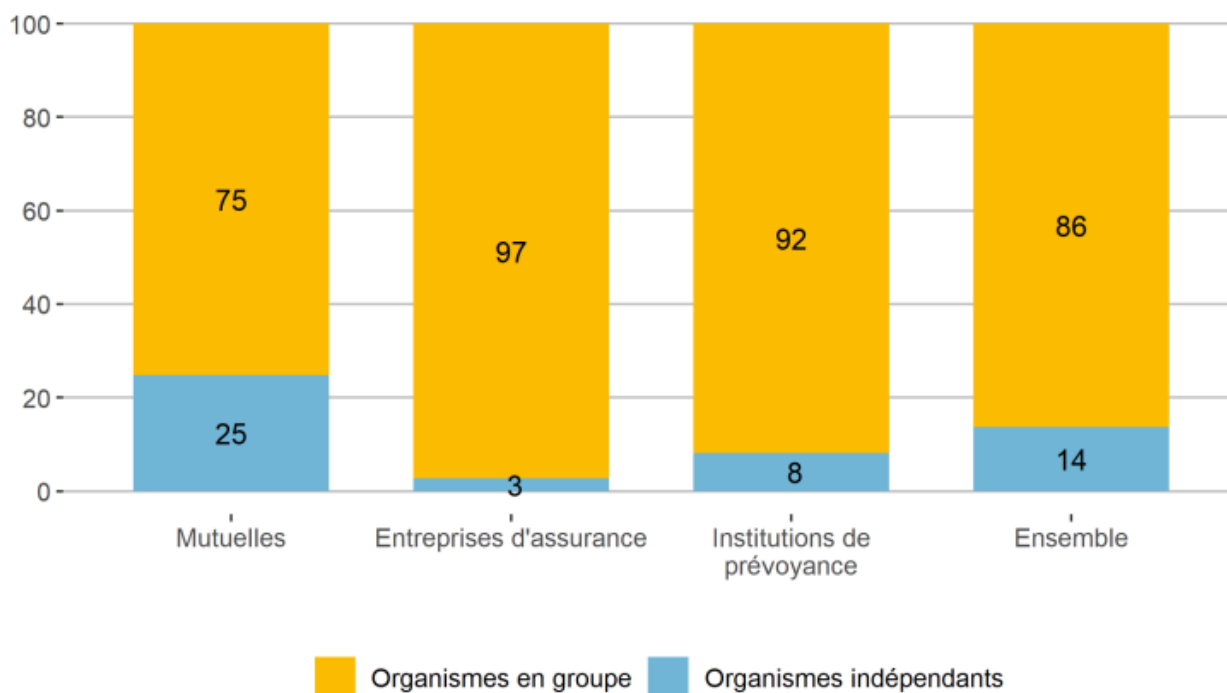
Tableau 1 : Nombre d'organismes et de groupes d'assurance présents sur le marché de l'assurance santé en 2023 (en nombre de groupes et d'organismes)

Catégorie	Type de la tête de groupe	Nombre de groupes	Nombre total d'organismes actifs en santé	dont Mutuelles	dont Entreprises d'assurance	dont Institutions de prévoyance	Part dans les cotisations santé (en %)
Non capitalistiques	UMG	5	19	19	0	0	15
	SGAM	11	48	19	20	9	29
	SGAPS	9	24	11	3	10	9
Capitalistiques	Mutuelle	5	7	6	1	0	3
	Entreprise d'assurance	10	25	0	25	0	14
	Institution de prévoyance	0	0	0	0	0	0
	SGA	12	21	1	20	0	16
<b>Ensemble des groupes</b>		<b>52</b>	<b>144</b>	<b>56</b>	<b>69</b>	<b>19</b>	<b>86</b>
<b>Organismes indépendants</b>			<b>192</b>	<b>168</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
<b>Ensemble des organismes</b>			<b>336<sup>1</sup></b>	<b>224</b>	<b>87</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

[39] Face à cette tendance au regroupement, les organismes indépendants sont désormais nettement minoritaires (14 % des cotisations collectées). C'est au sein des mutuelles qu'ils restent le plus présents (25 % des cotisations collectées par les mutuelles le sont par des organismes indépendants).

Graphique 4 : Part des cotisations collectées par des organismes indépendants et par des groupes (en % des cotisations collectées)

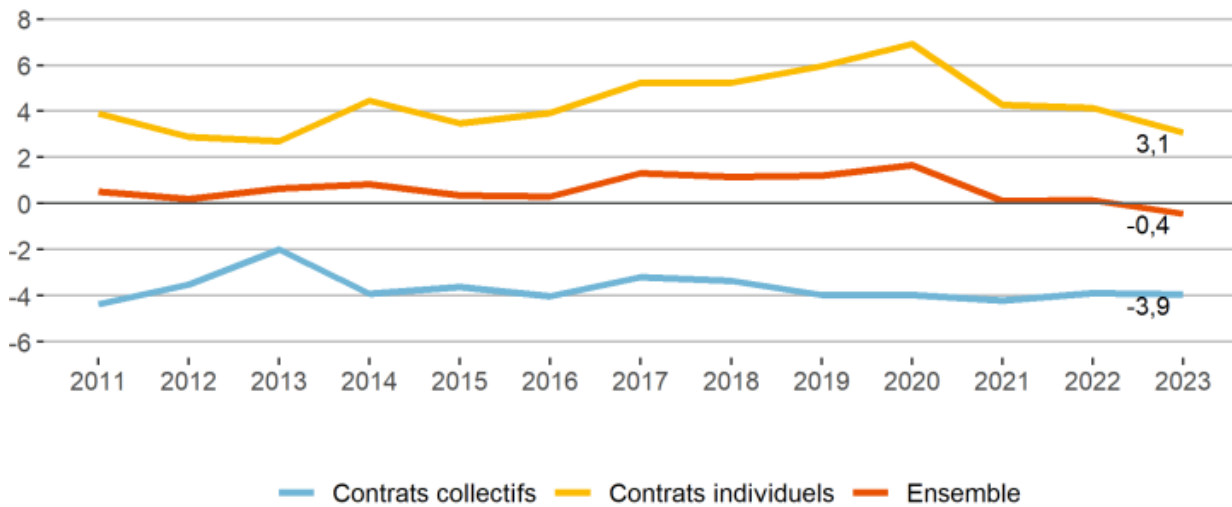


Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

## 2.4 Une faible « rentabilité » globale avec des contrats collectifs moins rentables que les contrats individuels

[40] Depuis 2011, le résultat technique des organismes est globalement nul, ce résultat technique étant même devenu négatif en 2023 (-0,4 % des cotisations collectées). Il convient toutefois de différencier **les contrats individuels dont le résultat technique est positif et globalement supérieur à 4 % sur la période 2011-2023 et les contrats collectifs dont le déficit est souvent proche de 4 %.**

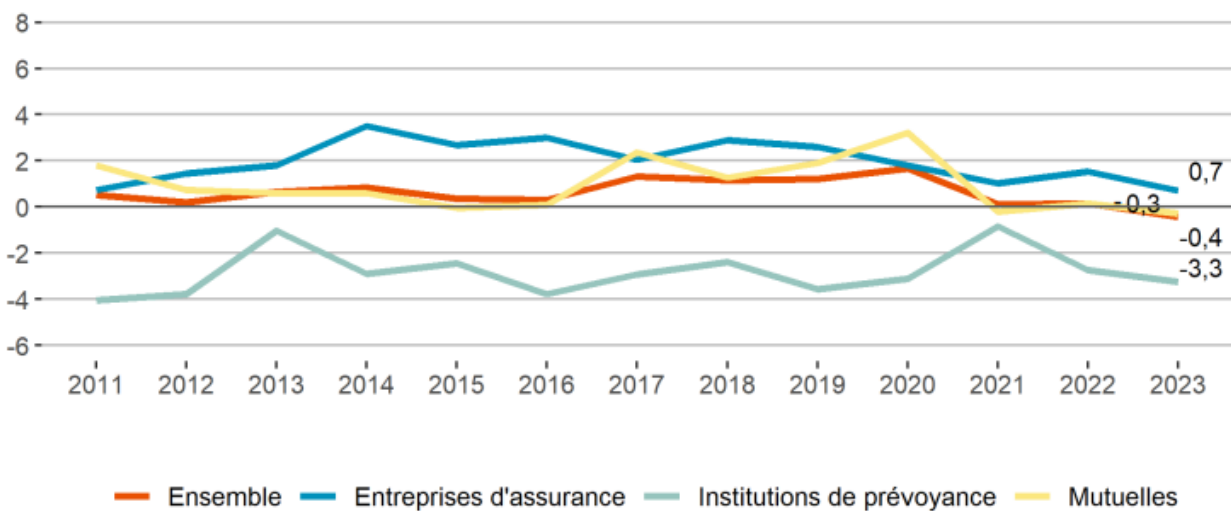
Graphique 5 : Résultat technique en santé sur la période 2011-2023 en fonction du type de contrat (en % des cotisations collectées)



Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

[41] Si l'on s'intéresse à ces résultats techniques en fonction du type d'organisme on constate des différences marquées avec **des sociétés d'assurance dont le résultat technique est positif, quoiqu'en baisse depuis 2018 (du fait de la baisse du résultat technique de leurs contrats individuels), des mutuelles dont le résultat technique revient à un niveau proche de 0 après avoir été marqué par des résultats positifs entre 2017 et 2020, et des IP dont le résultat a toujours été nettement déficitaire.**

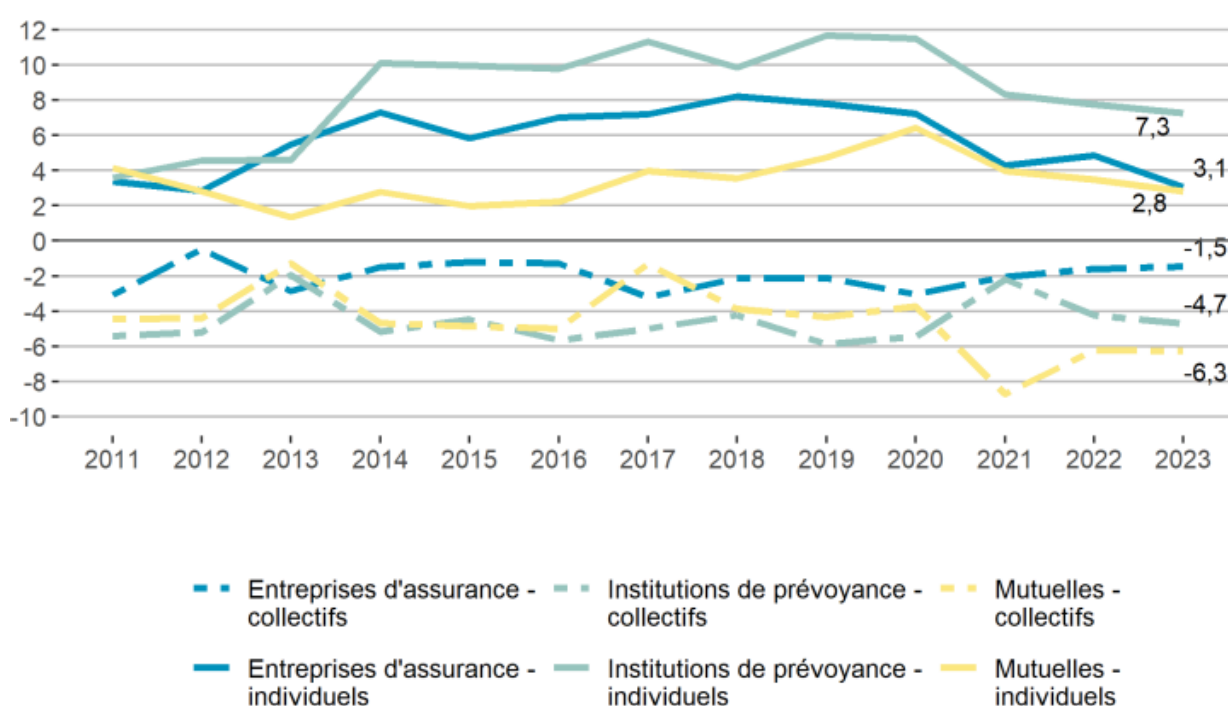
Graphique 6 : Résultat technique en santé en fonction du type d'organisme (en % des cotisations collectées)



Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

[42] De tels différences s'expliquent en partie par la structure des contrats proposés par les différents organismes, le déficit des IP pouvant s'expliquer par la part prépondérante de contrats collectifs (caractérisés, au contraire des contrats individuels, par un résultat technique négatif), dans leur offre (88 % des contrats). Ce facteur joue moins en revanche lorsque l'on compare mutuelles et sociétés d'assurance, le fait pour les mutuelles de proposer davantage de contrats collectifs que les sociétés d'assurance ne se traduisant pas par des résultats techniques plus favorables. Les meilleurs résultats des sociétés d'assurance s'expliquent, selon la DREES, par des résultats moins défavorables que les autres types d'organismes sur les contrats collectifs, du fait de la part plus importante des contrats haut de gamme, dont le résultat technique est meilleur, au sein de ces organismes que dans les IP et les mutuelles.

Graphique 7 : Résultat technique en fonction du type d'organisme et du type de contrat (en % des cotisations collectées)



Source : DREES, Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

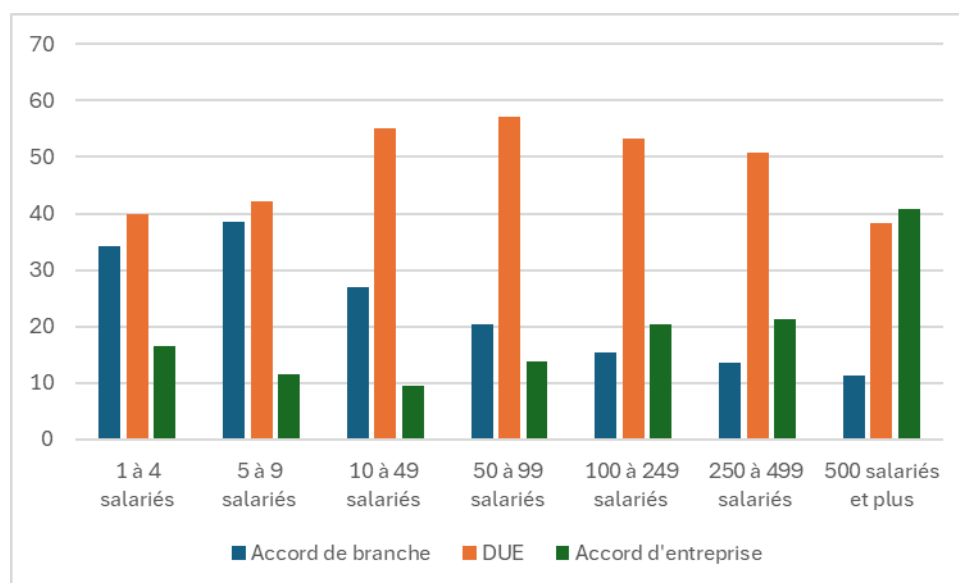
## 2.5 Des contrats collectifs bien plus souvent définis au niveau de l'entreprise que de la branche

[43] Selon l'enquête PSCE menée par l'IRDES en 2017, la mise en place des garanties en santé relève bien plus souvent du niveau de l'entreprise que de la branche. En effet **44,1 % avaient été mises en place via décision unilatérale de l'employeur (DUE) et 17 % via un accord d'entreprise contre 29,9 % qui avaient été décidées au niveau de la branche**. On notera que ces proportions sont inversées en matière de prévoyance<sup>174</sup> avec des garanties qui ont été décidées au niveau de

<sup>174</sup> Voir annexe 5 pour des données détaillées sur la couverture prévoyance

la branche dans 54,2 % des cas et au niveau de l'entreprise dans 31,6 % des cas (9,9 % via accord d'entreprise et 21,7 % via DUE).

Graphique 8 : Mode de mise en place des garanties complémentaire santé



Source : IRDES, PSCE 2017

[44] On constate par ailleurs que **la mise en place de garanties complémentaire santé via accord de branche décroît avec la taille de l'entreprise**. Si d'après l'enquête PSCE l'existence ou non d'une couverture complémentaire santé d'entreprise avant le 1er janvier 2016 ne semble pas avoir d'effet sur le mode de mise en place des garanties complémentaires santé<sup>175</sup>, on peut supposer que les petites entreprises, au faible pouvoir de négociation, ont davantage intérêt à bénéficier de garanties négociées au niveau de la branche quand de tels accords existent, contrairement aux grandes entreprises dont la taille peut leur permettre de négocier des accords sur mesure et plus adaptés aux attentes de leurs salariés.

[45] Ceci ne veut pas dire qu'il n'y pas de négociation au niveau de la branche, les données du CTIP indiquant en effet que 138 accords de branches en frais de santé avaient été signés en 2017 et qu'ils étaient 121 en 2022, dans un contexte de réduction du nombre de branches. Néanmoins, ces accords ne comportent pas toujours de clauses de recommandation (10 accords sur les 22 accords de branche de plus de 100 000 salariés comportaient en 2022 de telles clauses) et sont parfois assez peu prescriptifs, laissant la possibilité aux entreprises de la branche de définir les garanties qu'elles souhaitent via un accord d'entreprise, à l'image de la branche bureau technique d'étude ou de la branche des industries chimiques qui concernent un nombre de salariés importants (respectivement 1,4 million de salariés et 236 000 salariés sur les 19,1 millions de salariés couverts par un accord de branche en 2023). On peut également souligner que lorsqu'un accord de branche comporte une recommandation, toutes les entreprises ne souscrivent pas forcément un contrat auprès de l'un des organismes recommandés. Ainsi, l'IRDES indiquait dans

<sup>175</sup> Selon les établissements interrogés dans le cadre de l'enquête PSCE, 62,3 % des entreprises de 1 à 4 salariés et 47,2 % des entreprises de 5 à 9 salariés n'offraient pas de couvertures complémentaire santé avant la généralisation contre moins de 11 % des entreprises de plus de 250 salariés.

son enquête PSCE de 2017 que lorsqu'une recommandation existait, 53 % seulement des entreprises souscrivaient un contrat auprès d'un des organismes recommandés.

**Deux exemples d'accord de branche frais de santé assez peu prescriptif : L'accord frais de santé de la branche "bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils" et l'accord frais de santé des "industries chimiques"**

La branche "bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils" a signé un accord relatif à la complémentaire santé le 7 octobre 2015, plusieurs fois « avenanté », notamment pour adapter le montant des cotisations. Il s'applique à tous les salariés employés, techniciens, agents de maîtrise et cadres. Il comprend une clause de recommandation, avec trois organismes. Les enfants du salarié sont couverts, et le conjoint peut en bénéficier.

Il donne aux entreprises de la branche une grande latitude :

- Concernant le taux de cotisation, qui n'est pas précisé au niveau de la branche, l'accord rappelant seulement l'obligation légale : les cotisations « sont réparties entre l'entreprise et le salarié selon des taux d'au moins 50 % à la charge de l'employeur et au plus 50 % la charge du salarié » ;
- concernant la définition des garanties : l'accord fixe un minimum conventionnel, complété par des options que les entreprises doivent obligatoirement proposer au salarié, soit de façon facultative et financées par le salarié, soit de façon obligatoire : « au-delà des garanties de base obligatoires de la branche, les entreprises doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés pour étendre les garanties de base obligatoires de la branche au conjoint du salarié ou pour améliorer la couverture conventionnelle des bénéficiaires du régime de branche ». Initialement composé de deux options, une troisième option plus couvrante a été définie par un avenant du 3 novembre 2020, qui a également ajouté les médecines douces dans toutes les options.

Les trois options se distinguent principalement par :

- le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux, par exemple de 195 % de la BRSS (minimum conventionnel) à 450 % de la BRSS (option 3) pour les spécialistes adhérents à l'OPTAM ;
- les prothèses dentaires, par exemple de 250 % de la BRSS pour la base conventionnelle à 550 % de la BRSS (option 3) pour les dents du sourire ;
- les lentilles prescrites, de 85€ à 350€ ;
- les aides auditives de classe II, de 450€ pour la base conventionnelle à 1000€ pour l'option 3.

Le niveau des cotisations fixé par l'avenant n°7 applicable au 1er avril 2025 est le suivant (hors régime local Alsace Moselle)

	Garanties obligatoires et facultatives	Salarié + Enfant(s)	Conjoint
	RÉGIME GÉNÉRAL (RG)	<u>Base</u>	59,00 €
Option 1		14,50 €	12,50 €
Option 2		34,00 €	29,00 €
Option 3		69,00 €	59,00 €
<u>Base + option 1 obligatoire</u>		71,00 €	64,00 €
Option 2		19,50 €	16,50 €
Option 3		54,50 €	46,50 €
<u>Base + option 2 obligatoire</u>		87,50 €	80,50 €
Option 3		35,00 €	30,00 €
<u>Base + option 3 obligatoire</u>		122,00 €	110,50 €

S'agissant de l'accord de branche relatif au régime frais de santé des industries chimiques, un accord de branche a été signé le 14 mars 2024 et a depuis fait l'objet de plusieurs avenants portant sur le montant minimum de la participation employeur à la mise en place d'un régime frais de santé.

Cet accord est encore moins prescriptif que celui de la branche bureaux d'études techniques puisqu'il ne porte pas sur les garanties mais sur le seul « montant minimum de cotisation que les entreprises [*de la branche*] doivent consacrer à la couverture frais de santé de leurs salariés ». Exprimé depuis l'avenant du 2 octobre 2024 en pourcentage du PMSS, ce montant minimal doit correspondre à une cotisation de 59 euros à partir de la date de signature de cet avenant, dont 50 % au minimum doit être pris en charge par l'employeur.

S'agissant des garanties ou du choix de l'organisme assureur, l'accord renvoie ces sujets au niveau de l'entreprise, précisant que les entreprises sont « libres de choisir la couverture qu'elles souhaitent mettre en œuvre dans ce cadre et l'organisme assureur auprès duquel elles s'affilient ».

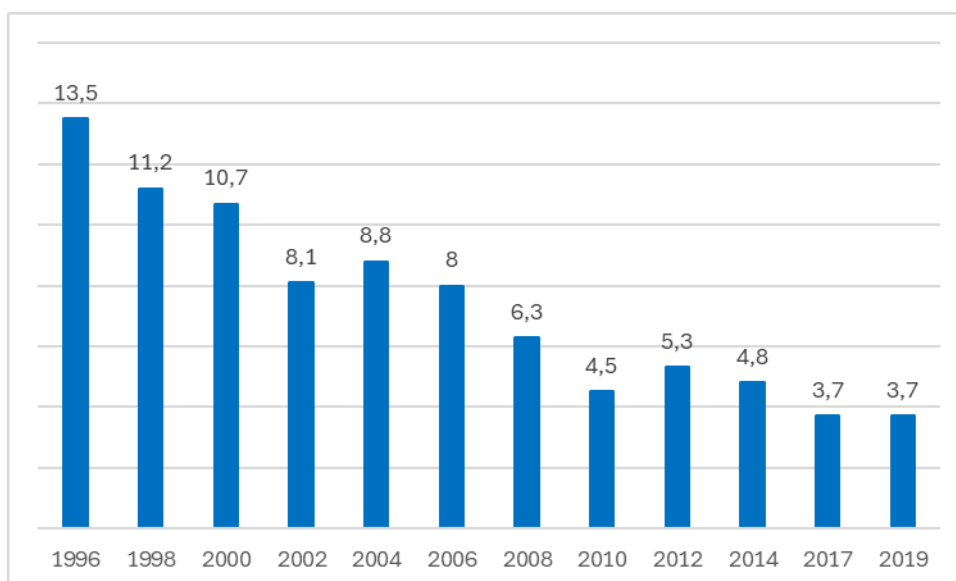
### **3 Des complémentaires santé caractérisées, contrairement à l'AMO, par une quasi-absence de redistribution à laquelle s'ajoutent de fortes inégalités en matière de tarifs et de niveaux de couverture**

#### **3.1 96 % de la population couverte, l'ANI de 2013 ayant peu fait progresser ce taux qui masque de fortes inégalités**

[46] On constate sur longue période une extension du taux de couverture de la population par une complémentaire santé qui s'est appuyée dans un premier temps sur le développement à partir de 1979 de mécanismes socio-fiscaux incitatifs, dont ceux qui sont l'objet de la présente évaluation, puis sur la mise en place de dispositifs destinés aux plus précaires (CMU-C en 2000 et ACS en 2005, remplacés depuis 2019 par la CSS) et, enfin sur l'obligation pour les employeurs du secteur privé de couvrir l'ensemble de leurs salariés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 et de financer au moins la moitié du coût de cette couverture, cette obligation étant étendue à partir de 2026 aux employeurs publics (cf. 1.2.3) avec des exigences moins fortes concernant la prise en charge des cotisations.

[47] Ainsi, la part de la population de 15 ans et plus non couverte par une complémentaire santé est passée de 13,5 % à un peu moins de 5 % dans la première moitié des années 2010. Cette part a encore légèrement diminué pour s'établir à 3,7 % depuis 2017 et s'est désormais stabilisée.

Graphique 9 : Evolution du taux de non-couverture par une complémentaire santé (15 ans et plus, France métropolitaine)

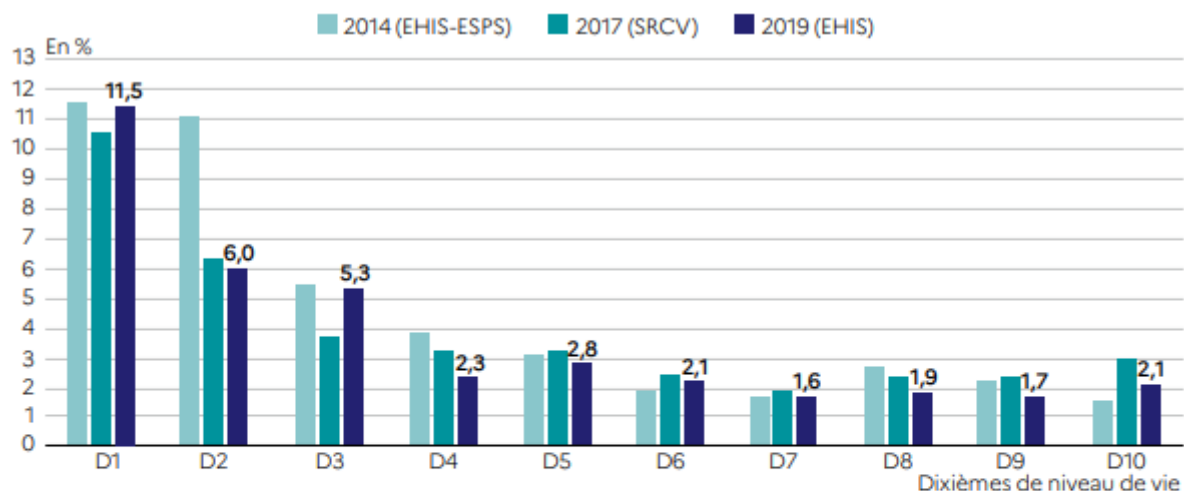


Source : DREES

[48] L'observation de cette évolution montre que **la mise en place de la CMU-C et de l'ACS ont fortement contribué à cette diminution du taux de non-couverture. La mise en place de l'obligation pour les employeurs du secteur privé de couvrir leurs salariés a produit des effets beaucoup plus limités** car elle a en partie concerné des salariés qui étaient déjà couverts par des contrats individuels (effet de substitution entre contrats collectifs et contrats individuels, qui s'observera également dans la fonction publique avec mise en place de la complémentaire santé obligatoire (cf. 1.2.3)).

[49] **Ce taux de non-couverture global d'environ 4 % masque cependant des disparités importantes puisqu'il s'élève respectivement à 11,5 %, 6 % et 5,3 % pour les trois premiers déciles de niveau de vie contre moins de 2,8 % pour les sept autres déciles.** On peut toutefois noter que la généralisation de la complémentaire santé a produit un effet marqué sur le taux de non-couverture du deuxième décile de la population, qui est passé de 11 % à 6 % entre 2014 et 2019. Selon la DREES « *Cela s'explique par le fait que la généralisation de la complémentaire d'entreprise a surtout bénéficié aux salariés précaires et aux personnes sans emploi du fait, pour ces dernières, de la portabilité de leurs droits ou de leur statut d'ayants droit de salariés du secteur privé* ». On ne constate en revanche par d'évolution pour les autres déciles.

Graphique 10 : Taux de non-couverture des 15 ans ou plus en fonction du niveau de vie sur la période 2014-2019



EHIS : enquête santé européenne ; ESPS : enquêtes Santé et Protection sociale ; SRCV : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie.

**Note >** Les niveaux de vie reflètent le revenu par unité de consommation. Les revenus des enquêtes EHIS-2019 et SRCV-2017 sont issus d'un appariement avec les données de la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Les revenus de l'enquête EHIS-ESPS 2014 sont des revenus déclarés dans le cadre de l'enquête.

**Lecture >** En 2019, 11,5 % des 10 % d'individus les plus modestes (D1) ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

**Champ >** Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

**Sources >** Pierre (2022a) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; DREES, EHIS. En 2014, l'enquête ESPS a accueilli les questions du module santé européen, ce qui explique sa dénomination : EHIS-ESPS.

[50] Cette disparité du taux de non-couverture se vérifie également quand on l'examine en fonction de la situation des personnes sur le marché du travail. Le taux de non-couverture des salariés du secteur privé et du secteur public n'est que de 1,5 % et 2,5 %, contre 15,4 % pour les chômeurs, 5,6 % pour les indépendants et 7,8 % pour les inactifs non-retraités. S'agissant des retraités, si le taux de non-couverture s'établit dans l'ensemble de 3,8 %, il s'élève à 11 % pour les 20 % des retraités les plus pauvres.

### 3.2 Des différences importantes de couverture qui peuvent s'opérer dans le cadre des contrats responsables ou en dehors, via les surcomplémentaires

[51] **En termes de garanties, les contrats collectifs offrent généralement un niveau supérieur aux contrats individuels.** Si le fait que la très grande majorité des contrats soient responsables et solidaires conduit à ce que l'ensemble des contrats partagent un socle commun de garanties, plusieurs différences subsistent (périmètre du panier de soins, niveau des garanties, prestations annexes, etc.).

[52] La DREES a construit un indicateur synthétique du niveau de prise en charge des contrats de complémentaire santé, permettant de les classer en trois catégories (les contrats de classe 1 sont les contrats offrant le niveau de prise en charge le plus faible, les contrats de classe 3, le niveau de prise en charge le plus élevé). Le niveau de prise en charge entre un contrat de classe 1 et un contrat de classe 3 varie très fortement (de 1 à 3), notamment pour les bien optiques, les prothèses auditives, mais aussi pour les dépassements d'honoraires d'un spécialiste dans le cadre

de l'Optam (314 % de la base de remboursement pour un contrat de classe 3 contre 126 % pour un contrat de classe 1, soit, pour une spécialité dont le BRSS est de 48 € pour un avis ponctuel, des dépassements d'honoraires qui sont pris en charge jusqu'à 102,70 € dans le premier cas et seulement 12,50 € dans le second).

Tableau 2 : Niveau moyen des garanties par classe de contrat en 2021

Postes de soins	Classes de contrats			Ensemble
	Classe 1 (score < 0,6)	Classe 2 (score entre 0,6 et 0,8)	Classe 3 (score > 0,8)	
<b>Optique simple</b> Pour un ensemble monture + 2 verres dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	126	235	369	<b>244</b>
<b>Optique complexe</b> Pour un ensemble monture + 2 verres dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	224	362	603	<b>398</b>
<b>Prothèses auditives</b> Pour une paire dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	679	1 274	2 336	<b>1 437</b>
<b>Prothèses dentaires</b> Pour une couronne céramo-céramique (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	174	334	445	<b>318</b>
<b>Orthodontie</b> Pour un semestre de traitement (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	171	254	376	<b>268</b>
<b>Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires</b> Pour une consultation dans le parcours de soins hors Optam (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	115	140	187	<b>148</b>
 Pour une consultation dans le parcours de soins dans l'Optam (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	126	177	314	<b>207</b>
<b>Médicaments à SMR faible (15 %)</b> Part de contrats prenant en charge le TM (en %)	76	84	94	<b>80</b>
<b>Médicaments à SMR modéré (30 %)</b> Part de contrats prenant en charge le TM (en %)	92	100	100	<b>95</b>
<b>Chambre particulière à l'hôpital</b> Montant par nuit, non remboursé par l'AMO (en euros)	36	57	92	<b>62</b>

Source : DREES, *La complémentaires santé, édition 2024*

[53] Il convient de souligner que **ces inégalités de prise en charge peuvent exister entre salariés d'une même entreprise, du fait de l'existence d'options** qui, contrairement aux contrats surcomplémentaires qui sont des contrats distincts, sont attachées au contrat collectif d'entreprise.

#### Options ou surcomplémentaires, deux modalités de renfort des garanties d'un contrat collectif de base

Les contrats collectifs proposés aux salariés du secteur privé prévoient dans certains cas la possibilité de souscrire à des options. Souvent au nombre de deux ou trois, ces options permettent de bénéficier de niveaux de garanties plus élevés (prise en charge des dépassements d'honoraires, optique, dentaire...). Ces options sont rattachées au contrat collectif « de base » ou « socle » et peuvent être, ou non, en partie prises en charge par l'employeur<sup>176</sup>. Ces options sont généralement définies afin que le contrat « socle + option » reste solidaire et responsable. En effet, dans le cas où le contrat socle est solidaire et responsable mais que la souscription de l'option entraîne la non responsabilité de l'ensemble « socle + option », le contrat socle comme l'option ne peuvent plus bénéficier des avantages socio-fiscaux attachés aux contrats solidaires et responsables (exemption de cotisations sociales sur la participation de l'employeur, taux de TSA réduit à 13,27 % au lieu de 20,27 % et exemption des contributions salariés au contrat de complémentaire santé du calcul de l'assiette de l'IRPP).

<sup>176</sup> Le CTIP indique que pour les branches couvrant plus de 100 000 salariés, lorsqu'un accord frais de santé est signé au niveau de la branche, les options sont financées exclusivement par le salarié, ce que confirme

Contrairement aux options, les « surcomplémentaires » relèvent d'un contrat juridiquement distinct du contrat de complémentaire santé dont il a vocation à accroître le niveau de garanties. Ce contrat peut être souscrit auprès du même organisme que celui proposant le contrat de complémentaire santé ou auprès d'un autre organisme. Selon les dires de représentants du secteur, les contrats de surcomplémentaires sont dans la pratique très majoritairement souscrits auprès du même organisme que celui proposant le contrat de complémentaire santé. Le fait que ce contrat soit distinct du contrat de base permet notamment à l'organisme de proposer des garanties additionnelles ne s'inscrivant pas dans le cadre du contrat solidaire et responsable tout en conservant les avantages socio-fiscaux attachés au caractère responsable et solidaire du contrat socle. Toutefois, en 2019, 71 % des bénéficiaires de surcomplémentaires étaient couverts par un contrat surcomplémentaire responsable<sup>177</sup>.

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) menée par l'IRDES en 2017 indiquait que 23,2 % des salariés avaient souscrit à un contrat de surcomplémentaire ou à une option permettant de compléter le contrat de base.

S'agissant des seules surcomplémentaires, la DREES<sup>178</sup> indique qu'en 2021, 2,8 millions de personnes bénéficient d'un contrat de surcomplémentaire, le nombre de personnes couvertes par un tel contrat étant en augmentation (+14 % entre 2016 et 2019 et +4 % entre 2019 et 2021). En 2021, la proportion de bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CSS ayant souscrit à un contrat surcomplémentaire s'élevait à 5 %. Plus des deux tiers des contrats de surcomplémentaires sont proposés dans un cadre collectif, les mutuelles et les institutions de prévoyance étant de loin les organismes les plus présents sur ce marché (9 contrats sur 10).

Part des bénéficiaires de contrat de surcomplémentaire en fonction du type d'organismes (2021)

	En %		
	Contrats commercialisés en collectif	Contrats commercialisés en individuel	Ensemble
Mutuelles	21	21	42
Institutions de prévoyance	39	8	47
Entreprises d'assurance	8	3	11
<b>Ensemble</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Note** > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

**Lecture** > En 2021, 21 % des bénéficiaires d'une surcomplémentaire sont couverts par un contrat commercialisé par une mutuelle, et souscrit à titre individuel.

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrat de surcomplémentaire santé, France entière.

**Source** > DREES, enquête OC 2021.

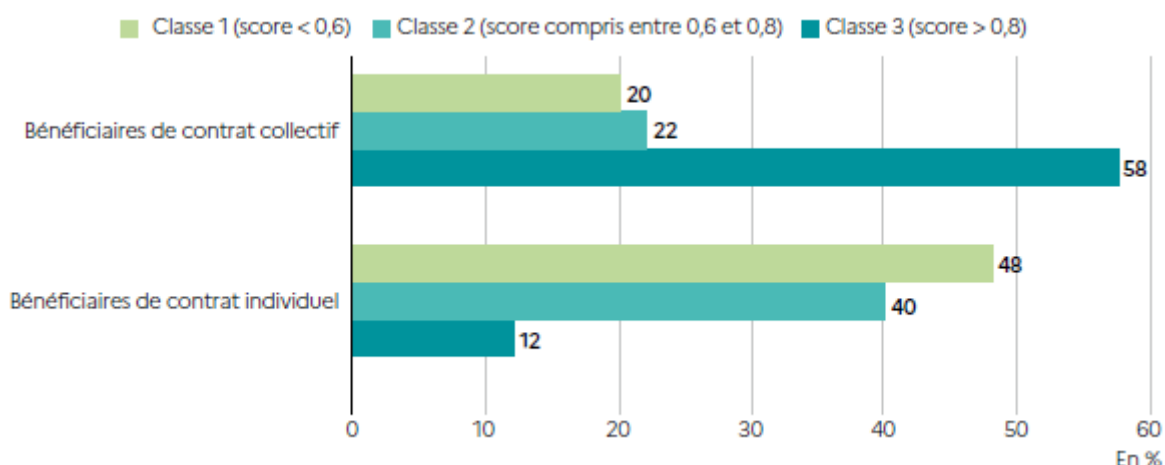
[54] On constate par ailleurs une différence marquée entre contrats collectifs et contrats individuels, plus de la moitié (58 %) des bénéficiaires d'un contrat collectif étant couverts par un contrat de classe 3 contre seulement 12 % des bénéficiaires d'un contrats individuel.

l'analyse par la mission de plusieurs accords de branches frais de santé. Au niveau de l'entreprise, selon le baromètre CTIP/CREDOC, le financement conjoint salarié/employeur des options existe même s'il est en diminution (17 % des entreprises en 2019, 12 % en 2021) au profit d'un financement à la seule charge du salarié (36 % des entreprises en 2019, 40 % en 2021)

<sup>177</sup> Les couvertures cumulées offertes par le contrat de complémentaire santé et le contrat surcomplémentaire respectaient le cadre du contrat solidaire et responsable.

<sup>178</sup> Fiche 17 : La souscription de contrat de surcomplémentaire, La complémentaire santé, Edition 2024, DREES

Graphique 11 : Répartition des bénéficiaires par type de contrat



Source : DREES, *La complémentaires santé, édition 2024*

### 3.3 Un coût élevé des contrats, notamment pour les plus âgés, qui s'explique notamment par la mise en place du 100 % santé, la part importante des prestations connexes, et des frais de gestion élevés

#### 3.3.1 Une hausse des tarifs au cours des dernières années, qui touche particulièrement les plus âgés

[55] Les années récentes ont été marquées par une hausse des tarifs des complémentaires qui a notamment conduit à la mise en place d'une mission d'information du Sénat sur le thème « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français<sup>179</sup> ». Selon cette mission, les tarifs des mutuelles auraient connu une hausse de 8,1 % en 2024 tandis que l'UFC Que-Choisir estime la hausse des tarifs des complémentaires santé à 7 % en 2025 pour une hausse totale de 25 % sur les trois dernières années<sup>180</sup>. Ces données restent toutefois limitées, puisqu'elles ne concernent pas forcément tous les types d'organismes assureurs et qu'elles ne portent que sur les années récentes.

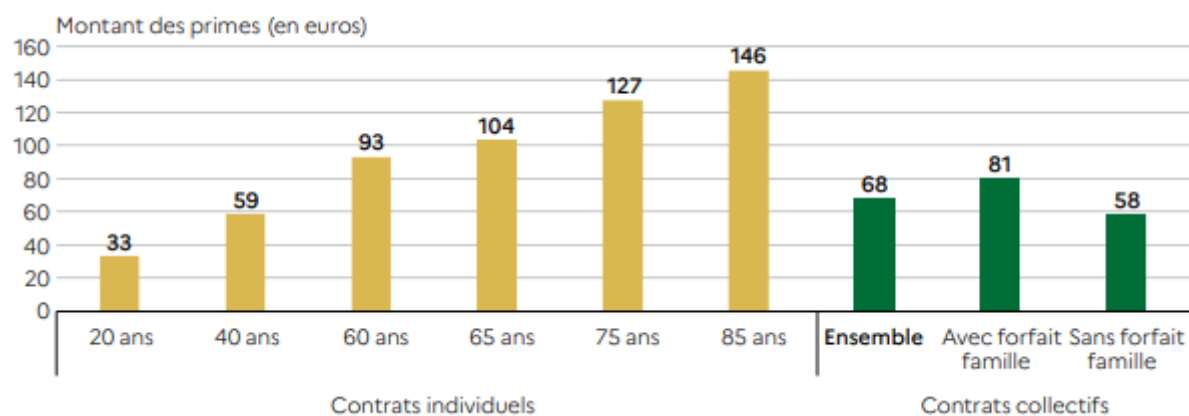
[56] Ces chiffres globaux masquent par ailleurs des disparités importantes, du fait notamment des pratiques de tarification en fonction de l'âge de la grande majorité des contrats individuels. En effet selon la DREES, s'agissant des contrats individuels, **si les 40 ans et moins n'ont pas connu d'augmentation de tarifs sur la période 2019-2021 ce n'est pas le cas des assurés de 60 ans (+6,9 %), 65 ans (+10,6 %), 75 ans (+10,4 %) et 85 ans (+12,3 %).** Concernant les contrats collectifs l'évolution des tarifs sur la même période est contenue (+3 %), la DREES ne différenciant pas les catégories d'âge dans le cas des contrats collectifs.

<sup>179</sup> <https://www.senat.fr/rap/r23-770/r23-7701.pdf>

<sup>180</sup> <https://www.quechoisir.org/actualite-complementaires-sante-les-tarifs-des-mutuelles-s-envolent-n165156/>

[57] Ceci se traduit par **des tarifs de plus en plus élevés pour les retraités les plus âgés** pour lesquels le montant moyen de la cotisation mensuelle était en 2021 de 146 euros contre 68 euros pour un assuré couvert par un contrat collectif dont la moitié au moins du montant de cette prime est prise en charge par l'employeur.

Graphique 12 : Primes mensuelles moyennes pour un assuré de référence en fonction de l'âge et du type de contrat (2021)



Source : DREES, *La complémentaire santé*, édition 2024

[58] Il convient de plus de souligner que ces tarifs moyens masquent une forte dispersion pour les personnes les plus âgées. En effet, pour les 25 % des contrats les plus coûteux destinés aux assurés de 85 ans, les primes sont supérieures à 180 euros (supérieures à 231 euros pour les 10 % des contrats les plus coûteux) contre 80 euros pour les 25 % des contrats collectifs les plus coûteux (106 euros pour les 10 % des contrats collectifs les plus chers).

### 3.3.2 Des tarifs élevés qui s'expliquent par une forte hausse des dépenses des organismes de complémentaires santé, reposant sur des facteurs internes et externes

[59] Cette hausse des tarifs des complémentaires santé s'explique pour une grande part par une hausse des prestations versées depuis la fin de la crise sanitaire de 2020 (+6,4 % entre 2022 et 2023, +3,8 % entre 2021 et 2022 et + 6,1 % entre 2020 et 2021). Sur le seul champ de la CSBM la hausse des dépenses des complémentaires santé s'élève à 5,9 % entre 2022 et 2023.

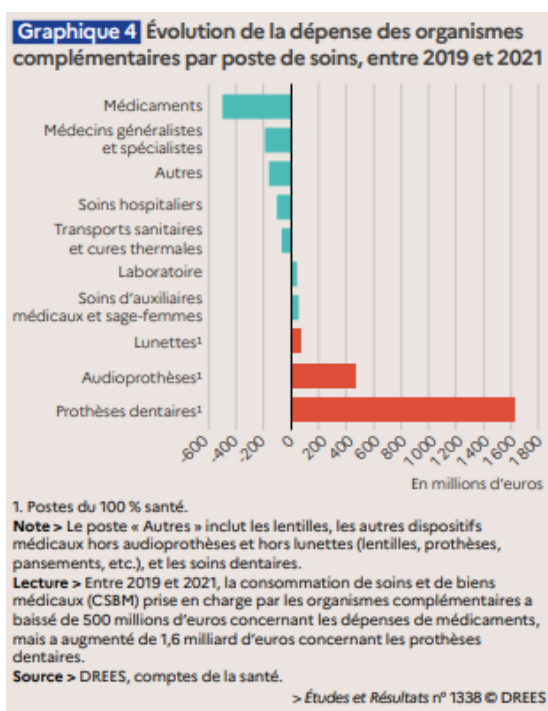
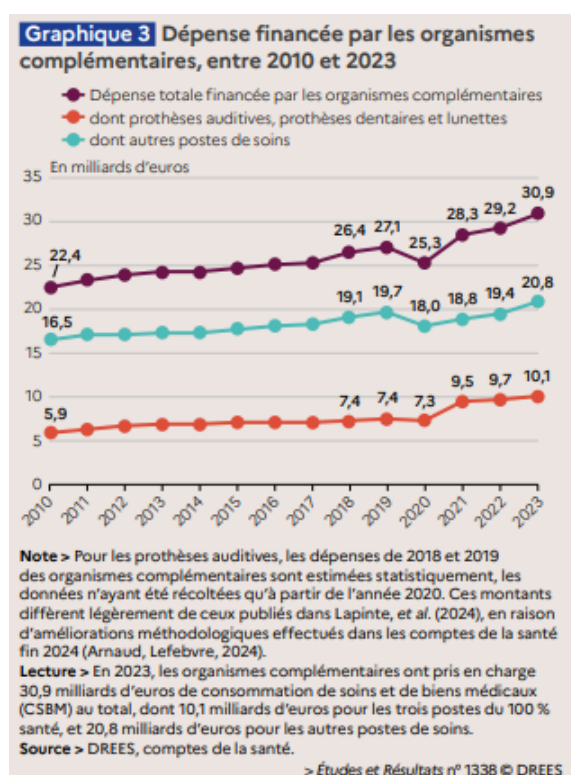
[60] Or cette hausse des prestations repose pour une part sur des facteurs externes, sur lesquels les organismes de complémentaires santé n'ont pas la main (3.3.2.1), mais aussi sur des facteurs internes liés aux pratiques de ces organismes (3.3.2.2).

#### 3.3.2.1 Parmi les facteurs externes, la hausse globale des dépenses de santé et la réforme du 100 % santé, alors que les transferts AMO/AMC souvent évoqués sont beaucoup plus discutables

[61] S'agissant des facteurs externes, **la hausse globale des dépenses de santé, liée au progrès technique et au vieillissement de la population, ainsi qu'à la revalorisation de certains tarifs**

conventionnels et hospitaliers, explique une part de la hausse des prestations versées dans la mesure où la part de la CSBM financée par les complémentaires santé est restée stable sur les dernières années, autour de 12,5 %, et n’a que faiblement diminué depuis le début des années 2010 (cf. graphique 12), quand dans le même temps la CSBM a progressé de 2,8 % par an en valeur entre 2012 et 2023, les années 2021, 2022 et 2023 étant marquées par des hausses de respectivement 7,8 %, 4 % et 5,2 %<sup>181</sup>.

[62] De façon plus spécifique, la réforme du 100 % santé a significativement contribué à la hausse des dépenses de prestations puisque selon la DREES<sup>182</sup> « les dépenses des organismes de complémentaires santé associées aux trois postes de soins concernés par le 100 % santé ont crû de 2,2 milliards d’euros en 2021 (+30 %) ». Cette hausse des dépenses devrait se poursuivre avec la montée en charge du dispositif, sachant de plus que l’augmentation des dépenses de la période 2019-2021 avait été en partie compensée par une baisse des dépenses des complémentaires santé liée à la crise sanitaire.



[63] On peut noter que cette réforme du 100 % santé, dont les garanties minimales doivent être intégrées dans les contrats responsables (art.65 de la LFSS 2021), s’inscrit dans un mouvement de plus long terme renforçant les obligations minimales de prise en charge des contrats responsables

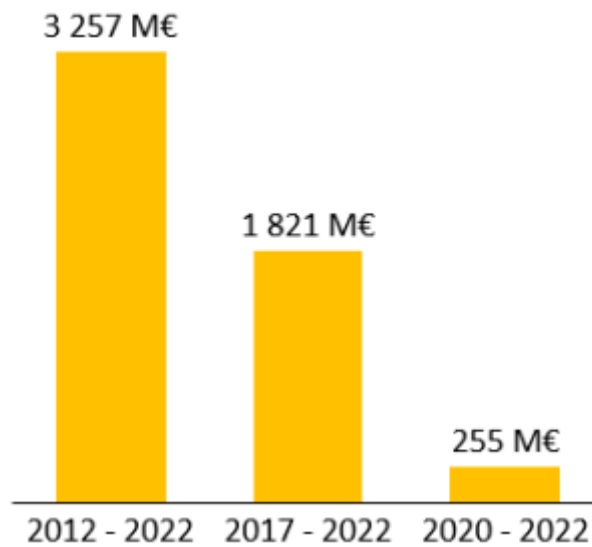
<sup>181</sup> Fiche 1, Les dépenses de santé en 2023, DREES, Edition 2024

<sup>182</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-04/ER1338-MEL %20 %283 %29.pdf>

(notamment LFSS 2014 et décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, qui rend obligatoire, sauf exception, la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur et du forfait journalier).

[64] **Les transferts de dépenses de l'AMO vers l'AMC sont régulièrement évoqués** notamment lorsque est décidée une augmentation des tickets modérateurs, comme ce fut le cas à l'automne 2023 avec la hausse du ticket modérateur de 30 % à 40 % sur les actes dentaires<sup>183</sup>. **Toutefois ces transferts sont plus que compensés par l'augmentation des dépenses liées aux ALD exonérantes**, qui constituent un facteur important de la hausse des dépenses de santé, pour lesquelles est prévue une exonération du ticket modérateur à la charge de l'assuré.

Graphique 13 : Transfert de charge de ticket modérateur de l'AMC vers l'AMO lié à l'augmentation du taux de prévalence des ALD au sein de la population

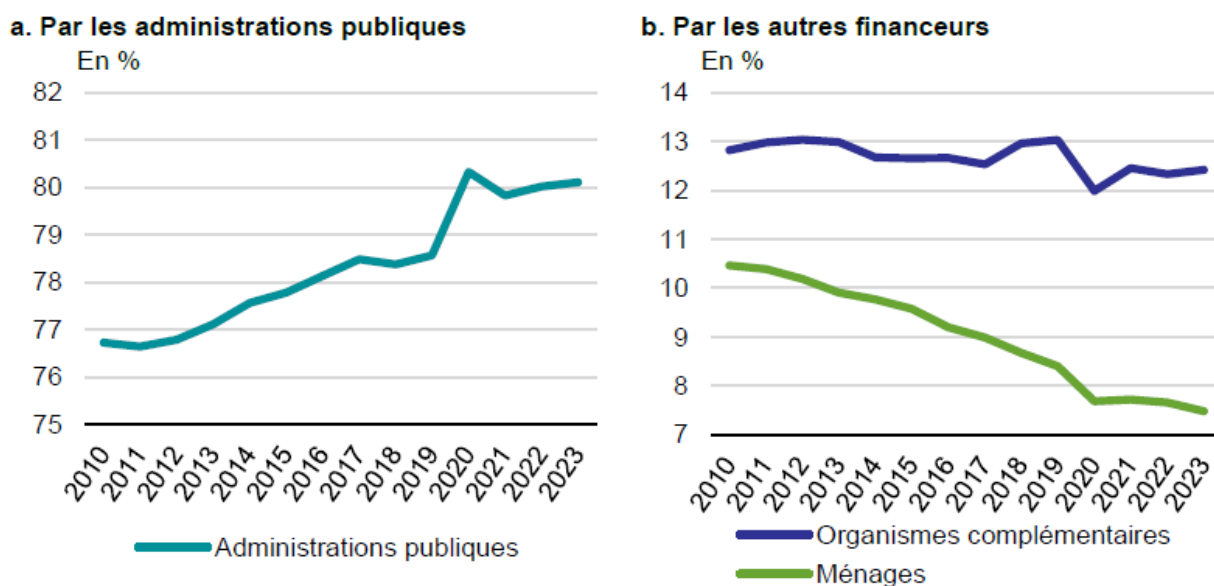


Source : Rapport de la mission d'information du Sénat « Complémentaires santé, mutuelle, l'impact sur le pouvoir d'achat des Français » à partir des données de la Cnam, de l'INSEE et de la Ligne nationale contre le cancer

[65] Ce phénomène explique qu'en dépit de certains des transferts de l'AMO vers l'AMC précédemment évoqués, la part de la prise en charge de la CSBM par l'AMO a crû au cours des dix dernières années.

<sup>183</sup> Une hausse du ticket modérateur sur les consultations des médecins et des sages-femmes avait été envisagée par le gouvernement en place à l'automne 2024, dans le cadre de la préparation du PLFSS 2025, avant d'être finalement abandonnée.

Graphique 14 : Evolution du financement de la CSBM entre 2013 et 2023



**Lecture** > En 2023, la CSBM est financée à 80,1 % par les administrations publiques et à 7,5 % par les ménages.

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2023, Edition 2024

### 3.3.2.2 Parmi les facteurs internes, des contrats responsables qui permettent de développer un très large panel de prestations connexes, et des coûts de gestion élevés

[66] En dehors des facteurs externes évoqués précédemment d'autres éléments qui relèvent de décisions internes des organismes complémentaires contribuent à la hausse des dépenses.

[67] C'est tout particulièrement le cas du **développement de l'offre de garanties portant sur des postes de soins non couverts par l'AMO**. En effet, face à l'encadrement croissant de la prise en charge des soins conventionnés, via notamment les contrats responsables, les organismes complémentaires tentent de se différencier via la prise en charge partielle ou totale de prestations dites « connexes » telles que des vaccinations nécessaires pour se rendre dans certains pays étrangers, des prestations de confort à l'hôpital ou en cure thermale (chambre particulière, télévision, etc.) ou des soins non conventionnels non reconnus sur le plan scientifique (homéopathie, ostéopathie, chiropraxie, etc.)<sup>184</sup>. Or la prise en charge de ces prestations représentait en 2023, 6 % du montant des cotisations perçues par les complémentaires, soit 2,2 Mds €.

<sup>184</sup> Académie nationale de médecine, rapport du 5 mars 2013, « THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins »

### Les contrats solidaires et responsables (CSR)<sup>185</sup>

Les contrats solidaires et responsables font référence à deux notions introduites aux cours des années 2000.

La loi de finances rectificative pour 2001, tout d'abord, a créé les contrats solidaires, contrats qui ne peuvent recourir à un questionnaire médical ou appliquer une tarification directement liée à l'état de santé de l'assuré. La création des contrats responsables est consécutive à une plainte déposée en 1992 par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) auprès de la Commission européenne. En effet, dans le cadre de l'entrée des mutuelles santé et des IP dans le marché commun de l'assurance, la FFSA estimait que l'exonération de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) dont ces dernières bénéficiaient constituait une distorsion de concurrence. Cette plainte a finalement débouché sur la suppression de l'exonération de TSCA pour les mutuelles et les IP au profit de la création d'une exonération dédiée aux contrats « solidaires », et ce quel que soit l'organismes assureur, considérée par la Commission comme compatible avec le droit européen<sup>186</sup>.

La notion de contrat responsable a été introduite par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, réformée par la LFSS de 2014 puis par le décret du 11 janvier 2019 dans le cadre de la réforme du 100 % santé. Les contrats responsables doivent respecter un certain nombre d'obligations, visant à garantir un niveau minimal de prise en charge, mais aussi à limiter ou interdire certains types de prise en charge.

S'agissant du socle minimal de couverture, les contrats responsables doivent notamment prendre en charge les forfaits journaliers hospitaliers (FJH), sans limitation de durée, et la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds, ainsi que l'intégralité des tickets modérateurs (TM), hormis ceux des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré et des frais de soins thermaux.

Concernant la limitation ou l'interdiction de certaines prises en charge, les contrats responsables ne peuvent couvrir ni la majoration du TM en cas de consultation en dehors du parcours de soins, ni les participations forfaitaires et les franchises. Ils doivent respecter des plafonds de prise en charge en matière de dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, de frais d'équipement d'optique et d'audition, et respecter une période de deux ans pour le renouvellement des équipements optiques.

Si les contrats solidaires et responsables sont encadrés par un « plancher » (socle minimal de couverture) et un « plafond » (limitation ou interdiction de certaines prises en charge), on constate que cet encadrement permet cependant aux organismes assureurs de proposer des niveaux de garantie très variables (cf. partie 2 de la présente annexe), allant bien au-delà de la seule prise en charge complémentaire à celle de l'AMO (prestations « connexes).

**[68] Aux côtés de ces prises en charge connexes, dont le coût est loin d'être négligeable, on peut ajouter les frais de gestion élevés des complémentaires santé.** En effet, ces frais de gestion s'élèvent en moyenne à 19,3 % (i.e 80,7 % des cotisations collectées sont reversées sous forme de prestations), avec de fortes disparités selon le type d'organisme. En effet si les frais de gestion des IP sont de 14 % des cotisations collectées, ils s'élèvent à 19,8 % dans le cas des mutuelles et 21,1 % pour les entreprises d'assurance. S'agissant des IP, ces frais de gestion plus faibles que pour les autres acteurs s'explique par la part très majoritaire des contrats collectifs dans leur portefeuille (cf. 2.2). En revanche, dans le cas des entreprises d'assurance, la part supérieure de contrats collectifs dans leur portefeuille par rapport aux mutuelles ne se traduit par des frais de gestion

<sup>185</sup> L'annexe 4 consacrée aux contrats responsables et solidaires fournit des éléments plus détaillés.

<sup>186</sup> Courrier de la commission européenne à la France -2 juin 2004 - Aide d'État E 46/2001 – aide d'Etat - exonération de la taxe sur les contrats d'assurance maladie

inférieurs. Selon la DREES, ceci s'explique notamment par le recours important par les entreprises d'assurance à des intermédiaires rémunérés (courtiers agents généraux d'assurance).

[69] Quel que soit le type d'organisme considéré, ces frais de gestion, qui s'expliquent notamment, par les frais attachés à une activité qui se pratique sur un marché concurrentiel (publicité, démarchage, multiplicité des types de couverture), ainsi que par le caractère morcelé du secteur, qui limite les économies d'échelle, restent en moyenne très élevés et se répercutent dans le tarif des complémentaires santé

### 3.4 La couverture complémentaire santé est marquée par de fortes inégalités, une très faible redistribution et des aides publiques hors CMU-C/CSS bénéficiant aux revenus les plus élevés

#### 3.4.1 10 % des contrats individuels pratiquent une tarification en fonction du revenu, cette proportion s'élevant à 26 % dans le cas des contrats collectifs

[70] Contrairement à l'AMO, dont une part importante des ressources (CSG et cotisations sociales) est proportionnelle aux revenus, l'AMC pratique dans la plupart des cas une tarification ne tenant pas compte du revenu.

[71] Ainsi, en 2021, 10 % seulement des contrats individuels pratiquaient une tarification tenant compte du revenu, cette proportion étant de 16 % dans le cas des mutuelles contre respectivement 1 % et 0 % dans le cas des entreprises d'assurance et des IP.

[72] S'agissant des contrats collectifs, cette proportion est plus élevée, puisque 26 % d'entre eux pratiquent une tarification dépendant du revenu. C'est le cas de 24 % des contrats collectifs des mutuelles (catégorie qui peut cependant comprendre des règlements mutualistes à adhésion facultative), 40 % des contrats collectifs des IP et 10 % des contrats collectifs diffusés par les entreprises d'assurance.

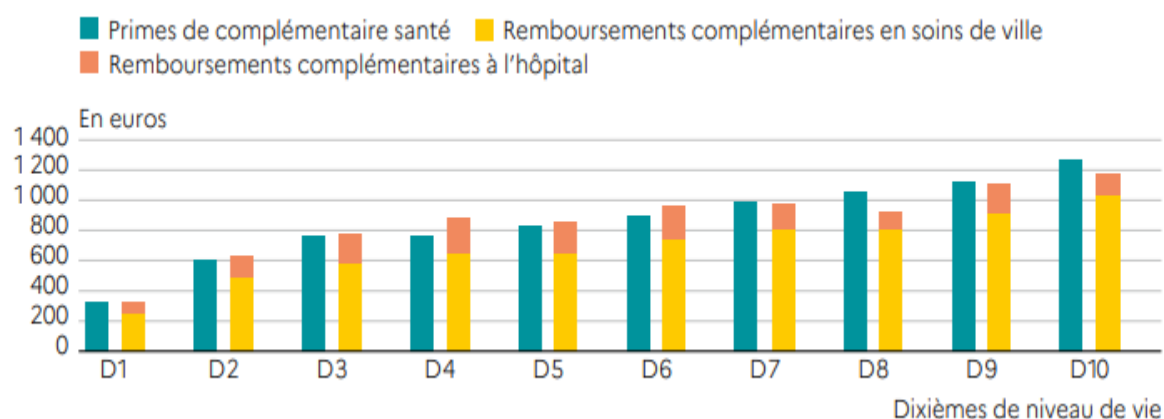
#### 3.4.2 Une AMO nettement redistributive contrairement à l'AMC

[73] Du fait de tarifications qui ne prennent majoritairement pas en compte le niveau de revenu, d'une logique principalement contributive pour les prestations (proportionnalité entre le niveau des prestations et le tarif des contrats), et de dispositifs socio-fiscaux (exonération d'IR sur les contributions salariés des contrats collectifs, taux de forfait social réduit sur les contrats collectifs, aides socio-fiscales sur les contrats des indépendants<sup>187</sup>) profitant davantage aux plus hauts revenus, l'assurance maladie complémentaire n'opère quasiment pas de redistribution entre ménages aisés et pauvres. En effet, quel que soit le niveau de vie considéré, les prestations reçues sont à peu près équivalentes aux prélèvements opérés.

---

<sup>187</sup> Voir annexe 1 pour les dispositifs socio-fiscaux dont bénéficient les contrats collectifs obligatoires.

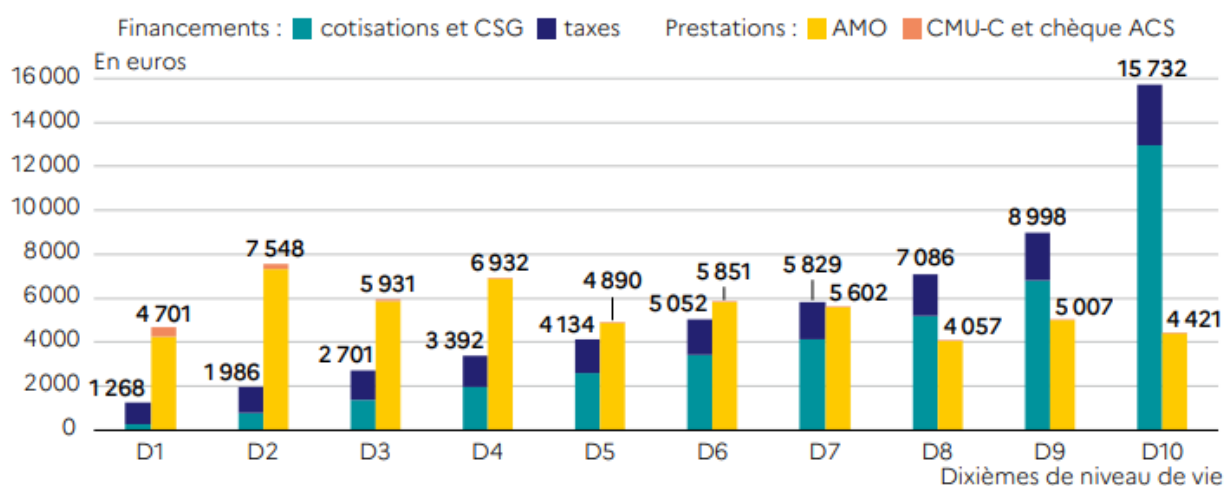
Graphique 15 : Financement et prestations d'assurance maladie complémentaire selon le niveau de vie (2019)



Source : DREES, *La complémentaire santé*, édition 2024

[74] S'agissant de l'assurance maladie obligatoire en revanche, le financement globalement progressif (cotisations proportionnelles aux revenus et dispositifs d'exonérations qui entraînent une diminution pour les revenus les plus bas, et taux différenciés de CSG, contribuent à cette progressivité, contrairement à la TVA qui représente désormais une part non négligeable du financement de l'Assurance maladie), combiné à un niveau de prestations AMO qui décroît avec le revenu (les ménages les plus pauvres, en plus mauvaise santé, reçoivent davantage de soins<sup>188</sup> que les ménages les plus aisés, ces soins étant plus souvent des soins hospitaliers pour lesquels la prise en charge par l'AMO est élevée), entraînent un fort niveau de redistribution.

Graphique 16 : Financement et prestations de l'assurance maladie publique en fonction du niveau de vie (2019)



Source : DREES, *La complémentaire santé*, édition 2024

<sup>188</sup> A l'exception des ménages du premier décile de la distribution de revenus, composés de personnes plus jeunes que l'ensemble de la population.

### 3.4.3 Des aides publiques à l'acquisition d'une complémentaire santé, qui passent par les dispositifs de solidarité pour les plus démunis et des dispositifs socio-fiscaux profitant majoritairement aux revenus les plus hauts

[75] Comme cela a été évoqué au 3.4.2 notamment, les pouvoirs publics ont mis en place un ensemble d'aides favorisant l'accès à une complémentaire santé :

- Des dispositifs relevant de la solidarité nationale et qui sont alors destinés aux ménages dont les revenus sont les plus bas (CMU-C en 2000 et ACS à partir de 2005, puis depuis 2019, CSS gratuite ou payante) ;
- des dispositifs socio-fiscaux permettant de réduire le coût d'acquisition de la complémentaire santé, ciblés sur les salariés du secteur du privé et les indépendants. S'agissant des salariés du secteur privé, à l'exemption de cotisations sociales de la contribution employeur soumise à un forfait social au taux dérogatoire de 8 % (0 % pour les entreprises de moins de 11 salariés), qui est l'objet de cette évaluation, s'ajoute l'exemption d'IRPP de la part de la contribution du salarié à la complémentaire santé. Concernant les indépendants, ils bénéficient de dispositifs créés par la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite loi « Madelin » consistant en une déduction totale de leur cotisation complémentaire santé de l'assiette de leur revenu imposable.

[76] Leur logique de fonctionnement (dispositifs réservés aux revenus les plus bas, dispositifs fiscaux dont l'avantage procuré s'accroît avec le revenu), et le fait qu'elles soient attachées au statut professionnel des bénéficiaires (salariés du secteur privé, indépendants), entraînent une répartition très inégale de ces aides publiques.

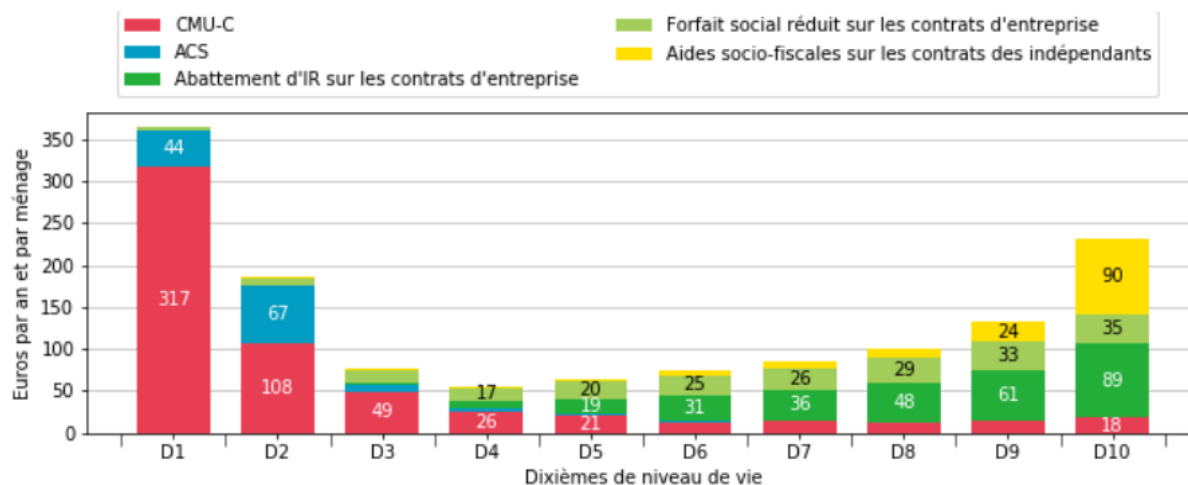
[77] Ainsi, les simulations de la DREES font apparaître « une distribution en U » de ces aides publiques, ainsi qu'une distribution très inégale quand on considère le statut des bénéficiaires, les retraités, les personnes sans emploi, les étudiants et les salariés du public<sup>189</sup> ne bénéficiant de quasiment aucune aide dès qu'ils ne sont pas éligibles aux dispositifs de solidarité nationale.

[78] On peut de plus considérer que la méthode de calcul retenue par la DREES minore l'avantage procuré par le forfait social à taux réduit dans la mesure où cet avantage est calculé par comparaison avec un taux de forfait social à 20 % alors qu'il aurait pu être comparé au taux de cotisations sociales appliqué au salaire qui est plus proche de 40 % (avant effet des dispositifs généraux d'allègement de cotisations sociales).

---

<sup>189</sup> La mise en place d'une complémentaire santé collective obligatoire avec participation de l'employeur entrainera une évolution de cette distribution, les salariés du secteur public bénéficieront des dispositifs socio-fiscaux applicables aux contrats collectifs obligatoires avec participation de l'employeur (forfait social à 8 % et exemption d'IR).

Graphique 17 : Distribution des aides publiques à l'acquisition d'une complémentaire santé en fonction du niveau de vie du ménage (données 2017)



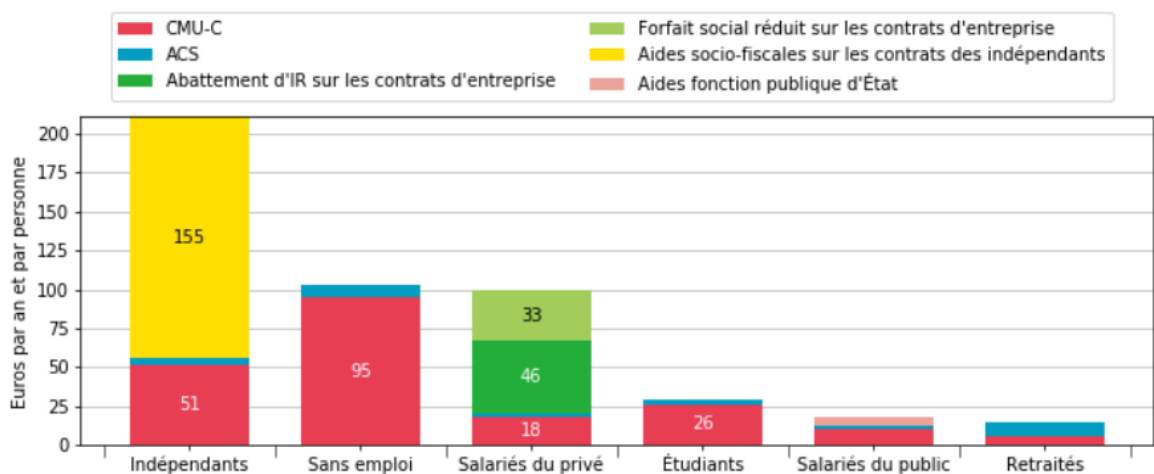
**Lecture** > Les ménages du sixième dixième de niveau de vie reçoivent en moyenne 31 euros par an d'aide publique sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé, et 25 euros par an sous la forme d'un taux réduit de forfait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

**Champ** > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source** > Ines-Omar 2017.

Source : Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie > Les dossiers de la DREES n° 101, septembre 2022

Graphique 18 : Distribution de l'ensemble des aides publiques à l'acquisition d'une complémentaire santé en fonction du statut (données 2017)



**Lecture** > L'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé bénéficie en moyenne aux salariés du secteur privé à hauteur de 46 euros par an, et le taux réduit de forfait social sur la part employeur à hauteur de 33 euros par an.

**Champ** > Ensemble des adultes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

**Source** > Ines-Omar 2017.

Source : Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie > Les dossiers de la DREES n° 101, septembre 2022

# ANNEXE 4 : Les contrats responsables et solidaires

<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>LES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES .....</b>	<b>85</b>
<b>1</b>	<b>LE CARACTERE « SOLIDAIRE » OU « RESPONSABLE » DES CONTRATS DE COMPLEMENTAIRE SANTE SE REFERE A DEUX NOTIONS DISTINCTES, QUI SONT OBLIGATOIREMENT ASSOCIEES DANS LE CADRE DES DISPOSITIFS SOCIO-FISCAUX ATTACHES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE .....</b>	<b>86</b>
<b>2</b>	<b>LA NOTION DE CONTRAT SOLIDAIRE EST ORIGINELLEMENT LIEE A LA TAXATION DES CONTRATS .</b> .....	<b>87</b>
<b>3</b>	<b>LES CONTRATS RESPONSABLES DOIVENT OFFRIR OBLIGATOIREMENT UN CERTAIN NOMBRE DE GARANTIES ET EXCLURE OU LIMITER CERTAINES PRISES EN CHARGE .....</b>	<b>88</b>
3.1	UN PLANCHER MINIMAL DE GARANTIES QUI A ETE ETENDU AVEC LA REFORME DU « 100 % SANTE » .....	88
3.1.1	<i>Les parcours coordonnés renforcés et le parcours de repérage des troubles du neurodéveloppement du jeune enfant doivent être intégralement couverts .....</i>	88
3.1.2	<i>La couverture des tickets modérateurs est obligatoire sauf pour les médicaments à service médical rendu faible ou modéré et les frais de soins thermaux.....</i>	89
3.1.3	<i>Le forfait journalier hospitalier doit être intégralement pris en charge .....</i>	91
3.1.4	<i>Les obligations de prise en charge dans le domaine de l'optique, du dentaire et des aides auditives ont évolué avec la mise en place de la réforme du « 100 % santé ».....</i>	92
3.2	LES INTERDICTIONS DE PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DES CSR CONCERNENT NOTAMMENT LA COUVERTURE DES FRANCHISES ET PARTICIPATIONS FORFAITAIRES AINSI QUE CERTAINS DEPASSEMENTS D'HONORAIRES .....	95
3.2.1	<i>A l'exception de certains cas, la participation forfaitaire et les franchises ne doivent pas être couvertes.....</i>	95
3.2.2	<i>Les majorations et dépassements d'honoraires prévus en cas de non-respect du parcours de soins ne doivent pas être pris en charge.....</i>	97
3.2.3	<i>La minoration de prise en charge concerne les transports sanitaires .....</i>	97
3.3	CERTAINES PRISES EN CHARGE SONT PLAFONNEES .....	98
3.3.1	<i>Les prises en charge des dépassements d'honoraires hors pratique tarifaire maîtrisée sont encadrées.....</i>	98
3.3.2	<i>La prise en charge des équipements à prix libres en optique et en audiologie est plafonnée ....</i>	100
3.4	LA COUVERTURE MINIMALE DES CONTRATS COLLECTIFS DE SALARIES EST LEGEREMENT SUPERIEURE AU SOCLE DE GARANTIES DU CONTRAT RESPONSABLE EN OPTIQUE ET EN DENTAIRE.....	101

## 1 Le caractère « solidaire » ou « responsable » des contrats de complémentaire santé se réfère à deux notions distinctes, qui sont obligatoirement associées dans le cadre des dispositifs socio-fiscaux attachés à la complémentaire santé

[1] Le caractère « solidaire et responsable » d'un contrat de couverture complémentaire santé fait référence à deux notions distinctes qui sont apparues successivement au cours des années 2000, dont le périmètre est détaillé précisément en partie 2 de la présente annexe.

[2] La loi de finances rectificative pour 2001 a créé les contrats « solidaires » qui ne peuvent recourir à un questionnaire médical ou appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé (cf. 2.1).

[3] La notion de contrat responsable a, quant à elle, été introduite par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, réformée par la LFSS de 2014, puis par le décret du 11 janvier 2019 dans le cadre de la réforme du 100 % santé. Les contrats responsables doivent respecter un certain nombre d'obligations visant à garantir un niveau minimal de prise en charge mais aussi à limiter ou interdire certains types de prise en charge (cf. 2.2).

[4] Si ces notions sont distinctes, il convient de souligner que les dispositifs socio-fiscaux attachés à la complémentaire santé les lient systématiquement, d'où la notion de « contrat solidaire et responsable », ce type de contrat représentant 96,4 % des cotisations collectées<sup>190</sup> sur ce marché.

[5] En effet, s'agissant de l'exemption de cotisations sociales de la contribution employeur destinée au financement de prestations complémentaires santé attachées aux contrats de complémentaires santé, l'article L.242-1 du CSS subordonne l'exemption au fait que les garanties soient conformes aux dispositions de l'article L.871-1 du CSS, qui correspondent aux caractéristiques des contrats responsables. Par ailleurs, l'article L.911-7 du CSS, issu de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui généralise la complémentaire santé en entreprise, impose aux employeurs la mise en place d'une couverture complémentaire maladie collective à adhésion obligatoire, dont les garanties « *sont au moins aussi favorables que celles mentionnées aux II et III de l'article L. 911-7 du CSS* », lequel II précise que « *les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture minimale sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 et au II de l'article L. 862-4.* », soit des contrats à la fois responsables et solidaires.

[6] Concernant le taux de TSA à 13,27 %, le II de l'article L.862-4 le réserve :

- Pour les contrats de complémentaires santé individuels ou collectifs à adhésion facultative, aux contrats qui ne prévoient pas le recueil d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (contrats solidaires) et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 (contrats responsables).

---

<sup>190</sup> Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES.

- Pour les contrats collectifs de complémentaire santé à adhésion obligatoire, aux contrats dont les primes ou cotisations ne sont pas fixés en fonction de l'état de santé de l'assuré (contrats solidaires) et dont les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 (contrats responsables).

[7] Si les deux conditions de contrat solidaire et responsable ne sont pas remplies, le taux de la taxe est majoré de 7 points.

[8] Enfin, s'agissant de la déduction des contributions salariés à un contrat collectif obligatoire de complémentaire santé, du revenu imposable, prévue au 1<sup>o</sup> quater de l'article 83 du CGI, cet article impose que les garanties de ces contrats respectent les conditions de l'article L.871-1 du CSS (contrats responsables), tandis que le fait que cet article concerne les contrats collectifs obligatoires induit leur caractère solidaire par application de l'article L.911-7 du CSS.

## 2 La notion de contrat solidaire est originellement liée à la taxation des contrats

[9] La création des contrats solidaires, dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2001, est consécutive à une plainte déposée en 1992 par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) auprès de la Commission européenne. En effet, dans le cadre de l'entrée des mutuelles santé et des IP dans le marché commun de l'assurance, la FFSA estimait que l'exonération de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) dont ces dernières bénéficiaient constituait une distorsion de concurrence. Cette plainte a finalement débouché sur la suppression de l'exonération de TSCA pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (IP) au profit de la création d'une exonération dédiée aux contrats « solidaires », et ce quel que soit le statut de l'organismes assureur, considérée par la Commission comme compatible avec le droit européen<sup>191</sup>.

[10] Deux conditions doivent être réunies pour qu'un contrat soit reconnu comme solidaire<sup>192</sup> auxquelles s'ajoute une troisième condition afin qu'il puisse bénéficier du taux de TSA à 13,27 % :

- L'organisme assureur ne doit pas recueillir d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de la couverture ;
- les cotisations ne doivent pas être fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ;
- enfin, le contrat doit également être responsable.

---

<sup>191</sup> Courrier de la commission européenne à la France -2 juin 2004 - Aide d'État E 46/2001 – aide d'Etat - exonération de la taxe sur les contrats d'assurance maladie

<sup>192</sup> CSS, art. L. 862 4.

### 3 Les contrats responsables doivent offrir obligatoirement un certain nombre de garanties et exclure ou limiter certaines prises en charge

[11] Les contrats responsables ont été introduits par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, avec une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

[12] Les contrats responsables sont encadrés. Ils comprennent :

- Des obligations de prise en charge minimales (3.1) ;
- des interdictions (3.2) ;
- des plafonds de prise en charge (3.3).

#### 3.1 Un plancher minimal de garanties qui a été étendu avec la réforme du « 100 % santé »

[13] Outre le fait que l'organisme assureur doive fournir annuellement à chaque adhérent ou souscripteur le rapport sinistres sur primes, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion, et permettre aux assurés de bénéficier du mécanisme du tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilités sur les prestations garanties par le contrat (art. L.871-1 du CSS), les contrats responsables doivent obligatoirement respecter certaines obligations en matière de prise en charge relatives :

- au parcours coordonné (3.1.1) ;
- aux tickets modérateurs (3.1.2) ;
- au forfait journalier hospitalier (3.1.3) ;
- aux dépenses dans le domaine de l'optique, du dentaire et des aides auditives (3.1.4).

##### 3.1.1 Les parcours coordonnés renforcés et le parcours de repérage des troubles du neurodéveloppement du jeune enfant doivent être intégralement couverts

[14] La couverture des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours coordonnés renforcés<sup>193</sup> doit être intégrale. Si le cadre des parcours coordonnés renforcés est défini dans le décret n° 20241035 du 15 novembre 2024, il doit être précisé par arrêtés, qui n'ont pas encore été pris à la date de rédaction de cette annexe.

---

<sup>193</sup> CSP, art. L. 4012-1.

[15] De même les parcours<sup>194</sup> de repérage, bilan et diagnostic des troubles du neuro-développement des enfants jusqu'à ses sept ans doivent être intégralement pris en charge dans le cadre du contrat responsable.

### 3.1.2 La couverture des tickets modérateurs est obligatoire sauf pour les médicaments à service médical rendu faible ou modéré et les frais de soins thermaux

[16] Les contrats responsables doivent prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur afférent aux prestations suivantes<sup>195</sup> :

- Honoraires des praticiens libéraux exerçant en établissement de santé (en cas d'hospitalisation) ;
- tarifs de responsabilité pour les hospitalisations ;
- frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux ;
- frais d'examens de biologie médicale ;
- frais des produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) ;
- frais de transports sanitaires ;
- frais d'honoraires de dispensation de certains médicaments ;
- frais de séances d'accompagnement psychologique ;
- frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale ainsi qu'aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique.

[17] Peuvent être également couverts, sans obligation portée par le cahier des charges :

- Les médicaments destinés « *au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité* » et médicaments avec un service médical rendu (SMR) faible ou modéré, ainsi que les honoraires de dispensation afférents ;
- les soins thermaux.

---

<sup>194</sup> CSP, art. L. 2134-1.

<sup>195</sup> CSS, art. R. 160-5 (1° à 5°, 8°, 9°, 11° à 13° ;15° à 20°).

[18] En conclusion, le tableau suivant décrit le taux des tickets modérateurs devant être pris en charge obligatoirement ou de façon facultative par les contrats responsables :

Tableau 3 : Taux de participation des assurés (ticket modérateur) applicables aux différentes prestations

Type de prestation	Fourchette de taux applicable	Taux effectif	Source	Contrat responsable
Honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé	15-25 %			O
Frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé (tarif de responsabilité)	15-25 %	20 %	Décision du 20 juillet 2017 (JORF du 20 septembre 2017)	O
Honoraires des praticiens (hors établissements de santé)	25-35 %	30 %		O
Honoraires des chirurgiens-dentistes et actes de soins dentaires (hors ceux effectués par des médecins)	35-45 %	40 %	Arrêté du 12 octobre 2023 (JORF du 14 octobre 2023)	O
Honoraires des auxiliaires médicaux (hors établissements de santé)	35-45 %			O
Examens de biologie médicale (hors établissements de santé)	35-45 %			O
Médicaments (SMR modéré) et honoraires de dispensation	70-75 %	70 %	Décision du 16 février 2012 (JORF du 2 mars 2012)	F
Produits et prestations figurant sur la LPP	40-50 %	40 %	Décision du 16 février 2012 (JORF du 2 mars 2012)	O
Frais de transport	45-55 %	45 %	Décision du 18 juillet 2023 (JORF du 1 <sup>er</sup> août 2023)	O
Soins thermaux	30-40 %			F
Autres frais	30-40 %	30 %	Décision du 20 décembre 2018 (JORF du 9 janvier 2019)	O
Forfaits hospitaliers pour les urgences gynécologiques	15-25 %			O

Consultations et actes facturés en sus des forfaits hospitaliers pour les urgences gynécologiques	15-25 %			O
Médicaments (SMR faible) et honoraires de dispensation	80-90 %			F
Allergènes individuels	70-75 %	70 %	Décision du 12 juillet 2018 (JORF du 7 août 2018)	O
Médicaments (SMR important) et honoraires de dispensation	35-40 %	35 %	Décision du 23 juillet 2020 (JORF du 30 août 2020)	O
Prestations effectuées par un pharmacien	25-35 %	30 %	Décision du 23 juillet 2020 (JORF du 30 août 2020)	O
Séances d'accompagnement psychologique	35-45 %	40 %	Décision du 24 février 2022 (JORF du 24 mars 2022)	O
Activités de télésurveillance médicale	35-45 %	40 %	Décision du 20 février 2023 (JORF du 2 avril 2023)	O
Dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et activités de télésurveillance médicale associées	35-45 %	40 %	Décision du 25 mai 2023 (JORF du 4 juin 2023)	O

Source : Mission sur la base de données de la DSS. O = obligatoire ; F = facultatif

### 3.1.3 Le forfait journalier hospitalier doit être intégralement pris en charge

[19] Le forfait journalier hospitalier est dû pour chaque hospitalisation<sup>196</sup> en établissement de santé (hôpital ou clinique, à l'exception de ceux assurant des soins de longue durée et de l'hospitalisation à domicile) et médico-sociaux (à l'exception de ceux hébergeant des personnes âgées).

[20] Il n'est toutefois pas dû dans certains cas :

- Enfants et adolescents handicapés ;
- donneurs d'éléments et produits du corps humain (en particulier, lors des prélèvements de tissus sur des donneurs vivants).
- victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- femmes enceintes dans le cadre de leur grossesse ;

<sup>196</sup> CSS, art. L. 174-4.

- invalides de guerre<sup>197</sup>, pour les hospitalisations liées à leur invalidité ;
- victimes d'un attentat<sup>198</sup>, dans le cadre d'une hospitalisation liée à celui-ci ;
- bénéficiaires de la protection complémentaire santé<sup>199</sup> ou de l'aide médicale d'État<sup>200</sup> ;
- partiellement, les ressortissants du régime d'Alsace--Moselle<sup>201</sup>.

[21] Le montant<sup>202</sup> du forfait journalier hospitalier, qui s'impute<sup>203</sup> le cas échéant sur le ticket modérateur hospitalier (voir *supra*), est de :

- 15 € dans les établissements psychiatriques ;
- 20 € dans les autres cas<sup>204</sup>.

[22] La prise en charge du forfait journalier hospitalier doit être intégrale et sans limitation de durée. Ceci permet par exemple d'exclure des contrats responsables ceux qui limiteraient la prise en charge du forfait hospitalier en cas de séjour en psychiatrie.

### 3.1.4 Les obligations de prise en charge dans le domaine de l'optique, du dentaire et des aides auditives ont évolué avec la mise en place de la réforme du « 100 % santé »

[23] La réforme du 100 % santé, mise en place progressivement à partir de 2019 et dont les garanties minimales doivent être intégrées dans les contrats responsables (art. 65 de la LFSS 2021), a significativement accru les obligations de prise en charge dans les domaines de l'optique, du dentaire et des aides auditives.

#### La réforme du « 100 % santé »

Instaurée via l'article 51 de la LFSS pour 2019 et mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme du « 100 % santé » vise à garantir une offre sans reste à charge pour l'assuré après intervention de l'assurance maladie et de la complémentaire santé (contrats responsables ou CSS) sur certains paniers de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire, pour lesquels le reste à charge avant réforme était particulièrement élevé.

Pour ce faire, la réforme s'appuie sur les leviers suivants :

- La définition d'un panier de biens 100 % santé dont les prix de vente sont limités.
- Une revalorisation de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) pour les biens relevant de ce panier.

<sup>197</sup> L'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre a été abrogé. Toutefois, l'article L. 212-1 du même code met à la charge de l'État les soins liés aux « séquelles résultant de la blessure ou de la maladie pensionnée ».

<sup>198</sup> CSS, art. L. 169-2.

<sup>199</sup> CSS, art. L. 861-3.

<sup>200</sup> CASF, art. L. 251-2.

<sup>201</sup> CSS, art. D. 325-1.

<sup>202</sup> Arrêté du 20 juin 2019 (JORF du 27 juin 2019).

<sup>203</sup> CSS, art. L. 174-4.

<sup>204</sup> Au maximum 2 € pour les appartements de coordination thérapeutique.

- Pour les biens du panier 100 % santé, l'obligation pour les contrats responsables de prendre en charge la totalité du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO).

Si pour l'optique ou l'audiologie, les biens appartiennent soit au panier 100 % santé, soit au panier à tarifs libres, un troisième type de panier est créé en dentaire, le panier dit « modéré ». Contrairement à celles relevant du panier libre, et à l'instar de celles relevant du panier 100 % santé, les prothèses dentaires relevant de ce panier modéré ont un prix de vente qui est limité. En revanche, la complémentaire santé n'est obligée de prendre en charge que le ticket modérateur (ainsi qu'un supplément égal à 25 % de la BRSS pour les contrats collectifs d'entreprise), alors qu'une prise en charge de la totalité du RAC AMO s'impose pour les prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les opticiens, les audioprothésistes et les dentistes sont tenus de proposer un devis comportant au moins une offre 100 % santé.

Pour les biens à tarifs libres, la réforme du « 100 % santé » inclut également des limitations de prise en charge par les contrats complémentaires santé responsables.

[24] Ainsi plusieurs cas peuvent se présenter :

- Soit les équipements appartiennent à une classe à prise en charge renforcée (panier 100 % santé), et la couverture par le contrat responsable du RAC AMO doit être intégrale.
- Soit les équipements appartiennent au panier modéré (uniquement en dentaire) et le contrat responsable doit a minima prendre en charge le ticket modérateur.
- soit ils n'appartiennent pas à ces deux premières catégories, et la tarification est libre avec une prise en charge par la complémentaire santé qui n'est pas obligatoire tout en étant encadrée.

[25] Les parties 3.1.4.1, 3.1.4.2 et 3.1.4.3 fournissent des éléments plus détaillés sur les prises en charge par les contrats responsables en optique, audiologie et dentaire.

### 3.1.4.1 La prise en charge en optique

[26] La prise en charge des verres correcteurs et montures relevant de la classe A (panier à prise en charge renforcée, cf. encadré « La réforme du 100 % santé ») de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JORF du 13 décembre 2018) doit être intégrale dans le cadre du contrat responsable avec une limitation concernant la période de renouvellement (un<sup>205</sup> équipement complet (monture + 2 verres) par période de deux ans pour les assurées de plus de 16 ans et d'un an pour les autres, hors évolution de la vue).

[27] Dans chaque point de distribution, l'opticien doit présenter au moins :

- 35 montures pour adultes ;
- 20 montures pour enfants<sup>206</sup>.

---

<sup>205</sup> Des opticiens peuvent proposer des offres commerciales avec plusieurs équipements. Les équipements supplémentaires sont alors présentés comme coûtant une somme modique ou symbolique (1€) à charge du seul assuré.

<sup>206</sup> Les différents coloris d'une même monture peuvent compter au maximum comme deux modèles différents.

[28] En principe, et sauf renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue, le renouvellement est possible :

- après 2 ans pour les personnes de 16 ans ou plus ;
- après 1 an pour les personnes d'âge compris entre six et 16 ans ;
- après 6 mois pour les enfants de moins de six ans.

[29] Dans ce cadre, chaque monture<sup>207</sup> et verre correcteur se voit affecté d'un tarif (base de remboursement de la sécurité sociale - BRSS) et d'un prix limite de vente que l'opticien ne doit pas dépasser.

### 3.1.4.2 La prise en charge en audiologie

[30] Comme pour l'optique, la prise en charge complémentaire diffère selon que les audioprothèses appartiennent à la classe I (prise en charge renforcée, correspondant au dit « panier 100 % santé », avec prix limite de vente) ou à la classe II (dit « panier libre ») :

[31] Pour les aides auditives relevant de la classe I, la garantie complémentaire (contrats responsables et CSS<sup>208</sup>) prend intégralement en charge la différence entre le prix facturé et la base de remboursement. Le prix facturé ne peut être supérieur au prix limite de vente dont le montant a progressivement été abaissé entre 2019 et 2021 (1300€ en 2019, 1100€ en 2020 et 950€ en 2021), tandis que la BRSS pour l'ensemble des aides auditives a été augmenté sur la même période (de 199,71€ à 300€ en 2019, puis 350€ en 2020 et, enfin, 400€ en 2021).

### 3.1.4.3 La prise en charge en dentaire

[32] La convention dentaire de 2018 a fait évoluer les conditions de prise en charge des frais liés aux soins dentaires avec pour objectif de favoriser les soins conservateurs et de prévention plutôt que les actes prothétiques (via notamment une revalorisation progressive étalée entre 2019 et 2023 des tarifs des soins conservateurs et de prévention) et d'intégrer<sup>209</sup> la réforme du « 100 % santé » (via la création de trois paniers de biens concernant les prothèses dentaires).

[33] Les contrats complémentaires responsables doivent enfin prendre en charge :

- Le ticket modérateur sur les honoraires de facturation précisés dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- le ticket modérateur sur les actes avec dans le cas de certains actes prothétiques une obligation de prise en charge du RAC AMO lorsque la prothèse relève du panier 100 % santé :

---

<sup>207</sup> Pour les montures, le tarif est de 9 € et le prix limite de vente de 30 € (montures enfants et adultes) et respectivement de 6 € et 20 € pour les suppléments de lunettes à coques (pour les enfants de moins de six ans).

<sup>208</sup> Pour les bénéficiaires de la CSS, il convient de noter que le prix limite de vente est fixé à un niveau inférieur, 800€ contre 950€ en 2021 pour les autres assurés.

<sup>209</sup> Voir notamment : Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie

	Panier 100 % santé	Panier modéré	Panier libre
Prix limite de vente depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2019	Oui (hors prothèses amovibles)	Oui (hors prothèses amovibles)	Non
Revalorisation de la BRSS depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2019	Oui (hors prothèses amovibles)	Oui (hors prothèses amovibles)	Oui (hors prothèses amovibles)
Prise en charge par l'AMC depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2020	Prise en charge totale du RAC AMO (hors prothèses amovibles).	Prise en charge du ticket modérateur, pas d'obligation pour le reste <sup>1</sup> (hors prothèses amovibles).	Prise en charge du ticket modérateur, pas d'obligation pour le reste <sup>1</sup> (hors prothèses amovibles).
Prise en charge par l'AMC depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2021	Intégration des prothèses amovibles au panier 100 % santé : prix limites de vente, revalorisation de la BRSS et prise en charge par l'AMC du RAC AMO.	Intégration des prothèses amovibles au panier modéré : prix limites de vente, revalorisation de la BRSS et prise en charge du ticket modérateur, pas d'obligation pour le reste <sup>1</sup> .	

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.  
 1. À l'exception des contrats collectifs d'entreprise qui doivent prendre en charge le ticket modérateur (TM) ainsi qu'un supplément s'élevant à 25 % de la BRSS depuis 2016.

Source : Fiche 29, La complémentaire santé, Edition 2024, DREES.

## 3.2 Les interdictions de prises en charge dans le cadre des CSR concernant notamment la couverture des franchises et participations forfaitaires ainsi que certains dépassements d'honoraires

[34] En complément de ces prises en charge minimales, les contrats solidaires et responsables doivent respecter des interdictions de prise en charge.

### 3.2.1 A l'exception de certains cas, la participation forfaitaire et les franchises ne doivent pas être couvertes

[35] Les contrats responsables ne peuvent pas couvrir la participation forfaitaire et les franchises prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, dispositifs qui ne concernent toutefois pas certaines personnes.

#### 3.2.1.1 La participation forfaitaire concerne essentiellement les actes médicaux

[36] La participation forfaitaire<sup>210</sup> est due « pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé [hors hospitalisation et] pour tout acte de biologie médicale ».

<sup>210</sup> CSS, art. L. 160-13.

[37] Son montant<sup>211</sup> est de « 2 € » sans pouvoir dépasser 25 € de participations forfaitaires en cumul annuel<sup>212</sup>. Il n'est en outre pas possible de cumuler plus de quatre participations forfaitaires par jour pour un même professionnel de santé<sup>213</sup>.

### 3.2.1.2 Les franchises concernent les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires

[38] En sus de la participation forfaitaire, des franchises sont dues pour les produits et prestations de santé suivants :

- Médicaments (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation). La franchise s'élève<sup>214</sup> à 1 € par « unité de conditionnement » ;
- actes effectués par un auxiliaire médical<sup>215</sup> en ville, en établissement ou centre de santé, (sauf au cours d'une hospitalisation). La franchise s'élève à 1 € par acte sans pouvoir dépasser 4 € par jour<sup>216</sup> ;
- transports des personnes devant<sup>217</sup> « se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit » et des<sup>218</sup> « personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », à l'exception des transports d'urgence. La franchise s'élève à 4 € par transport effectué sans pouvoir dépasser 8 € par jour ;
- certaines prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté.

[39] La franchise ne peut toutefois excéder 50 € en cumul annuel<sup>219</sup>.

### 3.2.1.3 Certaines personnes sont dispensées de franchise et de participation forfaitaire

[40] La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas exigées d'un certain nombre de personnes :

- Mineurs et bénéficiaires de la protection complémentaire santé<sup>220</sup> (aussi appelée complémentaire santé solidaire) ;

---

<sup>211</sup> Décision du 21 mars 2024 (JORF du 24 avril 2024) prise en application de l'article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

<sup>212</sup> CSS, art. D. 160-6.

<sup>213</sup> CSS, art. D. 160-8.

<sup>214</sup> CSS, art. D. 160-9.

<sup>215</sup> Les auxiliaires médicaux sont définis au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. Il s'agit des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des techniciens de laboratoire médical, des audioprothésistes, des opticiens, des prothésistes et orthésistes pour l'appareillages de personnes handicapées et des diététiciens.

<sup>216</sup> CSS, art. D. 160-11.

<sup>217</sup> CSS, art. L. 160-8.

<sup>218</sup> CSS, art. L. 160-9-1.

<sup>219</sup> CSS, art. D. 160-10.

<sup>220</sup> CSS, art. L. 160-15.

- mineures dans le cadre de la contraception d'urgence<sup>221</sup> ;
- femmes enceintes<sup>222</sup> durant les quatre derniers mois de grossesse<sup>223</sup> ;
- pensionnés invalides de guerre <sup>224</sup> pour les « *frais nécessités par leurs infirmités pensionnées* » ;
- victimes de terrorisme<sup>225</sup> « *pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme* » ;
- bénéficiaires de l'aide médicale d'État<sup>226</sup> (qui n'ont par ailleurs pas la qualité d'assurés sociaux).

### 3.2.2 Les majorations et dépassements d'honoraires prévus en cas de non-respect du parcours de soins ne doivent pas être pris en charge

[41] En cas de non-respect du parcours de soins, les frais suivants ne peuvent être pris en charge :

- La majoration du ticket modérateur demandé à l'assuré lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins (absence de médecin traitant<sup>227</sup> ou consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant);
- les dépassements d'honoraires qui peuvent alors être pratiqués par certains médecins spécialistes dans certaines limites<sup>228</sup>.

### 3.2.3 La minoration de prise en charge concerne les transports sanitaires

[42] Une minoration de la prise en charge du patient est prévue lorsqu'il refuse de partager un transport sanitaire alors que sont réunies deux conditions<sup>229</sup> :

- le prescripteur estime<sup>230</sup> que « *son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport* » ;

---

<sup>221</sup> CSP, art. L. 5134-1.

<sup>222</sup> CSS, art. L. 160-9.

<sup>223</sup> CSS, art. D. 160-3.

<sup>224</sup> CPMIVG, art. R. 211-3.

<sup>225</sup> CSS, art. L. 169-2.

<sup>226</sup> CASF, art. L. 252-2.

<sup>227</sup> Cette majoration, comprise entre 37,5 % et 42,5 % (CSS, art. R. 160-6), est actuellement de 40 % (décision du 22 janvier 2009 – JORF du 30 janvier 2009). L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale mentionne le cas des « *assurés et [...] ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant* ». La question de la possibilité pratique pour l'assuré social de choisir un médecin traitant n'est pas traitée par cet article, en particulier lorsque les médecins généralistes de sa région refusent de suivre de nouveaux patients.

<sup>228</sup> En principe, ces dépassements d'honoraires sont encadrés par la convention médicale. Ainsi, par exemple, un médecin en secteur 1 voit, pour les patients ne respectant pas le parcours de soins, ses « *dépassements [...] plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas plus de 17,5 % de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés* ».

<sup>229</sup> CSS, art. L. 322-5.

<sup>230</sup> CSS, art. R. 322-11-2.

- et que « la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins », les personnes partageant le transport ne pouvant attendre plus de 45 minutes après leur prise en charge médicale<sup>231</sup>.

[43] Le taux de minoration n'est cependant pas publié à la date de rédaction de ce rapport.

[44] Les contrats responsables ne peuvent compenser cette minoration lorsqu'elle est appliquée (art. L871-1 du CSS).

### 3.3 Certaines prises en charge sont plafonnées

#### 3.3.1 Les prises en charge des dépassements d'honoraires hors pratique tarifaire maîtrisée sont encadrées

[45] Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des prestations délivrées par des médecins n'ayant pas adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam, voir encadré infra), la couverture du dépassement doit remplir une double limite :

- 100 % du tarif de l'acte en secteur 1 (soit un montant d'honoraires de 200 % du tarif, dépassement compris) ;
- un écart de taux de prise en charge par le contrat d'au moins 20 % par rapport au taux de prise en charge des dépassements des médecins ayant adhéré à l'Optam (voir encadré DREES ci-dessous).

#### Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les praticiens libéraux<sup>232</sup> peuvent adhérer aux dispositifs dits de pratique tarifaire maîtrisée qui ont été définis pour la première fois dans le cadre de la convention médicale de 2016 et revus lors de l'élaboration de la convention médicale de 2024<sup>233</sup> :

- option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ;
- option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie chirurgie obstétrique (Optam ACO).

Les tarifs de remboursement<sup>234</sup> sont alors ceux du secteur 1 et le médecin signataire reçoit une rémunération supplémentaire, dégressive en fonction du niveau de respect de ses engagements, composés de deux éléments :

- taux de dépassement, calculé par rapport au tarif de remboursement applicable en secteur 1. Un médecin adhérent à ces dispositifs doit respecter un taux de dépassement moyen de 100 % de la BRSS ;
- taux d'activité à tarifs opposables, calculé par rapport à l'ensemble de l'activité du médecin.

<sup>231</sup> CSS, art. R. 322-11-6.

<sup>232</sup> Médecins de secteur 2 et médecins de secteur 1 titulaires du droit à dépassement permanent.

<sup>233</sup> Article 41 de la Convention médicale du 4 juin 2024

<sup>234</sup> Annexe 1 de la convention médicale du 4 juin 2024. En particulier, en métropole, le tarif de secteur 1 était jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2025 de 30 € pour la consultation chez le généraliste ; 31 € chez le médecin de rééducation ; 32 € chez le gynécologue et le gériatre ; 31,5 € (enfants de plus de 6 ans), 35 € (enfants de 2 à 6 ans) et 39 € (enfants de moins de 2 ans) chez le pédiatre ; 50 € chez le neurologue et le psychiatre ; 26,50 € chez les autres spécialistes.

Le patient est mieux indemnisé (dans la mesure où le tarif de remboursement est alors celui du secteur 1 et non celui, inférieur, du secteur 2, qui s'établit à 23 € en métropole).

Dans son évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM, la mission IGAS indiquait que si le dispositif avait un effet positif sur les dépassements « dans la mesure où les taux et volumes financiers de dépassements des médecins adhérents sont notablement inférieurs à ceux des médecins qui ne le sont pas », le taux d'adhésion semblait s'être stabilisé à partir de 2018 à un niveau à peine supérieur à 50 %<sup>235</sup>. Par ailleurs, le fait que les praticiens ayant adhéré à l'Optam puissent à tout moment choisir de sortir du dispositif peut également limiter l'efficacité du dispositif.

Source : Mission

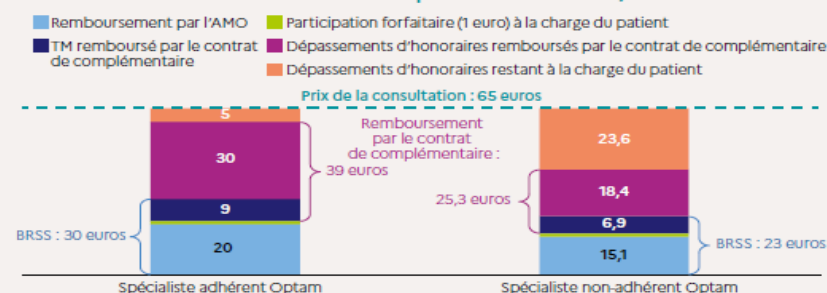
**Encadré 1 Exemple de prise en charge d'une consultation selon le statut d'un spécialiste de secteur 2 en 2021**

Contrairement au secteur 1 qui regroupe les médecins appliquant le tarif de convention fixé par l'Assurance maladie, sans dépassement d'honoraires possible (sauf demande particulière du patient), le secteur 2, ou secteur conventionné à honoraires libres, regroupe les médecins autorisés à appliquer des honoraires libres et qui peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires. Ces dépassements doivent être mis en œuvre, selon les termes de la convention nationale des médecins libéraux, « avec tact et mesure » et ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Selon les garanties du contrat de complémentaire santé et le montant des dépassements, ils pourront être pris en charge, partiellement ou totalement. La prise en charge d'une consultation est soumise à de nombreuses variations. À titre d'exemple, pour une consultation de 65 euros<sup>1</sup> effectuée en 2021 chez un médecin spécialiste de secteur 2, dans le cadre d'un contrat de complémentaire responsable remboursant les consultations à hauteur de 200 % de la BRSS (y compris part de l'AMO) [voir schéma ci-dessous], soit une prise en charge réglementaire de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) [part AMO et ticket modérateur (TM)] et une prise en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 100 % de la BRSS :

> Si le médecin est signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), la BRSS s'établit à 30 euros. L'AMO prend en charge 70 % de la BRSS, moins 1 euro de participation forfaitaire, soit 20 euros. La complémentaire prend en charge 9 euros au titre du TM et 30 euros au titre du dépassement d'honoraires (100 % de 30 euros), soit 39 euros. L'assuré aura alors un reste à charge de 6 euros (dont 1 euro de participation forfaitaire)<sup>2</sup>.

> Si le médecin n'a pas adhéré à l'Optam, le remboursement de l'AMO est calculé sur une BRSS minorée à 23 euros. En déduisant la participation forfaitaire de 1 euro, le remboursement est de 15,10 euros. La complémentaire santé rembourse la consultation à hauteur maximale de 180 % de la BRSS (écart d'au moins 20 % avec la prise en charge des consultations dans le cadre de l'Optam), soit une prise en charge des dépassements inférieure de 80 % du montant de la BRSS). La complémentaire prend en charge 6,90 euros au titre du TM et 18,40 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit 25,30 euros. L'assuré aura donc un reste à charge de 24,60 euros (dont 1 euro de participation forfaitaire)<sup>3</sup>.

**Décomposition de la prise en charge (à 200 % dans le cadre de l'Optam, à 180 % hors Optam) d'une consultation à 65 euros d'un médecin spécialiste de secteur 2, en 2021**



1. 10 % des consultations de spécialistes adhérents Optam et 30 % de celles des spécialistes non-adhérents à l'Optam sont facturées à un montant supérieur.  
 2. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2023, la BRSS s'élève à 31,50 euros. À partir du 15 mai 2024, la participation forfaitaire passe à 2 euros. La part prise en charge par l'AMO est désormais de 20,05 euros et le montant du TM à 9,45 euros. Dans l'exemple décrit, la complémentaire prend en charge, en plus du TM, 31,50 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit au total 40,95 euros. Le reste à charge pour le patient est alors de 4 euros, dont 2 euros de participation forfaitaire.  
 3. Le 15 mai 2024, la participation forfaitaire passe de 1 à 2 euros. Dans cet exemple, le reste à charge pour l'assuré est alors de 25,60 euros.

Source : DREES

<sup>235</sup> <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-04/Evaluation%20de%20la%20convention%20d%E2%80%99objectifs%20et%20de%20gestion%202018%20%E2%80%93%202022%20de%20la%20CNAM%20et%20recommandations%20en%20vue%20de%20son%20renouvellement.pdf>

### 3.3.2 La prise en charge des équipements à prix libres en optique et en audiologie est plafonnée

#### 3.3.2.1 Les verres et montures de la classe B font l'objet d'une fourchette de prise en charge

[46] La couverture par le contrat responsable est autorisée, dans le cas des verres correcteurs et montures n'appartenant pas à une classe à prise en charge renforcée, y compris du remboursement de base par la sécurité sociale<sup>236</sup> dans les limites décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Fourchettes de prise en charge (verres correcteurs et montures n'appartenant pas à la classe à prise en charge renforcée)

Type de verres	Sphère (S)	Cylindre (C)	S+C	Cat.	Fourchettes de prise en charge
Unifocaux sphériques	$[-6 \delta ; +6 \delta]$	-	-	1	50-420 €
	$]-\infty ; -6 \delta[ \cup ]+6 \delta ; +\infty[$	-	-	2	200-700 €
Unifocaux sphéro-cylindrique	$< -6 \delta$	$\geq 0,25 \delta$	-	2	200-700 €
	$[-6 \delta ; 0 \delta]$	$\leq +4 \delta$	-	1	50-420 €
	$[-6 \delta ; 0 \delta]$	$> +4 \delta$	-	2	200-700 €
	$> 0 \delta$	-	$\leq +6 \delta$	1	50-420 €
	$> 0 \delta$	-	$> +6 \delta$	2	200-700 €
Multifocaux ou progressifs sphériques	$[-4 \delta ; +4 \delta]$	-	-	2	200-700 €
	$]-\infty ; -6 \delta[ \cup ]+6 \delta ; +\infty[$	-	-	3	200-800 €
Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	$< -8 \delta$	$\geq 0,25 \delta$		3	200-800 €
	$[-8 \delta ; 0 \delta]$	$\leq +4 \delta$	-	2	200-700 €

<sup>236</sup> La prise en charge par la sécurité sociale s'élève à 0,05 € par verre correcteur et à 0,05 € pour les montures (arrêté du 3 décembre 2018 – JORF du 13 décembre 2018). Ces montants sont symboliques mais permettent à l'AMO de disposer des données et à l'AMC d'être « complémentaire » à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

	$[-8 \delta ; 0 \delta]$	$>+4 \delta$	-	3	200-800 €
	$> 0 \delta$	-	$\leq +8 \delta$	2	200-700 €
	$> 0 \delta$		$>+8 \delta$	3	200-800 €

Source : Mission d'après CSS, art. R. 871-2. Pour mémoire,  $1 \delta = 1 m^{-1}$ .

[47] En outre, les limites de prise en charge sont modifiées lorsque les deux verres correcteurs ne relèvent pas de la même catégorie :

- entre 125 € et 560 € lorsqu'un verre est de la catégorie 1 et un verre est de la catégorie 2 ;
- entre 125 € et 610 € lorsqu'un verre est de la catégorie 1 et un verre est de la catégorie 3 ;
- entre 200 € et 750 € lorsqu'un verre est de la catégorie 2 et un verre est de la catégorie 3.

[48] Pour les montures, la prise en charge est limitée à 100 euros<sup>237</sup>. Sauf affectation spécifique, la prise en charge des verres teintés n'est pas prévue<sup>238</sup>.

### 3.3.2.2 Les audioprothèses à prix libres

[49] Pour les aides auditives relevant de la classe II, dont les prix sont libres, les contrats responsables ne peuvent rembourser un montant supérieur à 1 700 € (par appareil), déduction faite du remboursement de la sécurité sociale, et la période de renouvellement ne peut être inférieure à 4 ans.

## 3.4 La couverture minimale des contrats collectifs de salariés est légèrement supérieure au socle de garanties du contrat responsable en optique et en dentaire

[50] Pour les contrats collectifs de salariés, la couverture minimale prévue à l'article L911-7 du CSS est définie à l'article D.911-1. Elle prévoit, en sus de l'article R.871-2 :

- en dentaire, la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2 (contre 100 % au minimum pour les contrats responsables).
- en optique, pour les biens de la classe B à prix libres, des planchers rehaussés :
  - 100 euros, au lieu de 50 euros par équipement mentionné au a du R 871-2 ;
  - 150 euros, au lieu de 125 euros par équipement mentionné au b et au d ;

<sup>237</sup> CSS, art. R 871-2

<sup>238</sup> Arrêté précité du 3 décembre 2018 (JORF du 13 décembre 2018).

- 200 euros par équipement mentionné au c, au e et au f, soit un montant qui correspond désormais au montant plancher des contrats responsables.

#### CSS et plancher de garanties des CSR

Le panier de soins pris en charge dans le cadre de la complémentaire santé solidaire (CSS) n'est pas tout à fait identique au « plancher » des CSR même si la création du 100 % santé limite les différences. Dans certains cas le panier CSS est plus favorable que ce plancher alors qu'il l'est moins dans d'autres cas.

La création de la CSS, qui remplace la CMU-C et l'ACS, a entraîné le remplacement des anciens paniers sans reste à charge correspondant à ces dispositifs par des paniers CSS qui se rapprochent fortement des paniers 100 % santé. Ils diffèrent néanmoins sur certains points :

- Le prix limite de vente des audioprothèses est moins élevé en CSS (800€ maximum par oreille contre 950 dans le cadre d'un CSR et obligation pour l'audioprothésiste de proposer un équipement d'un prix inférieur ou égal à ce prix de vente à un bénéficiaire de la CSS).

- En dentaire, le panier des bénéficiaires de la CSS est plus large que le panier 100 % Santé : il comprend également quelques actes du panier à reste à charge modéré, un acte à honoraire libre (ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale), ainsi que l'orthodontie.

- En optique, les équipements de classe A sont pris en charge intégralement comme dans le cas d'un CSR tandis que, sous certaines conditions, les lentilles de contact sont prises en charge à hauteur du forfait annuel de la sécurité sociale alors que ce n'est pas obligatoire dans le cas d'un CSR<sup>239</sup>.

Enfin, en dehors des biens relevant du 100 % santé, on notera que :

- Les bénéficiaires de la CSS ne sont pas redevables des franchises et participations forfaitaires, qui s'appliquent dans la limite d'un plafond annuel aux assurés couverts par un CSR.

- Les professionnels de santé ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires avec des patients bénéficiaires de la CSS.

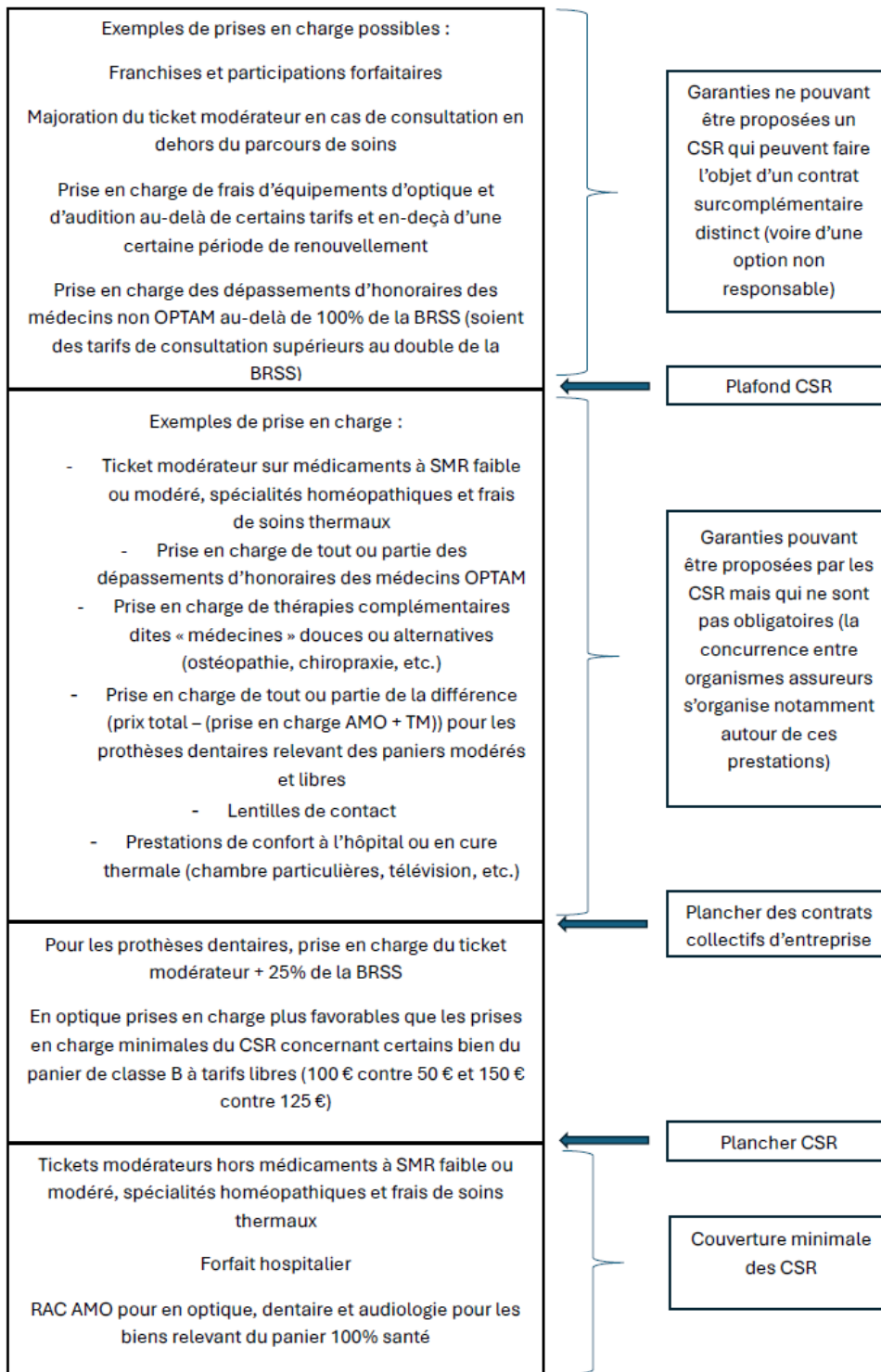
[51] Le schéma ci-dessous tente de décrire de façon synthétique la couverture minimale prévue par les contrats solidaires et responsables (« socle » ou « plancher » de garanties prévu par le cahier des charges) et la couverture « maximale (ou « plafond », permise par ces contrats), définissant ainsi l'espace dans lequel les organismes complémentaires organisent, sur le plan de l'offre, la concurrence en matière de couverture complémentaire santé.

[52] Au-delà de cette couverture plafond, le contrat n'est plus solidaire et responsable et ne peut donc, en théorie, être souscrit par l'employeur afin de remplir ses obligations légales. Ce dernier ne peut bénéficier de l'exemption de cotisations sociales sur la part employeur qu'il prendrait en charge, et le contrat ne bénéficie pas d'un taux de TSA réduit à 13,27 %.

---

<sup>239</sup> Le forfait annuel de sécurité sociale s'élève à 38,38 € par œil. Il est pris en charge à hauteur de 60 % par l'Assurance maladie. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie des frais qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie (ces frais pouvant aller au-delà du forfait annuel) sans qu'il n'y ait pour autant d'obligation.

Schéma 1 : Plancher et plafond de prise en charge des contrats solidaires et responsables



# ANNEXE 5 : La prévoyance complémentaire

<b>ANNEXE 5 :</b>	<b>LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE</b>	<b>104</b>
<b>1</b>	<b>LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE REGROUPE PLUSIEURS FAMILLES DE GARANTIES</b>	<b>106</b>
1.1	L'INCAPACITE DE TRAVAIL EST PRISE EN CHARGE PAR LE VERSEMENT D'INDEMNITES JOURNALIERES	106
1.2	L'INVALIDITE EST COUVERTE EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS DE SECURITE SOCIALE	107
1.3	LES GARANTIES DECES PEUVENT PRENDRE PLUSIEURS FORMES	107
1.4	LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE PEUT COMPRENDRE D'AUTRES TYPES DE GARANTIES	108
<b>2</b>	<b>LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE N'EST PAS AUSSI DOCUMENTEE QUE LA COMPLEMENTAIRE SANTE</b>	<b>109</b>
2.1	L'IRDES A MENE EN 2017 UNE ENQUETE QUI DEVRAIT ETRE REEDITEE EN 2025	109
2.2	LES DONNEES DU CTIP ECLAIRENT LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DES 41 BRANCHES LES PLUS IMPORTANTES	109
2.3	LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE CONSTITUE PROGRESSIVEMENT UNE BASE DE DONNEES DES ACCORDS DE PREVOYANCE	111
<b>3</b>	<b>BIEN QUE NON LEGALEMENT OBLIGATOIRE, LA PREVOYANCE EST LARGEMENT DIFFUSEE DANS LES ENTREPRISES</b>	<b>111</b>
3.1	BIEN QUE NON OBLIGATOIRE POUR L'ENSEMBLE DES SALARIES, LA QUASI-TOTALITE DES ENTREPRISES PROPOSE UNE COUVERTURE EN PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE	111
3.2	LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE A EU UN EFFET POSITIF SUR LA DIFFUSION DE LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE	112
3.3	LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE EST MAJORITAIREMENT MISE EN PLACE AU MOYEN D'ACCORDS DE BRANCHE	113
3.4	LES DIFFERENTS TYPES DE GARANTIE SONT TRES INEGALEMENT DIFFUSES	114
3.5	LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE EST PLUS DIFFUSEE DANS LES GRANDES ENTREPRISES ET AUPRES DES CADRES ET TECHNICIENS	117
3.5.1	<i>Les salariés des grandes entreprises sont mieux couverts que ceux des petites entreprises</i>	117
3.5.2	<i>Les cadres, techniciens et ouvriers qualifiés sont mieux couverts que les employés et ouvriers non qualifiés</i>	118
3.5.3	<i>La couverture par la prévoyance complémentaire croît avec le salaire</i>	119
3.5.4	<i>La couverture en France métropolitaine est dans l'ensemble homogène</i>	119
3.5.5	<i>La couverture en prévoyance complémentaire n'est pas sensiblement différente pour les hommes et les femmes et ne dépend que marginalement de l'âge</i>	120
3.6	LA COUVERTURE DES JOURS DE CARENCE DE LA SECURITE SOCIALE EST PLUS FREQUENTE DANS LES ENTREPRISES LES PLUS GRANDES	120
<b>4</b>	<b>UNE CONNAISSANCE LACUNAIRE DU NIVEAU DES GARANTIES ET DES COTISATIONS AFFERENTES</b>	<b>121</b>
4.1	LA SEULE SOURCE PERMETTANT D'APPROCHER LES TAUX DE PRISE EN CHARGE EN PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE LAISSE APPARAITRE UNE DIFFERENCE SENSIBLE ENTRE CADRES ET NON CADRES DANS CERTAINES BRANCHES	121
4.1.1	<i>Les cadres cotisent à hauteur d'environ 1,5 % de leur salaire brut avec une participation de l'employeur de plus de 90 %</i>	122
4.1.2	<i>Les non-cadres cotisent un peu moins que les cadres et bénéficient d'une prise en charge de l'employeur nettement inférieure</i>	124
4.1.3	<i>Certaines branches font bénéficier cadres et non cadres des mêmes prises en charge alors que d'autres font bénéficier les cadres de cotisations plus élevées et, fréquemment, d'une participation employeur plus importante</i>	126
4.2	LES CAPITAUX DECES PEUVENT ETRE MAJORES EN CAS DE DECES ACCIDENTEL OU DES DEUX PARENTS	127

## RAPPORT IGAS N°2025-010R (ANNEXES)

4.3	LES RENTES EDUCATION SONT LARGEMENT DIFFUSEES .....	128
1.1	LES RENTES DE CONJOINT SONT PLUS RAREMENT DIFFUSEES QUE LES RENTES EDUCATION .....	129
1.2	L'INCAPACITE DE TRAVAIL EST TRES LARGEMENT DIFFUSEE ET GARANTIT ENTRE 60 ET 99 % DU SALAIRE BRUT.....	129
4.4	L'INVALIDITE LOURDE EST TOUJOURS COUVERTE PAR LES ACCORDS DE BRANCHE.....	130

## 1 La prévoyance complémentaire regroupe plusieurs familles de garanties

[1] La prévoyance complémentaire n'est pas une activité normée. Elle concerne plusieurs types de prestations, le plus souvent en complément de la sécurité sociale :

- l'incapacité de travail, qui vient compléter les indemnités journalières de la sécurité sociale ainsi que la prise en charge par l'employeur (1.1) ;
- l'invalidité, qu'il s'agisse de l'invalidité, quelle que soit sa nature (1.2) ;
- les garanties en cas de décès, versées sous diverses formes (1.3) ;
- les autres types de garanties, comme les garanties dépendance ou frais d'obsèques (1.4).

[2] Ces prestations peuvent figurer dans les couvertures de prévoyance de manière isolées ou sous forme de combinaison. *A minima*, la couverture en prévoyance décès des cadres est obligatoire en application de l'accord national interprofessionnel du 14 mars 1947 (voir annexe 2).

### 1.1 L'incapacité de travail est prise en charge par le versement d'indemnités journalières

[3] Les garanties « incapacité de travail » des contrats de prévoyance viennent en complément des indemnités journalières servies par l'employeur et la sécurité sociale<sup>240</sup> (voir les règles de maintien de salaire décrites en annexe 2). Elles sont :

- soit différentielles, c'est-à-dire qu'elles viennent compléter les indemnités journalières servies par la sécurité sociale jusqu'à un certain niveau de garantie (par exemple 90 % du salaire net, l'assureur étant alors engagé à hauteur de 90 % du salaire net diminué des indemnités journalières de la sécurité sociale). Dans ce cas, le salarié connaît à l'avance la rémunération de remplacement dont il bénéficiera (et l'assureur subira, durant la période de validité du contrat, le risque relatif aux modalités – variations de montant et durée – de prise en charge par la sécurité sociale) ;
- soit additives, c'est-à-dire qu'elles viennent s'ajouter, le cas échéant, aux indemnités journalières servies par la sécurité sociale. Dans ce cas, le salarié doit être en mesure d'estimer ces dernières indemnités afin d'évaluer la rémunération de remplacement dont il bénéficiera, et il portera le risque relatif aux modalités – variations de montant et durée – de prise en charge par la sécurité sociale.

[4] Il est par ailleurs possible, marginalement, que l'incapacité de travail soit prise en charge dans le cadre de couvertures complémentaires santé<sup>241</sup>.

---

<sup>240</sup> Voir L'organisation du service du contrôle médical de l'Assurance maladie, rapport IGAS n° 2023-023R1, janvier 2024.

<sup>241</sup> Et dans ce cas, ces garanties sont également soumises à TSA (voir annexe 1).

## 1.2 L'invalidité est couverte en complément des prestations de sécurité sociale

[5] La sécurité sociale distingue, au sein de la branche maladie, trois catégories d'invalidité<sup>242</sup> :

- l'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie concerne les « *invalides capables d'exercer une activité rémunérée* » ;
- l'invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie concerne les « *invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque* » ;
- l'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie concerne les « *invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* ».

[6] S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la rente d'invalidité dépend du taux d'incapacité professionnelle<sup>243</sup>.

[7] Les contrats de prévoyance complémentaire prévoient le versement d'une rente, éventuellement réévaluée, en complément des rentes d'invalidité de la sécurité sociale. En prévoyance complémentaire, les invalidités de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> catégorie sont souvent confondues<sup>244</sup> : « *la plupart des accords prévoient une indemnisation identique en cas d'invalidité de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie, alors que le régime de base prévoit [...] qu'une allocation pour tierce personne soit allouée aux invalides de 3<sup>ème</sup> catégorie* ».

## 1.3 Les garanties décès peuvent prendre plusieurs formes

[8] L'assurance en cas de décès est déclenchée lorsqu'un salarié décède, quelle qu'en soit la cause (accidentelle ou non, liée à des raisons professionnelles ou non). Seul le décès par suicide peut être écarté la première année<sup>245</sup>. Les garanties décès peuvent se présenter sous trois formes principales :

- le capital décès versé au bénéficiaire en cas de décès désigné par le salarié<sup>246</sup> ;

<sup>242</sup> CSS, art. L. 341-4.

<sup>243</sup> Voir Le recours contre tiers des organismes de sécurité sociale et des employeurs publics, rapport IGAS n° 2024-058R et IGF n° 2024-M-039-01, janvier 2025.

<sup>244</sup> Source : CTIP, les accords de branche en prévoyance, édition 2024.

<sup>245</sup> CAss, art. L. 132-7 ; CMut., art. L. 223-9 ; CSS, art. L. 932-23.

<sup>246</sup> Le plus souvent, la désignation du bénéficiaire est libre mais l'accord collectif prévoit des stipulations supplétives de volonté. Ainsi, l'annexe 1 de l'accord du 13 décembre 2024 modifiant le régime de prévoyance de la convention collective nationale de l'édition prévoit que le « *capital décès est versé, sauf désignation expresse d'un ou plusieurs bénéficiaires, dans l'ordre de priorité suivant : au conjoint du salarié non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ; à défaut au partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité ; à défaut au concubin du salarié ; à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du salarié, nés ou à naître, vivants ou représentés ; à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants à charge du salarié et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ; à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du salarié et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ; à défaut, aux héritiers du salarié à proportion de leurs parts héréditaires* ».

- la rente de conjoint, versée au bénéfice du conjoint survivant, le plus souvent sous la forme d'une rente temporaire ;
- la rente éducation, versée au bénéfice des enfants du *de cuius*, le plus souvent pendant leur minorité et au-delà sous conditions d'études de ceux-ci.

[9] Pour mémoire, l'assurance maladie verse, en cas de décès d'un salarié avant la liquidation de ses droits à retraite, une somme forfaitaire<sup>247</sup> fixée à 3977 €, et peut sous certaines hypothèses verser des rentes de veuvage précoce ou d'orphelin<sup>248</sup>.

[10] Enfin, le capital décès bénéficie d'un traitement fiscal favorable :

- les sommes stipulées au contrat ne font pas partie de la succession<sup>249</sup> du *de cuius* ;
- pour chaque bénéficiaire, indépendamment de son lien de parenté avec le *de cuius*, les 152 500 premiers euros bénéficient d'un abattement, puis le taux d'imposition est de 20 % sur la fraction inférieure à 700 000 € et 31,25 % au-delà.

[11] Les prestations versées sous forme de rentes ne bénéficient pas de cet avantage fiscal<sup>250</sup>.

#### 1.4 La prévoyance complémentaire peut comprendre d'autres types de garanties

[12] La prévoyance complémentaire peut prévoir une large gamme de garanties autres que celles décrites *supra* :

- rente (ou capital) handicap, en complément de la rente éducation, en cas de handicap de l'enfant du salarié ;
- frais d'obsèques, qui sont en fait une modalité particulière de garantie en cas de décès<sup>251</sup> ;
- autres garanties décès, comme par exemple le décès du conjoint ou d'un enfant à charge, c'est-à-dire portant sur une tête assurée distincte de celle du salarié<sup>252</sup> ;
- dépendance<sup>253</sup>.

---

<sup>247</sup> CSS, art. D. 361-1 (somme de 3 400 € revalorisée depuis 2015 comme l'inflation hors tabac).

<sup>248</sup> Voir La situation des veufs précoces et des orphelins dans le contexte de la réforme des retraites, rapport IGAS n° 2019-107R, février 2020.

<sup>249</sup> CAss, art. L. 132-13.

<sup>250</sup> CGI, art. 158.

<sup>251</sup> Les termes de certains accords de branche n'apparaissent pas conformes à la réglementation imposant, en assurance vie, des sommes garanties forfaitaires et non liées à un objet ou une utilisation particulière.

<sup>252</sup> Ce type de garanties pose des problèmes particuliers en matière de consentement de la tête assurée (voir annexe 2 pour la réglementation applicable en la matière).

<sup>253</sup> La prise en charge de la dépendance par un organisme assureur soulève des questions particulières (voir *Financement de la dépendance par l'assurance privée, un éclairage technique*, Vincent Ruol, Droit social n°7/8, juillet-août 2011).

## 2 La prévoyance complémentaire n'est pas aussi documentée que la complémentaire santé

[13] Trois sources ont pu être mobilisées pour la confection de la présente annexe :

- les données de l'IRDES, issues de l'enquête PSCE de 2017, aujourd'hui un peu datées (2.1) ;
- les données du CTIP, portant sur les 41 branches les plus importantes. Ces données sont, comme celles de l'IRDES, centrées sur les bénéficiaires et les garanties, et ne comprennent pas les cotisations et leur prise en charge par l'employeur (2.2) ;
- une base de données interne à la Direction de la sécurité sociale (DSS), qui couvre de manière très imparfaite le secteur privé mais présente, pour quelques dizaines de branches, des données concernant le taux de cotisation ainsi que la prise en charge de l'employeur (2.3).

### 2.1 L'IRDES a mené en 2017 une enquête qui devrait être rééditée en 2025

[14] L'IRDES a mené à plusieurs reprises (en 2009 et en 2017, et courant 2025) une enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE). L'enquête portait sur l'intégralité du secteur privé à l'exception des particuliers employeurs.

[15] L'IRDES a procédé par envoi de questionnaires aux salariés ainsi qu'aux entreprises (6122 établissements répondants employant 324 524 salariés).

[16] Cette enquête se centre pour l'essentiel sur les garanties de prévoyance complémentaire offertes en fonction des entreprises les proposant et des salariés en bénéficiant. La prise en charge de ces cotisations (niveau de la cotisation et de la participation de l'employeur) n'est pas étudiée dans cette enquête.

### 2.2 Les données du CTIP éclairent la prévoyance complémentaire des 41 branches les plus importantes

[17] Le CTIP a renouvelé en 2024 une étude portant sur les 41 branches comportant plus de 100 000 salariés en 2023 et ayant signé un accord de prévoyance. Le tableau ci-dessous décrit les effectifs couverts par les 41 plus grands accords de branche en fonction des garanties par type de garantie :

Tableau 1 : Effectif couvert en prévoyance par les 41 plus grands accords de branche

Type de garantie	Accord couvrant l'ensemble du personnel	Cadres/non cadres		Cadres seuls	Non cadres seuls	Total
		Garanties identique	Garanties différentes			
Capital décès	2 124 300	1 220 300	5 382 798	111 300	5 092 982	13 931 680
Incapacité de travail	1 979 700	2 132 200	4 470 898	111 300	4 399 488	13 093 586
Incapacité de 1ère catégorie	2 344 400	3 626 300	1 962 298	111 300	3 358 404	11 402 702
Incapacité de 2ème/3ème catégorie	2 344 400	3 642 400	2 960 689	111 300	5 092 982	14 151 780
Rente conjoint	1 174 300	1 321 400	0	3 812	1 482 478	3 981 990
Rente éducation	1 565 100	1 376 500	4 384 000	132 390	3 758 811	11 216 801
Rente handicap	789 100	1 085 100	0	0	0	1 874 200
Frais d'obsèques	716 600	1 803 300	0	21 090	1 315 538	3 856 528
Autres garanties	0	752 000	132 000	111 300	3 291 661	4 287 361

Source : CTIP, les accords de branche en prévoyance, édition 2024.

[18] On constate ainsi, pour ces 41 branches, une couverture variable en fonction des types de garantie, mais représentant environ 14 millions de salariés pour les deux garanties les plus « couvrantes » que sont le capital décès et l'invalidité lourde, et presque autant pour l'incapacité de travail.

[19] L'étude du CTIP porte sur les garanties de prévoyance analysées en fonction de leur contenu et de leur diffusion (par catégorie de salariés) mais ne renseigne pas sur le contenu exact de ces garanties celles-ci pouvant varier fortement.

## 2.3 La direction de la sécurité sociale constitue progressivement une base de données des accords de prévoyance

[20] La Direction de la sécurité sociale assure le secrétariat de la sous-commission de la protection sociale complémentaire, qui est une sous-commission de la commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle. La sous-commission se prononce sur l'extension des accords collectifs de branche de protection sociale complémentaire et de retraite complémentaire.

[21] À ce titre, elle constitue progressivement une base de données des accords soumis à l'avis de la sous-commission. Cette base a essentiellement été utilisée pour éclairer le sujet de la prise en charge (taux de cotisation et taux de participation de l'employeur) de la cotisation de prévoyance complémentaire. Elle contenait, au moment de la rédaction de ce rapport et selon la DSS, 59 accords de branche couvrant au total plus de 13,1 millions de salariés (2,7 millions de cadres et 10,4 millions de non cadres).

## 3 Bien que non légalement obligatoire, la prévoyance est largement diffusée dans les entreprises

[22] D'après l'IRDES, « en 2017, 77 % des établissements regroupant 91 % des salariés proposent un contrat de prévoyance à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux ; 23 % des établissements regroupant 8 % des salariés n'en proposent pas ». Ainsi, presque tous les salariés sont, à un titre ou un autre, partiellement couverts en prévoyance complémentaire (3.1). Cette pseudo-généralisation (en fait sinon en droit) aurait bénéficié de la généralisation (en droit) de la complémentaire santé (3.2).

[23] Du point de vue opérationnel, et contrairement à la complémentaire santé, la prévoyance complémentaire est mise en place dans les entreprises par la voie d'accords de branche plutôt que par la voie d'accords d'entreprises ou de décisions unilatérales de l'employeur (3.3). Pour autant, si presque tous les salariés sont couverts en prévoyance complémentaire, les garanties dont ils bénéficient, ainsi que leur prise en charge par l'employeur, peuvent sensiblement varier d'une entreprise à l'autre (3.4), en fonction notamment de sa taille et du statut du salarié (3.5).

### 3.1 Bien que non obligatoire pour l'ensemble des salariés, la quasi-totalité des entreprises propose une couverture en prévoyance complémentaire

[24] Portée par l'obligation de couverture des cadres pour le risque décès (voir annexe 2), la plupart des entreprises ont opté, lorsqu'elles offrent une couverture de prévoyance complémentaire, pour une obligation étendue à l'ensemble des salariés, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 2 : Nature de la couverture de prévoyance complémentaire

Taille de l'entreprise	<5	5 ≤ <10	10 ≤ <50	50 ≤ <100	100 ≤ <250	250 ≤ <500	≥500
Obligatoire pour tous les salariés	87,1 %	91,0 %	91,6 %	88,5 %	93,2 %	97 %	84,5 %
Obligatoire pour une partie des salariés	3,1 %	4,4 %	5,0 %	9,4 %	4,6 %	1,0 %	13,9 %
Facultative pour tous les salariés	6,2 %	2,9 %	1,8 %	1,5 %	0,5 %	0,3 %	1,3 %

Source : Données IRDES – PSCE 2017. En nombre d'établissements. La somme des pourcentages est inférieure à 100 % car certaines entreprises interrogées lors de l'enquête n'ont pas su / souhaité répondre.

[25] Le caractère obligatoire pour les salariés peut varier sensiblement en fonction du secteur d'activité : le transport se distingue ainsi par des taux d'obligation pour l'ensemble des salariés relativement faibles (66,9 % des entreprises) associé à un taux d'obligation pour une partie des salariés relativement élevée (31,0 % des entreprises), alors que le secteur de l'agriculture présente un taux de couverture facultative relativement élevé (7,6 % des entreprises).

### 3.2 La généralisation de la complémentaire santé a eu un effet positif sur la diffusion de la prévoyance complémentaire

[26] L'IRDES estime que « la généralisation de la complémentaire santé a favorisé le développement de la prévoyance dans les entreprises ». À l'appui de cette affirmation, l'IRDES relève que :

- « 10,7 % des établissements employant 8,0 % des salariés offrent un contrat de prévoyance et l'ont mis en place suite à l'Ani » et que « 64,1 % employant 81,7 % des salariés offrent un contrat de prévoyance et l'avaient déjà mis en place avant l'Ani » : en général, le taux d'équipement en prévoyance complémentaire a donc augmenté ;
- Parmi les entreprises qui n'offraient pas de couverture complémentaire santé avant l'ANI, « [15,2] % des établissements employant [9,3] % des salariés offrent un contrat de prévoyance et l'ont mis en place suite à l'Ani », alors que « 64,1 % employant 81,7 % des salariés offrent un contrat de prévoyance et l'avaient déjà mis en place avant l'Ani ».

[27] La mise en place des couvertures de prévoyance complémentaire a été le fait des TPE et des grandes entreprises : l'IRDES relève que les « établissements ayant mis en place un contrat de prévoyance suite à l'Ani, on constate qu'ils sont nettement plus souvent rattachés à des entreprises de 1 à 4 salariés ou de 5 à 9 salariés, mais également à des entreprises de 500 salariés et plus ».

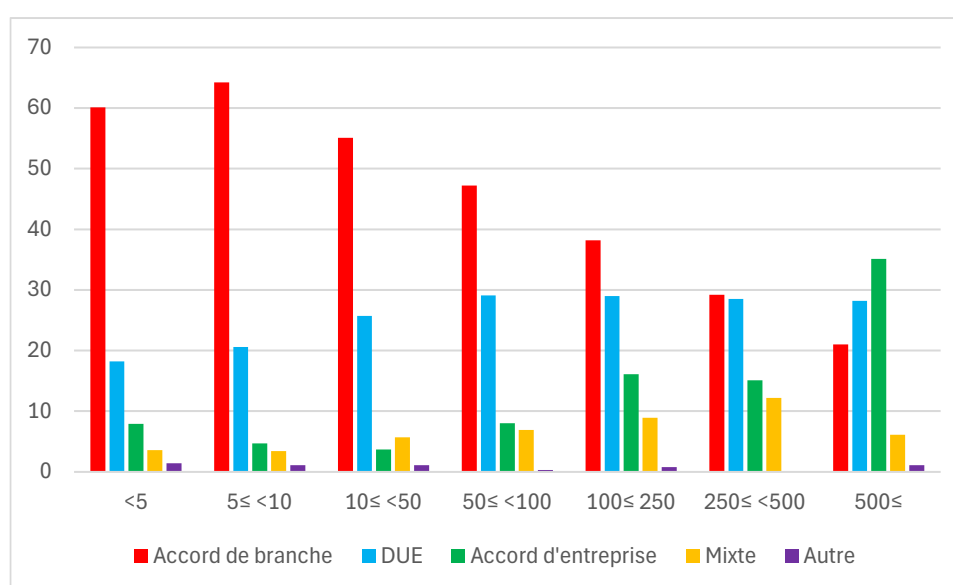
### 3.3 La prévoyance complémentaire est majoritairement mise en place au moyen d'accords de branche

[28] Les contrats de prévoyance peuvent être mis en place, aux termes de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- soit par voie de conventions ou d'accords collectifs (accords de branche ou d'entreprise) ;
- soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ;
- soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise.

[29] Contrairement aux garanties complémentaires santé qui sont plutôt mises en place par voie de décision unilatérale de l'employeur (DUE) ou par accord d'entreprise (voir annexe 3), les garanties de prévoyance complémentaire sont mises en place par voie d'accord de branche, comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 1 : Modalités de mise en place de la prévoyance complémentaire en fonction de la taille de l'entreprise



Source : Données IRDES – PSCE 2017. La somme des pourcentages est inférieure à 100 % car certaines entreprises interrogées lors de l'enquête n'ont pas su / souhaité répondre. La mise en place est réputée mixte lorsqu'elle combine deux modalités (par exemple accord de branche et décision unilatérale de l'employeur ou encore consultation des délégués du personnel et décision unilatérale de l'employeur).

[30] L'accord de branche, très majoritaire pour les petites et très petites entreprises, devient moins fréquent avec la croissance de l'effectif. Inversement, la prévalence du recours à l'accord d'entreprise croît avec la taille de l'entreprise. Pour l'IRDES, « cette tendance peut s'expliquer par la plus forte présence d'instances de négociation entre employeurs et salariés dans les grandes entreprises, notamment de délégués syndicaux dans les entreprises de 100 salariés et plus ».

### 3.4 Les différents types de garantie sont très inégalement diffusés

[31] La couverture de prévoyance complémentaire varie fortement en fonction des types de garantie considérées et de la taille des entreprises, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 3 : Taux de couverture par type de garantie et taille de l'entreprise

Taille de l'entreprise		<5	5 ≤ <10	10 ≤ <50	50 ≤ <100	100 ≤ <250	250 ≤ <500	≥500
Capital décès	Pour tous	52,3 %	63,8 %	76,5 %	85,4 %	93,1 %	95,1 %	93,4 %
	Pour certains	1,9 %	2,9 %	3,9 %	6,1 %	3,3 %	1,8 %	3,3 %
Rente conjoint	Pour tous	29,9 %	33,0 %	41,0 %	46,1 %	59,9 %	50,3 %	63,9 %
	Pour certains	1,5 %	3,0 %	4,5 %	7,1 %	6,3 %	9,3 %	5,5 %
Rente éducation	Pour tous	30,8 %	37,6 %	47,8 %	54,5 %	68,6 %	70,1 %	75,3 %
	Pour certains	1,5 %	2,8 %	4,6 %	6,5 %	7,2 %	10,6 %	5,4 %
Incapacité travail invalidité	Pour tous	56,5 %	66,9 %	77,3 %	83,1 %	92,3 %	91,0 %	88,8 %
	Pour certains	1,5 %	3,0 %	3,7 %	8,0 %	3,4 %	3,3 %	6,3 %
Dépendance	Pour tous	14,6 %	14,7 %	17,0 %	20,0 %	20,0 %	20,8 %	19,8 %
	Pour certains	0,4 %	1,0 %	1,2 %	1,8 %	1,4 %	1,3 %	0,9 %

Source : Données IRDES – PSCE 2017. En proportion des entreprises.

[32] Si les garanties dépendance sont significativement moins diffusées que les autres garanties, on observe une diffusion plus marquée des garanties décès (en particulier dans les grandes entreprises) et incapacité de travail et invalidité.

[33] Si les cadres sont presque tous couverts<sup>254</sup>, les ouvriers et employés le sont sensiblement moins (entre 86 et 88 % de taux de couverture), les ouvriers spécialisés et employés administratifs étant presque aussi bien couverts que les techniciens et agents de maîtrise (presque 92 %). Le taux de couverture en fonction du statut est décrit dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Taux de couverture en fonction du statut et du type de garantie

Statut	Décès	Rente Conjoint	Rente éducation	Incapacité de travail Invalidité	Dépendance	Taux global (au moins une garantie couverte)
Cadres	91,7	63,3	76,0	91,8	24,8	94,7
Employés techniciens Agents de maîtrise	86,4	56,2	66,3	85,5	20,8	91,9
Employés administratifs	83,0	51,7	57,9	82,8	17,8	90,8
Employés de commerce	76,3	45,5	58,2	75,2	17,2	86,5
Ouvriers qualifiés	84,5	53,8	54,8	84,4	18,4	91,6
Ouvriers non qualifiés	80,0	43,4	56,0	80,0	14,9	88,3

Source : Données IRDES – PSCE 2017, en pourcents. La somme des pourcentages de ce tableau et du tableau de la page 116 est inférieure à 100 car certains salariés interrogés lors de l'enquête n'ont pas su / souhaité répondre. Le taux de couverture ne présage en rien du contenu de la couverture.

[34] S'agissant de la non-couverture, si, globalement, peu de salariés ne sont couverts par aucune garantie de prévoyance, on retrouve une situation symétrique de la couverture : les garanties dépendance et, dans une moindre mesure rentes de conjoint et d'éducation sont fréquemment absentes des couvertures, quel que soit le statut. Inversement, les couvertures incapacité de travail et invalidité ainsi que capital décès sont rarement absentes, en particulier pour les cadres et, de manière moins hégémonique, pour les ETAM et les ouvriers spécialisés, comme le montre le tableau suivant :

<sup>254</sup> On se serait attendu à un taux de couverture de 100 % car l'ANI de 1947 impose la couverture en décès de tous les cadres.

Tableau 5 : Taux de non couverture en fonction du statut et du type de garantie

Statut	Décès	Rente Conjoint	Rente éducation	Incapacité de travail Invalidité	Dépendance	Taux global (aucune garantie couverte)
Cadres	4,4	27,8	17,1	4,2	63,8	3,2
Employés techniciens agents de maîtrise	10,2	35,2	25,5	10,5	66,5	7,4
Employés administratifs	13,6	38,8	33,2	13,8	68,5	8,9
Employés de commerce	18,9	45,4	33,5	20,5	69,1	13,1
Ouvriers qualifiés	11,4	37,0	34,3	11,9	67,7	7,7
Ouvriers non qualifiés	15,6	48,0	33,9	16,0	70,3	11,3

Source : Données IRDES – PSCE 2017, en pourcents. La somme des pourcentages de ce tableau et du tableau de la page 115 est inférieure à 100 car certains salariés interrogés lors de l'enquête n'ont pas su / souhaité répondre.

[35] On retrouve un constat semblable dans l'étude du CTIP relative aux 41 branches les plus importantes, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Taux de couverture en prévoyance par les 41 plus grands accords de branche

Garantie	Taux de couverture par la garantie	Répartition des accords par garantie				
		Ensemble du personnel	Cadres/non cadres		Cadres seuls	Non cadres seuls
			Garanties identique	Garanties différentes		
Capital décès	98,41 %	15,25 %	8,76 %	38,64 %	0,80 %	36,56 %
Incapacité de travail	92,49 %	15,12 %	16,28 %	34,15 %	0,85 %	33,60 %

Invalidité de 1ère catégorie	80,54 %	20,56 %	31,80 %	17,21 %	0,98 %	29,45 %
Invalidité de 2ème/3ème catégorie	99,96 %	16,57 %	25,74 %	20,92 %	0,79 %	35,99 %
Rente conjoint	28,13 %	29,49 %	33,18 %	0,00 %	0,10 %	37,23 %
Rente éducation	79,23 %	13,95 %	12,27 %	39,08 %	1,18 %	33,51 %
Rente handicap	13,24 %	42,10 %	57,90 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Frais d'obsèques	27,24 %	18,58 %	46,76 %	0,00 %	0,55 %	34,11 %
Autres garanties	30,28 %	0,00 %	17,54 %	3,08 %	2,60 %	76,78 %

Source : CTIP, les accords de branche en prévoyance, édition 2024.

[36] La couverture en invalidité lourde et en décès est presque complète, et l'incapacité de travail est couverte pour plus de neuf salariés sur dix de ces branches.

### 3.5 La prévoyance complémentaire est plus diffusée dans les grandes entreprises et auprès des cadres et techniciens

[37] La couverture en prévoyance complémentaire dépend très largement de la taille des entreprises (3.5.1) et, de manière moins importante, du statut du salarié (3.5.2), de ses revenus (3.5.3) et du lieu d'implantation de l'entreprise (3.5.4). Inversement, l'âge et le sexe ont une importance faible sur la couverture en prévoyance complémentaire (3.5.5).

#### 3.5.1 Les salariés des grandes entreprises sont mieux couverts que ceux des petites entreprises

[38] La couverture de prévoyance complémentaire est liée à la taille de l'entreprise, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 7 : Taux de couverture par un contrat de prévoyance complémentaire en fonction de la taille de l'entreprise

Taille de l'entreprise	<5	5 ≤ <10	10 ≤ <50	50 ≤ <100	100 ≤ <250	250 ≤ <500	500 ≤
Entreprises donnant accès à un contrat de prévoyance complémentaire (en salariés)	69,9 %	79,9 %	88,3 %	95,2 %	98,6 %	98,8 %	96,7 %
Entreprises donnant accès à un contrat de prévoyance complémentaire (en établissements)	67,5 %	79,2 %	88,0 %	95,2 %	98,5 %	97,8 %	98,1 %

Source : Données IRDES – PSCE 2017.

[39] On constate ainsi que le taux de couverture dépasse 95 % des entreprises (comme des salariés) pour les entreprises de plus de 50 salariés.

### 3.5.2 Les cadres, techniciens et ouvriers qualifiés sont mieux couverts que les employés et ouvriers non qualifiés

[40] Si les cadres sont presque tous couverts<sup>255</sup>, les ouvriers et employés le sont sensiblement moins (entre 86 et 88 % de taux de couverture), les ouvriers spécialisés et employés administratifs étant presque aussi bien couverts que les techniciens et agents de maîtrise (presque 92 %). Le taux de couverture en fonction du statut est décrit dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Taux de couverture en fonction du statut

Statut	Taux
Cadres	94,7 %
Employés, techniciens, agents de maîtrise	91,9 %
Employés administratifs	90,8 %
Employés de commerce	86,5 %
Ouvriers qualifiés	91,6 %
Ouvriers non qualifiés	88,3 %

Source : Données IRDES – PSCE 2017.

<sup>255</sup> On se serait attendu à un taux de couverture de 100 % car l'ANI de 1947 impose la couverture en décès de tous les cadres.

### 3.5.3 La couverture par la prévoyance complémentaire croît avec le salaire

[41] La couverture en prévoyance complémentaire augmente avec les revenus, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 9 : Taux de couverture en fonction du salaire net

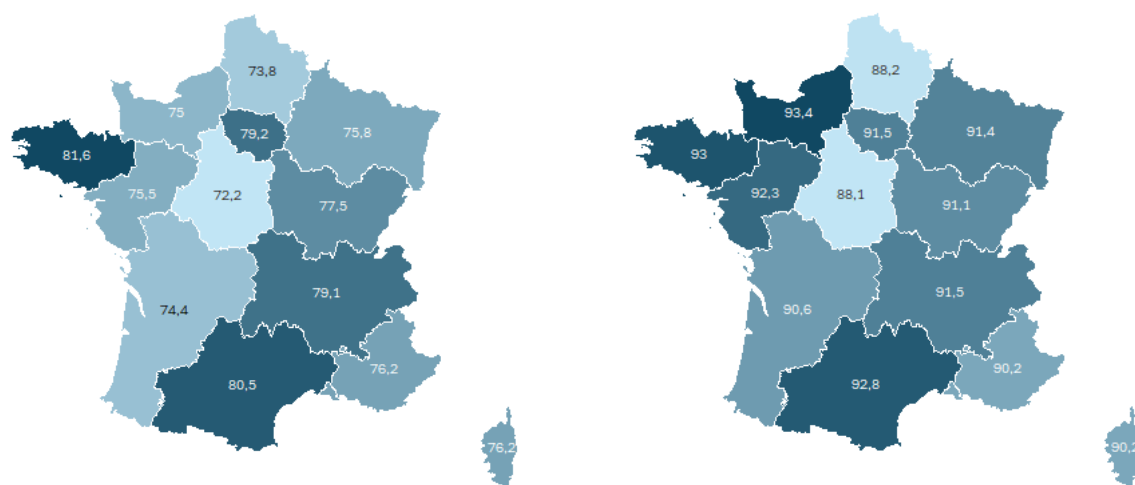
Quintile de salaire net	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Taux de couverture	82,4 %	88,7 %	92,7 %	95,2 %	95,9 %

Source : Données IRDES – PSCE 2017.

### 3.5.4 La couverture en France métropolitaine est dans l'ensemble homogène

[42] Hormis dans les départements et régions d'outre-mer, qui bénéficient d'une couverture sensiblement moindre (41,1 % des entreprises représentant 67,9 % des salariés proposent à tout ou partie de leur personnel une couverture prévoyance), la variation régionale est relativement limitée comme le montrent les cartes suivantes :

Carte 1 : Part des entreprises proposant une couverture de prévoyance complémentaire à tout ou partie de leurs salariés



Part des entreprises proposant une couverture prévoyance complémentaire totale ou partielle (en nombre d'établissements)

Part des entreprises proposant une couverture prévoyance complémentaire totale ou partielle (en nombre de salariés)

Source : Données IRDES – PSCE 2017.

[43] Entre 72 et 82 % des entreprises proposaient ainsi, en métropole, une couverture prévoyance complémentaire, représentant entre 88 et 94 % des salariés travaillant dans une entreprise proposant ce type de couverture.

### 3.5.5 La couverture en prévoyance complémentaire n'est pas sensiblement différente pour les hommes et les femmes et ne dépend que marginalement de l'âge

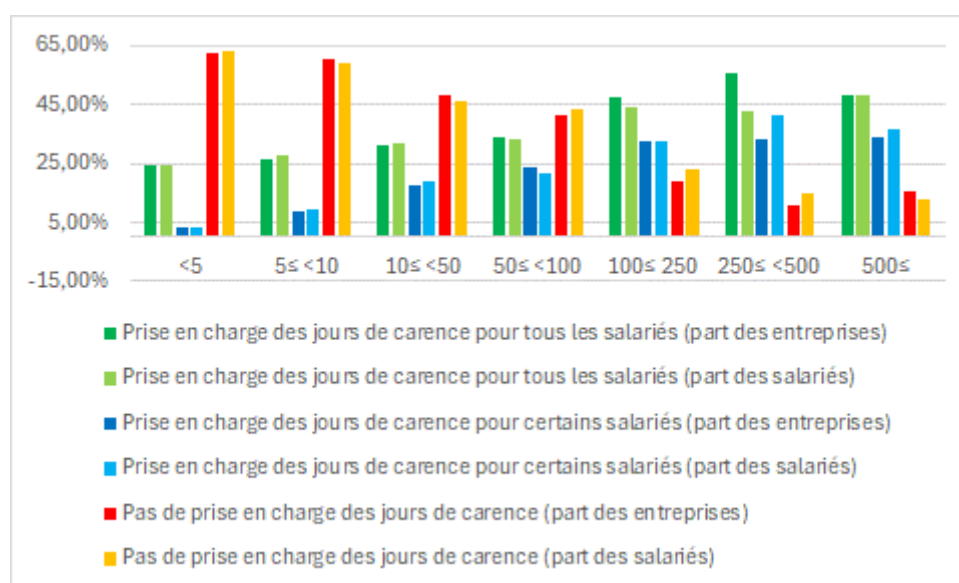
[44] Le sexe du salarié n'a pas d'impact significatif sur sa couverture en prévoyance complémentaire : les hommes sont couverts à 91,6 % et les femmes à 89,9 %.

[45] De même, l'âge influe peu sur le taux de couverture en prévoyance complémentaire : les moins de 30 ans sont 89 % à être couverts, ce taux augmentant jusqu'à 92 % pour les 40-49, avant de redescendre à 90,6 % pour les plus de 50 ans.

### 3.6 La couverture des jours de carence de la sécurité sociale est plus fréquente dans les entreprises les plus grandes

[46] Sans entrer dans le détail de la personne (employeur ou organisme de prévoyance complémentaire) prenant en charge les jours de carence de la sécurité sociale, on constate sur le graphique ci-dessous une croissance de celle-ci avec la taille de l'entreprise et, corrélativement, une décroissance de l'absence de prise en charge des jours de carence de la sécurité sociale avec la taille de l'entreprise.

Graphique 2 : Taux de prise en charge des jours de carence en fonction de la taille de l'entreprise



Source : Données IRDES – PSCE 2017.

## 4 Une connaissance lacunaire du niveau des garanties et des cotisations afférentes

[47] À la connaissance de la mission, les cotisations – et leur prise en charge par l’employeur – et les prestations, qui ne sont par ailleurs pas standardisées, sont dans l’ensemble mal connues. La mission a dû mobiliser, pour les besoins de son analyse, des données anciennes ou partielles.

[48] Ainsi, l’analyse de la base de données de la DSS, en cours de construction, montre que cadres et non cadres ne bénéficient pas des mêmes conditions de prise en charge de la prévoyance complémentaire, en particulier du point de vue de la prise en charge par l’employeur (4.1).

[49] S’agissant des prestations, elles relèvent :

- de l’assurance décès, sous forme de capital décès (4.2), de rente d’éducation (4.3) ou de rente de conjoint (1.1) ;
- de l’incapacité de travail (1.2), prestation très diffusée aussi bien auprès d’un public cadre que d’un public non cadre ;
- de l’invalidité (4.4), presque toujours couverte s’agissant de l’invalidité lourde.

### 4.1 La seule source permettant d’approcher les taux de prise en charge en prévoyance complémentaire laisse apparaître une différence sensible entre cadres et non cadres dans certaines branches

[50] La mission a pu exploiter la base de données de la DSS (décrite succinctement *supra*).

[51] Les conventions collectives prévoient :

- soit une cotisation « globale », c’est-à-dire couvrant sans précision particulière les risques de prévoyance prévus par la convention collective<sup>256</sup> ;
- soit une cotisation spécifique à chaque risque<sup>257</sup> ;
- très fréquemment, ne stipulent pas de cotisation<sup>258</sup>

[52] La mission s’est limitée à l’analyse de ces accords « globaux ».

[53] Il apparaît que les taux de cotisation applicables aux cadres (4.1.1) peuvent être sensiblement inférieurs aux 1,5 % prévus conventionnellement pour la tranche inférieure à un plafond de la sécurité sociale, l’assiette étant alors élargie au-delà du plafond de la sécurité sociale

---

<sup>256</sup> Par exemple, la convention de l’hospitalisation privée ou de l’assurance.

<sup>257</sup> Par exemple, la convention des boulangeries et pâtisseries artisanales prévoit une cotisation de 0,74 % du salaire brut en incapacité de travail et 0,78 % en décès.

<sup>258</sup> Par exemple, la convention collective nationale de l’industrie pharmaceutique (IDCC 0176) prévoit l’assiette de cotisations de prévoyance complémentaire (article 13) mais pas les taux applicables. D’autres conventions, comme celle des télécommunications (IDCC 2148) ne prévoient ni assiette, ni taux de cotisation, mais définissent les prestations minimales pour les salariés.

stipulé conventionnellement. La participation de l'employeur à la prévoyance complémentaire des cadres est élevée (médiane à 93 % pour la tranche inférieure à un plafond de la sécurité sociale).

[54] S'agissant des non-cadres (4.1.2), le taux de cotisation est inférieur à celui des cadres, mais c'est surtout du point de vue de la prise en charge de l'employeur que la différence avec les cadres est la plus importante (médiane à 60 % pour la tranche inférieure à un plafond de la sécurité sociale).

[55] Lorsqu'on prend en compte une même branche (4.1.3) couvrant cadres et non cadres, on retrouve deux cas de figure principaux :

- des couvertures identiques, aussi bien en niveau de cotisation qu'en taux de participation de l'employeur ;
- des couvertures plus favorables aux cadres, soit par le jeu du seul taux de cotisation, soit par le jeu combiné de la prise en charge employeur et du taux de cotisation plus important pour les cadres.

#### 4.1.1 Les cadres cotisent à hauteur d'environ 1,5 % de leur salaire brut avec une participation de l'employeur de plus de 90 %

[56] Les conventions collectives peuvent stipuler une assiette de cotisations :

- limitée à la seule tranche inférieure au plafond de la sécurité sociale<sup>259</sup> ;
- comprendre en outre la tranche comprise entre un et quatre plafonds de la sécurité sociale. Il s'agit du cas général ;
- comprendre en sus la tranche entre quatre et huit plafonds de la sécurité sociale<sup>260</sup>.

[57] Les taux peuvent :

- être uniformes sur ces tranches<sup>261</sup> ;
- varier selon les tranches<sup>262</sup>.

[58] Cela rend très difficiles les comparaisons entre conventions de branche : un taux inférieur mais sur une assiette plus large peut conduire à une couverture plus favorable pour le salarié. De

---

<sup>259</sup> La convention du commerce des articles de sports et équipements de loisirs prévoit ainsi une cotisation de 1,66 % sur cette seule tranche.

<sup>260</sup> C'est par exemple le cas de la métallurgie.

<sup>261</sup> Par exemple, la métallurgie prévoit une cotisation de 1,12 % du salaire brut sur le salaire jusqu'à huit plafonds de la sécurité sociale ; les pharmacies d'officine prévoient une cotisation de 1,41 % du salaire brut sur le salaire jusqu'à quatre plafonds de la sécurité sociale.

<sup>262</sup> Les sociétés d'assurance prévoient une cotisation de 1,63 % du salaire brut sur le salaire jusqu'à un plafond de la sécurité sociale et 1,26 % pour la tranche comprise entre un et huit plafonds de la sécurité sociale ; l'hospitalisation privée prévoit une cotisation de 2,76 % du salaire brut sur le salaire jusqu'à un plafond de la sécurité sociale et 4,90 % pour la tranche comprise entre un et quatre plafonds de la sécurité sociale.

même, la prise en charge par l’employeur varie sensiblement en fonction des branches<sup>263</sup> et des tranches<sup>264</sup>. Le tableau ci-dessous présente les grandes tendances ressortant de la base de données de la DSS pour les conventions prévoyant un taux global pour la prévoyance des cadres :

Tableau 10 : Taux de cotisation et de participation de l’employeur (cadres – cotisation globale)

	< 1 PSS		1 PSS < 4 PSS		4 PSS <	
	Total	Dont employeur	Total	Dont employeur	Total	Dont employeur
Nombre de conventions de l’échantillon	14		12		5	
Taux moyen <sup>265</sup>	1,49 %	82,37 %	1,68 %	64,48 %	1,31 %	68,85 %
Taux moyen pondéré <sup>266</sup>	1,00 %	98,18 %	1,22 %	68,87 %	1,15 %	68,65 %
Taux minimal	0,74 %	47,20 %	0,32 %	47,20 %	1,07 %	47,20 %
Taux médian	1,50 %	93,07 %	1,13 %	57,50 %	1,13 %	55,00 %
Taux maximal	2,76 %	100,00 %	4,90 %	100,00 %	1,99 %	100,00 %

Source : Mission sur la base des données DSS.

[59] Le taux de participation de l’employeur est sensiblement plus élevé pour la première tranche que pour les deux suivantes, avec un taux de participation de 93 % environ contre 57,50 % pour la seconde tranche et 55 % pour la troisième (avec toutefois un nombre de conventions trop faible pour en tirer des conclusions).

<sup>263</sup> Par exemple, les employeurs de la métallurgie prennent en charge l’intégralité de la cotisation sur les trois tranches (et les pharmacies d’officine sur les deux premières tranches) alors que les employeurs du commerce audiovisuel, électronique et équipement ménager prend en charge 47 % de la cotisation sur les deux premières tranches.

<sup>264</sup> Par exemple, les employeurs du secteur des bureaux d’études techniques prennent en charge l’intégralité de la cotisation sur la première tranche mais la moitié sur la seconde tranche.

<sup>265</sup> Ce calcul de taux moyen ne tient pas compte de l’importance relative (nombre de salariés couverts) des différents accords de branche.

<sup>266</sup> Les taux moyens sont pondérés par la population couverte : 14 conventions couvrant 1,744 millions de salariés pour la tranche sous le plafond de la sécurité sociale, 12 conventions couvrant 1,713 millions de salariés pour la tranche entre un et quatre plafonds de la sécurité sociale et cinq conventions couvrant 1,610 millions de salariés pour la tranche au-delà. Deux accords (bureaux d’études techniques et métallurgie) représentent près de 1,481 millions de salariés. Les populations couvertes par les différents accords sont issues des portraits statistiques de branches professionnelles, DARES, juin 2025 (nombre d’ETP au 31/12/2023).

[60] On observe que les taux de cotisation (et la prise en charge associée) sont parfois inférieurs à 1,5 %, taux minimal et intégralement à charge de l'employeur en application de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (voir annexe 2). Trois explications peuvent être avancées :

- l'assiette peut être étendue aux rémunérations comprises entre un et quatre, voire entre quatre et huit plafonds de la sécurité sociale en contrepartie d'un taux moins élevé<sup>267</sup> ; dans un autre registre, il peut exister une participation du salarié en échange d'un taux plus élevé<sup>268</sup> ;
- la prise en charge de la complémentaire santé est incluse dans les 1,5 % - ce taux de 1,5 % devant toutefois couvrir majoritairement le risque décès ;
- l'accord ne respecte pas les stipulations de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres (qui a repris sur ce point les stipulations de la convention collective nationale de 1947).

#### 4.1.2 Les non-cadres cotisent un peu moins que les cadres et bénéficient d'une prise en charge de l'employeur nettement inférieure

[61] Contrairement à la situation des cadres, les conventions collectives stipulent toujours, parmi l'échantillon fourni par la DSS et pour la couverture des salariés non-cadres, une assiette de cotisations comprenant les deux premières tranches (moins de quatre plafonds de la sécurité sociale), souvent complétée par une tranche supérieure (entre quatre et huit plafonds de la sécurité sociale).

[62] Les taux peuvent :

- être uniformes sur ces tranches, ce qui est le cas le plus fréquent<sup>269</sup> ;
- varier selon les tranches<sup>270</sup> (une première tranche sous le plafond annuel de la sécurité sociale, une deuxième tranche entre un et quatre plafonds de la sécurité sociale et une troisième tranche entre quatre et huit plafonds de la sécurité sociale), ces dernières tranches étant souvent moins mobilisées s'agissant de non cadres.

[63] De même, la prise en charge par l'employeur varie sensiblement en fonction des branches<sup>271</sup> et, même si c'est moins fréquent que chez les cadres, des tranches. Le tableau ci-dessous présente les grandes tendances ressortant de la base de données de la DSS pour les conventions prévoyant un taux global pour la prévoyance des non cadres :

---

<sup>267</sup> Cas par exemple de la métallurgie.

<sup>268</sup> Cas par exemple des sociétés d'assurance.

<sup>269</sup> Par exemple, la plasturgie (taux de 0,80 % du salaire brut sur les deux premières tranches) ou le commerce de gros (taux de 0,39 % sur les trois tranches).

<sup>270</sup> Par exemple l'assurance, qui prévoit une cotisation de 1,63 % sur la première tranche et de 1,26 % sur les deux suivantes, ou bien les bureaux d'études techniques qui prévoient une cotisation de 0,74 % sur la première tranche et de 1,13 % sur les deux suivantes.

<sup>271</sup> De 0,39 % dans le commerce de gros à 2,29 % dans le bâtiment et les travaux publics.

Tableau 11 : Taux de cotisation et de participation de l'employeur (non cadres – cotisation globale)

	< 1 PSS		1 PSS < 4 PSS		4 PSS <	
	Total	Dont employeur	Total	Dont employeur	Total	Dont employeur
Nombre de conventions de l'échantillon <sup>272</sup>	19		19		5	
Taux moyen	1,37 %	60,75 %	1,37 %	60,75 %	0,89 %	69,85 %
Taux moyen pondéré <sup>273</sup>	1,33 %	66,57 %	1,36 %	66,57 %	0,73 %	79,66 %
Taux minimal	0,39 %	35,46 %	0,39 %	35,46 %	0,39 %	47,20 %
Taux médian	1,41 %	60,00 %	1,26 %	60,00 %	1,07 %	60,00 %
Taux maximal	2,29 %	100,00 %	2,29 %	100,00 %	1,26 %	100,00 %

Source : Mission sur la base des données DSS.

<sup>272</sup> Dont deux (bâtiment et travaux publics) concernant des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM), prévoyant toutes deux une cotisation de 1,80 % de la rémunération brute sur les deux premières tranches et une participation de l'employeur à la cotisation des deux tiers sur ces tranches. Les ouvriers (du bâtiment, quelle que soit la taille de l'entreprise) et des travaux publics) bénéficient, en comparaison, d'une cotisation de 2,29 % sur les deux premières tranches prise en charge, comme pour les ETAM, aux deux tiers par l'employeur.

<sup>273</sup> Les taux moyens sont pondérés par la population couverte : 19 conventions couvrant 4,665 millions de salariés pour les deux tranches sous quatre plafonds de la sécurité sociale et cinq conventions couvrant 1,940 millions de salariés pour la tranche au-delà. Les populations couvertes par les différents accords sont issues des portraits statistiques de branches professionnelles, DARES, juin 2025 (nombre d'ETP au 31/12/2023).

[64] Le taux médian de participation de l'employeur à la couverture des non-cadres s'établit, pour toutes les tranches, à 60 %, soit nettement moins que la participation de l'employeur à la couverture des cadres (médiane à 93 %).

#### 4.1.3 Certaines branches font bénéficier cadres et non cadres des mêmes prises en charge alors que d'autres font bénéficier les cadres de cotisations plus élevées et, fréquemment, d'une participation employeur plus importante

[65] Comme on l'a vu précédemment, cadres et non cadres ont une couverture en prévoyance différente. Le graphique ci-dessous représente l'écart entre cadres et non cadres<sup>274</sup>, presque toujours<sup>275</sup> en faveur de la couverture des cadres, et qui montre :

- un premier groupe de branches<sup>276</sup> pour lesquelles le traitement préférentiel des cadres se fait par un taux de cotisation – et donc des garanties associées<sup>277</sup> – plus élevé, le taux de participation employeur demeurant identique entre cadres et non-cadres ;
- un deuxième groupe de branches<sup>278</sup> pour lesquelles le traitement différentiel des cadres se fait par un taux de participation de l'employeur plus élevé, le taux de cotisation étant généralement également plus élevé pour les cadres que pour les non-cadres :
- un troisième groupe de branches, le plus nombreux<sup>279</sup> pour lesquelles le traitement est identique entre cadres et non-cadres, qu'il s'agisse du taux de cotisation comme du taux de participation employeur.

[66] Le graphique ci-dessous présente les écarts, pour la tranche inférieure à un plafond de la sécurité sociale, de taux de cotisation d'une part, et d'autre part de taux de participation employeur, entre cadres et non cadres relevant d'une même branche :

---

<sup>274</sup> Les onze accords de l'échantillon (métallurgie ; bureaux d'études techniques ; entreprises de propreté ; hospitalisation privée ; prestataires de services du secteur tertiaire ; sociétés d'assurance ; commerce et réparation de tracteurs et matériel agricole ; commerce d'articles de sport et équipements de loisirs ; négoce des matériaux de construction ; transports publics urbains ; activités du déchet) regroupent plus de 4,5 millions de salariés.

<sup>275</sup> Seule exception dans l'échantillon de la DSS : le secteur de la propreté prévoit une cotisation de 1,41 % sur la tranche allant de 1 à 4 plafonds de la sécurité sociale pour les non cadres et de 1,04 % pour les cadres (mais les taux s'établissent respectivement à 1,41 % et 1,50 % sur la tranche inférieure à un plafond de la sécurité sociale).

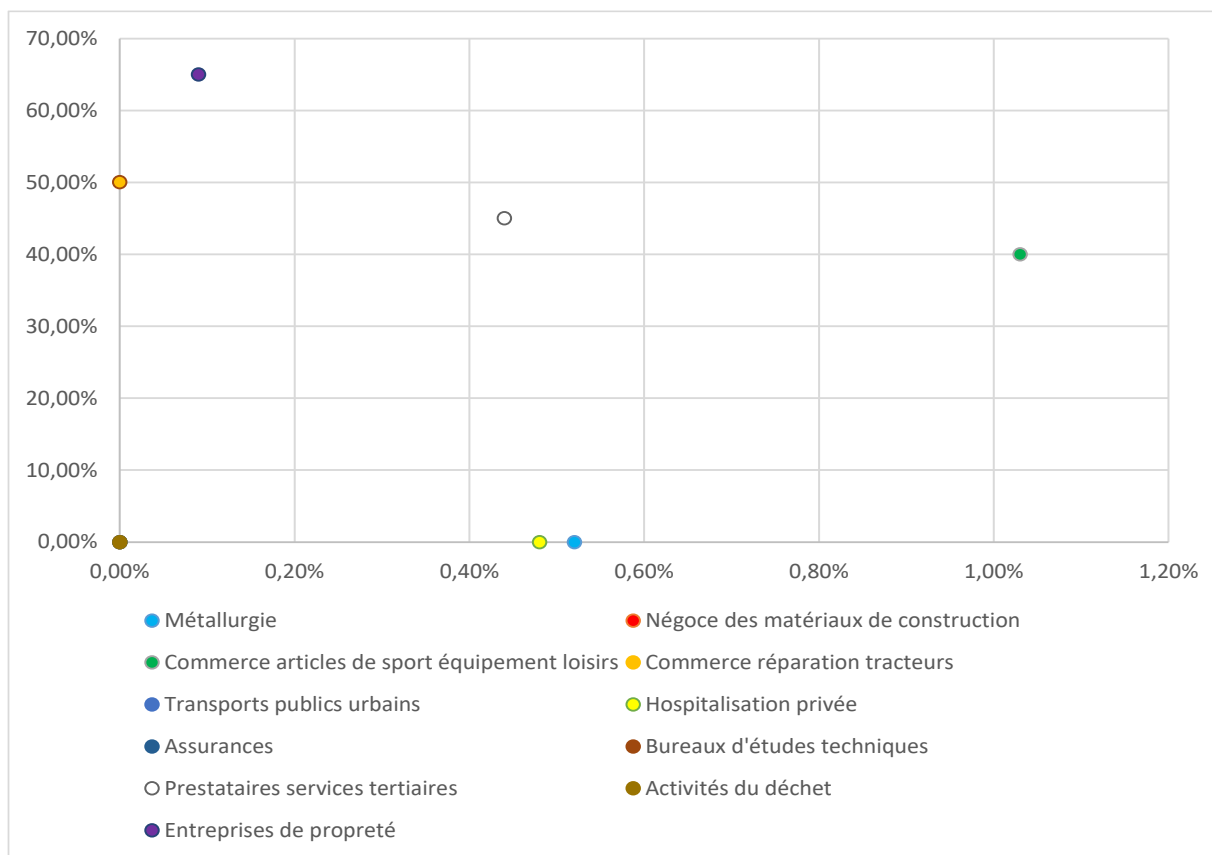
<sup>276</sup> Deux branches sur onze mobilisables dans la base de données de la DSS : métallurgie et hospitalisation privée, qui regroupent plus de 1,8 millions de salariés.

<sup>277</sup> Par exemple, la convention collective nationale de la métallurgie prévoit des indemnités journalières de 100 % du salaire de référence pendant 180 jours pour les cadres contre 75 % pour les non cadres (article 171.c) ; De même, les rentes d'invalidité complémentaires (article 172.c) sont plus élevées pour les cadres que pour les non cadres (45 % contre 42 % en 1<sup>ère</sup> catégorie ; 75 % contre 70 % en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie) ; le capital décès est de 200 % du salaire de référence pour les cadres contre 100 % pour les non cadres (article 173.c).

<sup>278</sup> Quatre branches sur onze mobilisables dans la base de données de la DSS : bureaux d'études techniques ; entreprises de propreté ; prestataires de services du secteur tertiaire ; entreprises de propreté. Ces branches emploient plus de 2,2 millions de salariés.

<sup>279</sup> Cinq branches sur onze mobilisables dans la base de données de la DSS : négoce des matériaux de construction ; Commerce et réparation de tracteurs et matériels agricoles ; transports publics urbains ; sociétés d'assurance ; activités du déchet. Ces branches emploient plus de 450 000 salariés.

Graphique 3 : Écarts de taux de cotisation et de taux de participation entre cadres et non cadres pour une même branche



Source : Mission IGAS sur la base de données DSS. En abscisses, l'écart de taux de cotisation entre cadres et non cadres (positif lorsqu'il est en faveur des cadres) et en ordonnées l'écart de taux de participation de l'employeur entre cadres et non cadres (positif lorsqu'il est en faveur des cadres). Taux applicables à la tranche inférieure à un plafond de la sécurité sociale.

## 4.2 Les capitaux décès peuvent être majorés en cas de décès accidentel ou des deux parents

[67] Les capitaux décès<sup>280</sup> sont « la plupart du temps exprimés en « multiple » du brut annuel » (en pourcentage de celui-ci-, plus précisément). Il peut en outre arriver que le capital soit majoré en cas de décès accidentel<sup>281</sup>, et il peut dépendre de la composition de la famille du salarié et, le cas échéant, des options de prévoyance qu'il a retenues<sup>282</sup>.

<sup>280</sup> CTIP, les accords de branche en prévoyance, édition 2024.

<sup>281</sup> Par exemple, l'accord du 29 août 2023 applicable dans le commerce de détail alimentaire spécialisé stipule pour les non cadres (article 13.1.1) et pour les cadres (article 13.1.2) n'ayant pas souscrit à l'option « rente éducation et rente handicap », une majoration de 50 % du capital versé « en cas de décès accidentel du salarié », le caractère accidentel étant défini comme consécutif à « un événement extérieur, soudain et involontaire entraînant le décès du salarié dans les 12 mois suivant l'accident » (hors intervention chirurgicale).

<sup>282</sup> Par exemple, l'accord 9 juillet 2015 modifié applicable dans l'industrie pharmaceutique stipule (article 14) que le salarié peut opter entre le versement d'un capital en cas de décès (170 % du salaire brut pour un célibataire sans personne à charge ; 220 % du salaire brut pour un salarié marié sans personne à charge ; 310 %

[68] La couverture de la garantie décès est obligatoire pour les cadres (voir annexe 2). Ceux-ci bénéficient :

- en moyenne, de garanties s'élevant à environ 250 % du salaire brut annuel (avec de fortes variations entre conventions collectives) ;
- ces variations s'accompagnent de fortes variations du salaire médian des cadres, ce qui peut amplifier les écarts.

[69] On retrouve le même constat pour les non-cadres, pour lesquels le capital moyen s'élève à 170 % du salaire brut. D'après le CTIP, les couvertures varient de 360 % du salaire brut dans la coiffure<sup>283</sup> à 60 % pour le commerce de gros.

[70] Les travaux du CTIP mettent en évidence :

- des modulations de prise en charge en fonction de la situation de famille du salarié dans 53 % des régimes de prévoyance complémentaires. Cela a un impact sur les sommes garanties, qui s'élèvent en moyenne à 267 % du salaire brut lorsque ce type de modulation est mis en œuvre contre 174 % lorsqu'il ne l'est pas ;
- des modulations, habituelles dans les conventions collectives selon le CTIP, en fonction des circonstances du décès : majoration en cas de décès accidentel du salarié, en cas d'accident du travail, ou encore garantie dite « double effet » en cas de décès simultané du salarié et de son conjoint<sup>284</sup>.

### 4.3 Les rentes éducation sont largement diffusées

[71] Les rentes éducation sont une variante de la garantie décès dans la mesure où la prestation due en cas de décès est versée sous forme d'une rente au bénéfice des enfants du salarié décédé plutôt que sous forme de capital. Par ailleurs, le capital constitutif de la rente éducation et le capital versé en cas de décès ne sont pas nécessairement égaux, d'où la nécessité pour l'organisme assureur de bien connaître la composition du foyer du salarié concerné ainsi que, le cas échéant, les options auxquelles il a souscrit.

---

du salaire brut pour un salarié ayant une personne à charge auquel s'ajoute 90 % du salaire brut par personne à charge supplémentaire), le versement d'un capital en cas de décès (170 % du salaire brut dans tous les cas) et d'une rente d'éducation au bénéfice de ses enfants ou le versement d'un capital en cas de décès (170 % du salaire brut dans tous les cas) et d'une rente de conjoint.

<sup>283</sup> Et parfois plus dans l'industrie pharmaceutique, en particulier lorsque le salarié a plusieurs enfants à charge.

<sup>284</sup> Par exemple, l'article 13.4 de l'accord du 29 août 2023 applicable dans le commerce de détail alimentaire spécialisé stipule que « la prestation « double effet » est égale à 100 % du capital versé au décès du salarié, à l'exclusion de la majoration éventuelle pour décès accidentel. La prestation est répartie par parts égales entre les enfants à charge du conjoint, du partenaire lié par un Pacs ou du concubin qui étaient initialement à la charge du salarié au jour de son décès ».

[72] Le CTIP relève que 33 accords de branche (sur les 41 étudiés) comportent de telles garanties, dont :

- huit couvrent l'ensemble du personnel ;
- 17 traitent des situations des cadres et non-cadres dans des parties distinctes de l'accord, conduisant à des prestations différentes pour ces deux populations dans quatre accords ;
- sept régimes non-cadres ;
- un régime cadres.

[73] Les niveaux de prestations varient entre 4 % et 20 % du salaire brut du salarié décédé, étant entendu que « *la grande majorité des « Rentes éducation » prévoient une prestation croissante par tranche d'âge* ».

## 1.1 Les rentes de conjoint sont plus rarement diffusées que les rentes éducation

[74] À l'instar des rentes éducation, les rentes de conjoint, existant dans 15 conventions collectives étudiées sur 41, sont une variante de la garantie décès. Celle-ci est versée au conjoint (ou au partenaire de PACS) :

- pendant une durée limitée, le plus souvent jusqu'à la liquidation de la pension ou jusqu'à l'âge d'ouverture des droits à réversion, ces conditions se cumulant parfois avec une durée maximale préfixe ;
- plus rarement (quatre accords), de manière viagère.

## 1.2 L'incapacité de travail est très largement diffusée et garantit entre 60 et 99 % du salaire brut

[75] La garantie incapacité de travail est très largement diffusée : 38 accords sur les 41 de l'échantillon du CTIP le proposent. La prestations moyenne garantie est de 78 % du salaire brut.

[76] L'étude relève que « *les branches qui ont institué des niveaux élevés de prestations ne sont pas forcément celles dont les salaires médians sont les plus hauts* » et que, « *réciroquement, les branches dont les salaires médians sont les plus importants recourent à des niveaux de garanties en moyenne moins élevés* ».

[77] Par ailleurs, des franchises<sup>285</sup> peuvent être prévues, qui peuvent avoir une durée très variable, de très courtes (trois jours) à très longues (180 jours, soit bien au-delà de la période légale de maintien de salaire par l'employeur).

---

<sup>285</sup> Franchises dites « continues », c'est-à-dire que l'arrêt de travail est constitué de jours consécutifs ; franchises dites « discontinues », c'est-à-dire tenant compte des arrêts pris sur l'année précédente ; franchises fixes, c'est-à-dire intervenant sans considération pour d'autres types d'indemnisation ; franchises relatives, ou alors en relais, c'est-à-dire intervenant à l'expiration du maintien de salaire par l'employeur.

[78] Le tableau ci-dessous décrit le niveau de couverture en fonction du type d'accord collectif :

Tableau 12 : Degré de couverture en prévoyance par les 41 plus grands accords de branche

Taux de couverture par la garantie incapacité de travail	Répartition en fonction des accords				
	Ensemble du personnel	Cadres/non cadres		Cadres seuls	Non cadres seuls
		Garanties identique	Garanties différentes		
90-99 %			1		
80-89 %	3	4	5		2
70-79 %	5	1	5	1	5
60-69 %	1	1	1		3

Source : CTIP, les accords de branche en prévoyance, édition 2024.

#### 4.4 L'invalidité lourde est toujours couverte par les accords de branche

[79] En moyenne, les garanties d'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie (permettant de cumuler une prestation d'invalidité et une activité professionnelle – voir *supra*) garantissent un revenu complémentaire de 53 % du revenu brut de référence. Cette garantie, existant dans 34 accords sur les 41 accords étudiés par le CTIP, est relativement peu dispersée. On retiendra que les accords cadres/non-cadres sont les plus généreux de ce point de vue, d'autant plus que cadres (62 % du revenu brut) et non-cadres (63 % du revenu brut) bénéficient de prestations différentes. Inversement, les accords non-cadres seuls (47 % du revenu brut) et surtout cadres seuls (39 % du revenu brut) apparaissent moins favorables aux salariés.

[80] S'agissant de l'invalidité de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> catégorie, tous les accords étudiés comportent des garanties portant, en moyenne, sur 74 % du revenu brut. Les accords cadres/non-cadres présentant des garanties identiques offrent les garanties les plus généreuses (80 % du revenu brut), les accords cadres/non-cadres présentant des garanties contrastées entre leur volet cadres (79 % du revenu brut) et non-cadres (69 % du revenu brut), moins favorable que les accords couvrant l'ensemble du personnel (69 %). Les accords spécifiques aux catégories cadres et non-cadres sont également moins favorables aux salariés.

# ANNEXE 6 : La protection sociale complémentaire des agents publics

<b>ANNEXE 6 :</b>	<b>LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS .....</b>	<b>131</b>
<b>1</b>	<b>LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DANS LE SECTEUR PUBLIC ADAPTE LE MODELE DU SECTEUR PRIVE .....</b>	<b>133</b>
1.1	LES FONCTIONNAIRES RELEVANT DE REGIMES SPECIAUX DANS UN GRAND NOMBRE DE BRANCHES .....	133
1.2	LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE A ETE TRAITEE PAR LA VOIE D'ACCORDS PLUTOT QUE PAR LA VOIE STATUTAIRE .....	136
1.3	LA VOIE D'ACCORDS PERMET D'INCLURE FACILEMENT LES PERSONNELS CONTRACTUELS .....	136
<b>2</b>	<b>LE CADRE FISCAL ET SOCIAL RESSEMBLE A CELUI APPLICABLE AU SECTEUR PRIVE SANS TOUTEFOIS ETRE IDENTIQUE .....</b>	<b>137</b>
2.1	L'EXEMPTION CONCERNE LE REGIME ADDITIONNEL POUR LES FONCTIONNAIRES ET LES COTISATIONS SOCIALES POUR LES CONTRACTUELS .....	137
2.2	LES REGLES CONCERNANT LE FORFAIT SOCIAL SONT IDENTIQUES POUR LES CONTRACTUELS PUBLICS ET LE SECTEUR PRIVE .....	138
2.3	LES AGENTS PUBLICS SONT DANS LA MEME SITUATION QUE LES SALARIES DU SECTEUR PRIVE S'AGISSANT DE L'IMPOSITION SUR LE REVENU .....	139
2.4	LES REGLES D'ASSUJETTISSEMENT A LA TSA NE DEPENDENT PAS DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVE DUQUEL RELEVE L'EMPLOYEUR .....	139
<b>3</b>	<b>AUCUN ACCORD N'A ETE CONCLU DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE QUI NE PEUT S'APPUYER QUE SUR UN DISPOSITIF DE SOINS GRATUITS PEU ADAPTE .....</b>	<b>139</b>
<b>4</b>	<b>LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE A NEGOCIE UN ACCORD COLLECTIF EN PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE.....</b>	<b>140</b>
4.1	LES EMPLOYEURS TERRITORIAUX DOIVENT OCTROYER, EN CAS DE MISE EN PLACE D'UN CONTRAT, UNE PARTICIPATION MINIMALE A LEURS AGENTS, QUI DOIVENT BENEFICIER DE GARANTIES « SOCLE » FIXEES PAR DECRET .....	140
4.2	L'ACCORD DU 11 JUILLET 2023, QUI APPROFONDIT LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS TERRITORIAUX, FAIT L'OBJET D'UN PROCESSUS DE TRANSPOSITION LEGISLATIVE .....	142
<b>5</b>	<b>LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT DEPLOIE SON DISPOSITIF OBLIGATOIRE EN COMPLEMENTAIRE SANTE ET A MIS EN PLACE UN ACCORD COLLECTIF FACULTATIF EN PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE .....</b>	<b>143</b>
5.1	EN COMPLEMENTAIRE SANTE, L'ACCORD INTERMINISTERIEL SE DEPLOIE PROGRESSIVEMENT DANS CHAQUE MINISTERE .....	143
5.1.1	<i>Les administrations de l'État et leurs établissements publics non hospitaliers sont tenus de couvrir leurs agents en complémentaire santé .....</i>	<i>144</i>
5.1.2	<i>La couverture bénéficie obligatoirement aux agents publics en activité et optionnellement aux retraités et ayants droit.....</i>	<i>144</i>
5.1.3	<i>Les contrats retenus doivent être responsables et solidaires .....</i>	<i>145</i>
5.1.4	<i>le taux de prise en charge par l'employeur public dépend de la rémunération de l'agent et peut être inférieure à 50 % .....</i>	<i>145</i>
5.1.5	<i>Les cotisations dues par les agents publics retraités sont encadrées de manière viagère.....</i>	<i>147</i>
5.1.6	<i>Les cotisations des ayants droit dépendent de leur lien avec l'agent public .....</i>	<i>147</i>
5.1.7	<i>Le déploiement devrait être complet mi 2026.....</i>	<i>148</i>
5.2	L'ACCORD INTERMINISTERIEL RELATIF A LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DOIT ENCORE ETRE DEPLOYE EN PRATIQUE DANS LES MINISTERES.....	149

5.2.1	<i>La prévoyance complémentaire comprendra un complément de rémunération pour les arrêts maladie les plus longs</i> .....	150
5.2.2	<i>Le complément de rémunération apporté aux fonctionnaires invalides est en principe de 10 % de leur rémunération brute</i> .....	151
5.2.3	<i>Les prestations complémentaires des contractuels dépendent du niveau de prise en charge par le régime général</i> .....	152
5.2.4	<i>La prévoyance complémentaire doit conduire à un doublement des sommes versées en cas de décès</i> .....	152
5.2.5	<i>Les partenaires sociaux des ministères financiers ont choisi de mettre en place un contrat de prévoyance complémentaire obligatoire</i> .....	152

<b>6</b>	<b>LA MISE EN PLACE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE DEVRAIT COUTER ENVIRON 2 MDS € PAR AN POUR L'ENSEMBLE DE LA FONCTION PUBLIQUE</b> .....	<b>153</b>
----------	--	------------

[1] La protection sociale complémentaire est rendue complexe, dans le secteur public, par la coexistence de régimes très différents entre contractuels de droit public, rattachés pour l'essentiel aux mêmes règles et régimes que le secteur privé<sup>286</sup>, et fonctionnaires relevant de règles spécifiques et de régimes spéciaux.

[2] Ainsi, plutôt qu'une approche purement statutaire, la puissance publique a préféré se reposer sur des accords par versants et, pour le versant État, par grands départements ministériels, afin de couvrir les agents publics en complémentaire santé et en prévoyance complémentaire (1). Elle a également adapté au secteur public le cadre social et fiscal applicable à la protection sociale complémentaire (2).

[3] Les trois versants de la fonction publique connaissent des situations très différentes :

- dans la fonction publique hospitalière (FPH), aucun accord, ni en complémentaire santé, ni en prévoyance complémentaire, n'est actuellement déployé (3) ;
- dans la fonction publique territoriale (FPT), un accord a été signé le 11 juillet 2023, en complément du dispositif prévu dans le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 (4) ;
- dans la fonction publique de l'État (FPE), la complémentaire santé est en voie de généralisation alors que la couverture en prévoyance complémentaire commence à s'installer dans certains ministères (5).

[4] Au total, l'impact financier de la mise en place de protection sociale complémentaire dans le secteur public aurait un coût de l'ordre de 2 Md€ annuels pour l'ensemble des employeurs publics (6).

## 1 La protection sociale complémentaire dans le secteur public adapte le modèle du secteur privé

[5] La protection sociale des fonctionnaires est particulière car elle relève assez largement du cadre statutaire dans lequel leur activité s'inscrit.

### 1.1 Les fonctionnaires relèvent de régimes spéciaux dans un grand nombre de branches

[6] Les fonctionnaires<sup>287</sup> sont affiliés au régime général pour les branches famille et autonomie. En maladie, les fonctionnaires civils des trois versants sont affiliés au régime général pour les seuls frais de soins<sup>288</sup> (prestations en nature). Ils relèvent de régimes spéciaux pour les prestations en

---

<sup>286</sup> Cette annexe ne traite pas des contractuels de droit privé – par exemple, certains agents des agences régionales de santé (CSP, art. L. 1432-9) – qui doivent également bénéficier de la protection sociale complémentaire souscrite par leur employeur, et qui apportent un élément de complexité supplémentaire.

<sup>287</sup> Le cas des agents fonctionnaires à temps non complet inférieur à 80 %, affiliés au régime général, sera assimilé à celui des agents contractuels.

<sup>288</sup> Si les militaires sont affiliés à une caisse spécifique (la caisse nationale militaire de sécurité sociale – CNMSS), les prestations en nature de l'assurance maladie maternité sont celles définies par le régime général.

espèce de la branche maladie et pour la branche vieillesse. Les fonctionnaires sont également affiliés à un régime spécial concernant les accidents de service et maladies professionnelles.

[7] Le tableau ci-dessous présente les régimes d'affiliation en fonction du versant auquel appartient le fonctionnaire :

Tableau 13 : Régimes, par branche, dont dépendent les fonctionnaires des trois versants

Branche <sup>289</sup>	Prestations sociales	FPE	FPT et FPH
Maladie – maternité - invalidité - - décès	Frais de soins	Régime général	Régime général
	Prestations en espèces (invalidité)	État	Employeur
	Prestations en espèces (hors invalidité)	État	Employeur
Accident de service et maladies professionnelles	Prestations en nature	État	Employeur
	Prestations en espèces (invalidité)	État	ATIACL (pour l'ATI) CNRACL (pour la retraite pour invalidité)
	Prestations en espèces (hors invalidité)	État	Employeur
Famille		Régime général	Régime général
Vieillesse et veuvage	Base et complémentaire	État	CNRACL
	Supplémentaire	RAFP	RAFP
Autonomie		Régime général	Régime général

Source : Mission.

<sup>289</sup> Selon la classification de l'article 200-2 du code de la sécurité sociale.

[8] On constate ainsi que les fonctionnaires relèvent, pour les branches intéressant la protection sociale complémentaire :

- du régime général pour la définition des frais de soins de l'assurance maladie et maternité et accidents (lorsqu'ils ne sont pas imputables au service) ;
- de régimes spéciaux :
  - pour les prestations en espèces dans tous les cas. Ces prestations vont particulièrement concerner les garanties de prévoyance complémentaire s'agissant de l'incapacité de travail et de l'invalidité ;
  - pour les frais de soins pour les accidents de service et maladies professionnelles.

[9] Les agents contractuels<sup>290</sup> du secteur public « *bénéficient de règles de protection sociale semblables à celles des fonctionnaires, sauf en ce qui concerne les régimes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse* ». La protection sociale complémentaire s'inscrit donc dans un référentiel radicalement différent (sauf pour la prise en charge des arrêts de travail, qui ont un régime mixte – voir encadré *infra*), puisque les régimes de base fonctionnent de manière différente en dehors des frais de soins de l'assurance maladie pour lesquelles le fonctionnement est identique.

#### **La prise en charge des arrêts de travail des contractuels de droit public**

Les prestations en espèces, qu'il s'agisse de la branche maladie comme de la branche AT/MP, sont des indemnités différentielles versées par la CPAM d'affiliation du contractuel public<sup>291</sup>, sous déduction « du traitement maintenu par l'administration ».

Il bénéficie :

- de congés de maladie, d'une durée maximale de 12 mois, et pour lequel le maintien de rémunération est de 90 % du traitement brut les trois premiers mois<sup>292</sup> et 50 % pour les neuf mois suivants dans la FPE. Dans la FPT<sup>293</sup> et la FPH<sup>294</sup>, la durée de prise en charge est plus faible et dépend de l'ancienneté ;
- de congés de grave maladie, d'une durée maximale de trois ans, et pour lequel le maintien de rémunération est de 100 % du traitement brut la première année et 60 % pour les deux années suivantes dans la FPE<sup>295</sup>, et de 50 % dans la FPT<sup>296</sup> et la FPH<sup>297</sup>.

Source : *Mission*

<sup>290</sup> CGFP, art. L. 829-1.

<sup>291</sup> Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, art. 2 pour la FPE ; Décret n°88-145 du 15 février 1988, art. 12 pour la FPT ; Décret n° 91-155 du 6 février 1991, art. 2 pour la FPH.

<sup>292</sup> Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, art. 12.

<sup>293</sup> Décret n°88-145 du 15 février 1988, art. 7.

<sup>294</sup> Décret n° 91-155 du 6 février 1991, art. 10.

<sup>295</sup> Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, art. 13.

<sup>296</sup> Décret n°88-145 du 15 février 1988, art. 8.

<sup>297</sup> Décret n° 91-155 du 6 février 1991, art. 11.

## 1.2 La protection sociale complémentaire a été traitée par la voie d'accords plutôt que par la voie statutaire

[10] Le cadre du dialogue social dans la fonction publique, fortement réformé<sup>298</sup> en 2021, donne la possibilité aux administrations employeurs et aux organisations syndicales de conclure des accords collectifs, selon un schéma proche de celui applicable dans le secteur privé. Ils peuvent être conclus au niveau national, au niveau local ou à l'échelon de proximité<sup>299</sup>. La protection sociale complémentaire fait partie des éléments sur lesquels peut porter cette négociation<sup>300</sup>.

[11] Étant donnée la particularité de la couverture maladie des fonctionnaires décrite *supra* (pour l'essentiel, régime internalisé par l'employeur pour les prestations maladie et AT/MP<sup>301</sup>, à l'exception des frais de soins en maladie, rattachés au régime général), les garanties de protection sociale complémentaire pouvaient être traitées de deux manières :

- en les incluant dans les éléments statutaires des fonctionnaires (dans la logique de l'internalisation du risque maladie et AT/MP par l'employeur), l'amélioration des prises en charge étant par conséquent directement assumée par l'employeur public ;
- en les externalisant par la voie de la négociation collective, dans sa transposition au secteur public de ce que seraient des accords de branche dans le secteur privé. Plus complexe mais aussi plus proche du terrain, cette approche présente également l'avantage pour les employeurs publics d'un moindre coût, au moins en temps court, puisque celui-ci est partiellement supporté par les fonctionnaires.

## 1.3 La voie d'accords permet d'inclure facilement les personnels contractuels

[12] La solution de la négociation collective permet en outre de traiter simultanément la situation des agents fonctionnaires et celle des agents contractuels. En effet, contrairement aux fonctionnaires, les agents contractuels relèvent du régime général pour l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.

[13] Pour cette population, la voie de la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire s'insère dans un cadre proche de celui du secteur privé.

[14] Un même accord peut comporter, sous conditions<sup>302</sup>, des mesures réglementaires modifiant par exemple les garanties statutaires dans divers domaines, dont la protection sociale complémentaire ou, par exemple, la durée du temps de travail ou à l'égalité professionnelle entre femmes et hommes.

---

<sup>298</sup> Ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021. Des accords collectifs peuvent désormais comprendre des mesures réglementaires.

<sup>299</sup> Cf. Articles L221-1 et suivants du code général de la fonction publique.

<sup>300</sup> CGFP, art. L. 222-3, 13°.

<sup>301</sup> La notion d'accident du travail est remplacée, dans la fonction publique, par celle d'accident de service. Pour plus de simplicité de lecture, la mission utilisera le terme AT/MP pour se référer aux accidents de service et maladies professionnelles touchant les fonctionnaires.

<sup>302</sup> CGFP, art. L. 222-1.

## 2 Le cadre fiscal et social ressemble à celui applicable au secteur privé sans toutefois être identique

[15] Le cadre fiscal et social est dans l'ensemble similaire à celui applicable au secteur privé, avec quelques adaptations pour les fonctionnaires :

- s'agissant des cotisations sociales (2.1) ;
- en matière d'assujettissement au forfait social (2.2) ;

[16] Le cadre fiscal et social est identique à celui du secteur privé :

- en matière d'assujettissement à l'impôt sur le revenu (2.3) ;
- en matière d'assujettissement à la TSA (2.4).

### 2.1 L'exemption concerne le régime additionnel pour les fonctionnaires et les cotisations sociales pour les contractuels

[17] Comme indiqué *supra*, les régimes obligatoires de sécurité sociale des fonctionnaires d'une part et d'autre part des contractuels de droit public sont très différentes. Ainsi, s'agissant de la contribution employeur, elle s'assimile dans les deux cas à une prime, avec des conséquences différentes :

- s'agissant des fonctionnaires, l'assiette des cotisations sociales dues par l'employeur est évaluée hors primes<sup>303</sup>. Par conséquent, l'augmentation du montant des primes est sans impact sur l'assiette de cotisations sociales. Il n'est donc point besoin de texte pour exempter les contributions employeur de cotisations sociales. Toutefois, l'assiette du régime additionnel de la fonction publique (RAFP) est constituée des primes n'ouvrant pas droit à pension<sup>304</sup>, c'est-à-dire des primes<sup>305</sup> non soumises à cotisations sociales. Pour la cotisation au RAFP, la part employeur de la cotisation de protection sociale complémentaire, lorsque l'adhésion est obligatoire, est explicitement exclue de l'assiette<sup>306</sup> ;
- s'agissant des contractuels, la contribution de l'employeur est exemptée de cotisations sociales<sup>307</sup> lorsqu'elle est obligatoire.

---

<sup>303</sup> CSS, art. D. 712-38. La seule exception concerne les ouvriers de l'Etat dont le régime spécial prévoit que les cotisations dues au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues.

Un décret prévoira l'exclusion de cette assiette de la participation financière de l'employeur au bénéfice des ouvriers de l'Etat.

<sup>304</sup> Pour une description des primes ouvrant droit à pension dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, voire le rapport IGA n° 23107R, IGAS n° 2023-104R et IGF n° 2023-M-104-02 sur la situation financière de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, mai 2024.

<sup>305</sup> Article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003.

<sup>306</sup> Article 33 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023.

<sup>307</sup> CSS, art. L. 242-1, II., 4° bis.

## 2.2 Les règles concernant le forfait social sont identiques pour les contractuels publics et le secteur privé

[18] Les employeurs publics sont soumis au paiement du forfait social pour la contribution employeur pour les seuls contractuels. En effet, le forfait social concerne les salariés relevant du régime général ou du régime agricole. Par conséquent, les employeurs publics :

- ne sont pas soumis au forfait social pour leurs agents titulaires, qui relèvent de régimes spéciaux ;
- sont soumis au forfait social pour leurs agents contractuels, qui sont affiliés au régime général.

[19] Les employeurs publics, comme les employeurs privés, ne sont pas assujettis au forfait social lorsqu'ils emploient moins de 11 agents<sup>308</sup>.

[20] Le tableau ci-dessous résume les règles d'assujettissement au forfait social :

Tableau 14 : Taux de forfait social applicable à la contribution employeur

Forfait social	Fonctionnaires	Contractuels de droit public	Secteur privé
Employeur de moins de 11 agents	-	-	-
Employeur de 11 agents ou plus	-	8 %	8 %

Source : DGAFP et mission.

[21] L'étude d'impact<sup>309</sup> réalisée dans le cadre du PLFSS pour 2022 avait estimé le montant des cotisations qui auraient été dues en l'absence de mesure d'exemption, dès lors que tous les agents relevant des trois versants seraient entièrement couverts (ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, voir. *infra*), à environ 230 M€. Cette estimation se décompose en 177 M€ pour le régime général (contractuels et emplois à temps non complet dans la fonction publique territoriale) et 21 M€ pour le RAFP. Le solde concerne les régimes complémentaires IRCANTEC et AGIRC-ARRCO.

<sup>308</sup> CSS, art. L. 137-15.

<sup>309</sup> Annexe 9 au PLFSS 2022, Fiches d'évaluation préalable des articles, du projet de loi, pages 70 et suivantes.

## 2.3 Les agents publics sont dans la même situation que les salariés du secteur privé s'agissant de l'imposition sur le revenu

[22] Les agents publics sont placés dans une situation identique à ceux du secteur privé (voir annexe 1) en ce qui concerne l'imposition sur le revenu des personnes physiques (IRPP). Ainsi, s'agissant des cotisations versées dans le cadre d'un contrat de protection sociale complémentaire obligatoire<sup>310</sup> :

- la part agent de la cotisation maladie complémentaire est exonérée, dans la limite d'un plafond, d'IRPP. En revanche, pour les fonctionnaires de l'État, les cotisations au fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités<sup>311</sup> et des prestations de prévention<sup>312</sup> sont, faute de dispositions spécifiques, assujetties à l'IRPP ;
- la part agent comme la part employeur s'agissant des contrats de prévoyance complémentaire<sup>313</sup>.

[23] Lorsque les contrats sont à adhésion facultative, les parts agent et le cas échéant employeur sont incluses dans le revenu imposable.

## 2.4 Les règles d'assujettissement à la TSA ne dépendent pas du secteur public ou privé duquel relève l'employeur

[24] La TSA concernant les contrats et les organismes d'assurance, la nature juridique du preneur d'assurance est sans impact. La législation imposant la souscription, le cas échéant, de contrats solidaires et responsables (voir *infra*), le taux de TSA est fixé à 13,27 %.

## 3 Aucun accord n'a été conclu dans la fonction publique hospitalière qui ne peut s'appuyer que sur un dispositif de soins gratuits peu adapté

[25] Aucun accord n'a été signé dans le versant hospitalier de la fonction publique, qu'il s'agisse de complémentaire santé ou de prévoyance.

[26] S'agissant de complémentaire santé, la fonction publique hospitalière présente une caractéristique la distinguant des deux autres versants : les fonctionnaires hospitaliers bénéficient de la gratuité<sup>314</sup> :

---

<sup>310</sup> CGI, art. 83, 1<sup>o</sup> quater.

<sup>311</sup> Une cotisation de 2 % des cotisations des bénéficiaires vient alimenter ce fonds (article 71.5 de l'accord interministériel du 20 janvier 2022).

<sup>312</sup> Une cotisation additionnelle de 0,5 % des cotisations des bénéficiaires est prélevée dans ce but (article 8 de l'accord interministériel du 20 janvier 2022).

<sup>313</sup> CGI, art. 83, 1<sup>o</sup> quater.

<sup>314</sup> CGFP, art. L. 722-1.

- des soins médicaux dispensés dans leur établissement<sup>315</sup> ;
- des produits pharmaceutiques délivrés par la pharmacie de leur établissement et prescrits par un médecin de ce même établissement.

[27] La mission IGAS-IGF sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière<sup>316</sup> relevait que « *l'ensemble des responsables d'établissements soulignent le caractère peu adapté du dispositif de soins gratuits aux besoins des agents puisqu'il ne permet pas de couvrir leur famille ni l'ensemble de leurs besoins de santé (prothèses dentaires et optique notamment)* ».

[28] Or, l'articulation d'une couverture mixte comportant dispositif de soins gratuits pour les agents hospitaliers et pour certains soins d'une part et d'autre part complémentaire santé pour les autres soins et les ayants droits s'articule mal avec les contrats solidaires et responsables, dont le périmètre socle est sensiblement plus vaste.

[29] Au demeurant, aux difficultés classiques dans la fonction publique liées à la dualité des statuts de fonctionnaire et de contractuel vient s'ajouter, dans la fonction publique hospitalière, une troisième catégorie : les praticiens hospitaliers.

## 4 La fonction publique territoriale a négocié un accord collectif en prévoyance complémentaire

[30] Un socle légal (code général de la fonction publique) et réglementaire (décret n° 2022-581) a établi un cadre de garanties socle pour les complémentaires santé et prévoyance des agents publics, ainsi que pour la contribution de l'employeur public à leur financement (**Voir Partie 4.1**).

[31] La négociation collective au niveau national a permis la conclusion d'un accord en 2023 améliorant la prise en charge des agents territoriaux. Cet accord fait l'objet, pour certaines de ses stipulations, d'un processus de transposition législative (**Voir Partie 4.2**).

### 4.1 Les employeurs territoriaux doivent octroyer, en cas de mise en place d'un contrat, une participation minimale à leurs agents, qui doivent bénéficier de garanties « socle » fixées par décret

[32] Le code général de la fonction publique distingue, pour le versant territorial, les garanties de protection sociale :

- en complémentaire santé<sup>317</sup>, pour laquelle la « *participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de ces garanties ne peut être inférieure à la*

---

<sup>315</sup> Il s'agit là d'une différence notable avec les praticiens hospitaliers, qui bénéficient des mêmes avantages dans l'ensemble des établissements publics de santé (CSP, art. L. 6152-2). Ils ne bénéficient toutefois pas de la prise en charge du forfait hospitalier.

<sup>316</sup> La protection sociale complémentaire des agents publics – rapport spécifique à la fonction publique hospitalière, rapport IGAS n° 2019-009R1 et IGF n° 2019-M-038-03, juillet 2019.

<sup>317</sup> CGFP, art. L. 827-10.

moitié d'un montant de référence » fixé à 30 € mensuels par agent<sup>318</sup>, soit 15 €. Selon un rapport d'information du Sénat<sup>319</sup> récent, « la direction générale des collectivités locales (DGCL) précise que « les collectivités qui participent d'ores et déjà au financement de ces garanties versent en règle générale un montant supérieur » à celui-ci, à hauteur d'un peu plus de 23 euros par mois et par agent en 2019, pour un coût total de près de 128,5 millions d'euros » ;

- en prévoyance<sup>320</sup> pour laquelle la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de ces garanties « ne peut être inférieure à 20 % d'un montant de référence » égal à 35 € mensuel par agent<sup>321</sup>. Les collectivités territoriales doivent donc au moins participer à hauteur de 7 € mensuels au financement de la garantie complémentaire de leurs agents

[33] Le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 précise le contenu minimal des prestations minimales de la couverture complémentaire :

- en santé, le décret<sup>322</sup> se contente de rappeler que la complémentaire santé des agents territoriaux doit être solidaire et responsable ;
- en incapacité de travail :
  - pour les fonctionnaires<sup>323</sup>, maintien d'une rémunération équivalente à 90 % du traitement indiciaire et indemnitaire nets à compter du passage à demi traitement, pour tous les types de congés maladie (voir encadré *infra*) ;
  - pour les contractuels<sup>324</sup>, « 90 % du traitement indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets » pour tous les types de congés maladie ;
- en invalidité :
  - pour les fonctionnaires<sup>325</sup>, « une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % de leur traitement net de référence » sous réserve d'avoir été mis en retraite pour invalidité mais de ne pas avoir atteint l'âge de liquidation des droits à pension ;
  - pour les contractuels<sup>326</sup>, « une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement net de référence » pour les invalidités de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie ;
- le texte ne prévoit pas de socle de garanties en décès.

[34] Le socle de garantie décrit ci-dessus est sensiblement différent de celui retenu dans le versant État de la fonction publique.

---

<sup>318</sup> Décret n° 2022-581, art. 6.

<sup>319</sup> Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français, rapport d'information n° 770, 24 septembre 2024.

<sup>320</sup> CGFP, art. L. 827-11.

<sup>321</sup> Décret n° 2022-581, art. 2.

<sup>322</sup> Décret n° 2022-581, art. 5 renvoyant par erreur à CGFP, art. L. 827-11 au lieu de CGFP, art. L. 827-1.

<sup>323</sup> Décret n° 2022-581, art. 3.

<sup>324</sup> Décret n° 2022-581, art. 4.

<sup>325</sup> Décret n° 2022-581, art. 3.

<sup>326</sup> Décret n° 2022-581, art. 4.

## 4.2 L'accord du 11 juillet 2023, qui approfondit la protection sociale complémentaire des agents territoriaux, fait l'objet d'un processus de transposition législative

[35] En complément de ce texte, les employeurs territoriaux (Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité ; Association des maires ruraux de France ; Association des petites villes de France ; Départements de France ; Fédération nationale des centres de gestion ; France urbaine ; Intercommunalités de France ; Villes de France) et l'ensemble des organisations syndicales représentatives au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale ont signé un accord le 11 juillet 2023 portant sur la protection sociale complémentaire.

[36] Cet accord prévoit, entre autres éléments :

- le caractère obligatoire de l'adhésion au contrat<sup>327</sup>. Pour mémoire, s'il est possible d'imposer, en application d'un accord valide<sup>328</sup> aux agents publics l'adhésion à une complémentaire santé<sup>329</sup>, tel n'est pas le cas en matière de prévoyance : la couverture obligatoire ne peut être imposée aux agents en prévoyance que si l'accord comporte également des garanties complémentaires santé ;
- des stipulations plus favorables aux agents publics en matière de participation de l'employeur public. Ainsi, si le décret n° 2022-581 prévoit une participation, en prévoyance, minimale de 7 € mensuels (voir *supra*), l'accord porte cette participation<sup>330</sup> à 50 % de la cotisation « *sur la base des garanties minimales* ».

---

<sup>327</sup> Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023, article 1.1.2.

<sup>328</sup> Au sens de l'article L. 223-1 du code général de la fonction publique, c'est-à-dire signé par « *une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ayant recueilli, à la date de la signature de l'accord, au moins 50 % des suffrages exprimés en faveur des organisations habilitées à négocier lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau auquel l'accord est négocié* ».

<sup>329</sup> CGFP, art. L. 827-2.

<sup>330</sup> Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023, article 1.1.3.

[37] Le déploiement de l'accord nécessiterait de nombreuses mesures d'accompagnement, de nature diverses (allant de mesures du niveau réglementaire<sup>331</sup> au niveau européen<sup>332</sup> en passant par le niveau législatif<sup>333</sup>, voire autre<sup>334</sup>). L'accord demande en outre<sup>335</sup>, au titre des aménagements de nature législative :

- que soit aligné sur le secteur privé le plafond d'exemption dont bénéficient les employeurs publics ;
- que soit aligné sur le secteur privé le traitement fiscal pour l'imposition des agents ;
- et que cet alignement concerne, contrairement au secteur privé, également les contrats collectifs à adhésion facultative.

[38] Une proposition de loi a été introduite au Sénat<sup>336</sup> afin de transposer dans la loi les principales stipulations de l'accord. La question du degré de mutualisation entre collectivités territoriales n'est pas évoquée dans ce texte, en particulier la possibilité pour des collectivités de grande taille de souscrire un contrat différent des autres collectivités et donc de se « démutualiser ».

## 5 La fonction publique d'Etat déploie son dispositif obligatoire en complémentaire santé et a mis en place un accord collectif facultatif en prévoyance complémentaire

### 5.1 En complémentaire santé, l'accord interministériel se déploie progressivement dans chaque ministère

[39] L'accord interministériel du 26 janvier 2022, signé par toutes les organisations syndicales représentées au Conseil supérieur de la fonction publique de l'État, a été transposé dans le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

---

<sup>331</sup> Par exemple, une « obligation réglementaire de transmissions des comptes de résultats des contrats complémentaires de prévoyance et de frais de santé de l'année n-1 avant le 30 juin de l'année n pour les contrats complémentaires de frais de santé et avant le 31 août de l'année n pour les contrats complémentaires de prévoyance », de niveau réglementaire, telle que prévue par l'article 2.4 de l'accord, ou encore les règles de provisionnement spécifiques demandées à l'article 2.5 de l'accord.

<sup>332</sup> La question de la conformité de l'encadrement des évolutions de cotisations, demandée dans l'accord, à 10 % en complémentaire santé et à 15 % en prévoyance pourrait se heurter, selon sa transcription légale ou réglementaire, aux dispositions de l'article 21.1 de la directive dite solvabilité II : « les États membres ne peuvent maintenir ni introduire des obligations de notification ou d'approbation préalables des majorations de tarifs proposées qu'en tant qu'élément d'un système général de contrôle des prix ».

<sup>333</sup> Par exemple, l'interdiction des questionnaires médicaux en prévoyance.

<sup>334</sup> Par exemple, le contrôle périodique par l'ACPR « du respect des critères de solidarité » (article 2.7).

<sup>335</sup> Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023, article 2.11.3.

<sup>336</sup> Texte n° 300 (2024-2025) de Mme Isabelle Florennes, déposé au Sénat le 3 février 2025.

[40] Ce décret précise :

- les employeurs publics concernés (5.1.1) ;
- les personnes couvertes (5.1.2), que ce soit à titre obligatoire (agents publics) ou facultatif (retraités et ayants droit) ;
- la couverture minimale (5.1.3) ;
- les cotisations dues par les agents en activité (5.1.4), en retraite (5.1.5) et ayants droit (5.1.6).

[41] La mise en place du dispositif s'effectue de manière progressive (5.1.7), par département ministériel, et devrait être achevée dans le premier semestre de 2026. La mutualisation s'effectue donc au niveau du département ministériel et non au niveau, sensiblement plus large, de l'État.

### 5.1.1 Les administrations de l'État et leurs établissements publics non hospitaliers sont tenus de couvrir leurs agents en complémentaire santé

[42] L'obligation de couverture complémentaire santé au bénéfice de leurs agents concerne l'ensemble de l'État<sup>337</sup> et de ses « satellites » :

- administrations de l'État (centrales comme déconcentrées) ;
- autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes<sup>338</sup> ;
- établissements publics de l'État, à l'exception des structures employant normalement des fonctionnaires hospitaliers, principalement les établissements publics de santé.

### 5.1.2 La couverture bénéficie obligatoirement aux agents publics en activité et optionnellement aux retraités et ayants droit

[43] Sous réserve des dispenses d'affiliation, l'ensemble des agents publics en activité<sup>339</sup>, indépendamment de son statut, âge ou ancienneté, doit obligatoirement être couvert par l'employeur. D'autres publics peuvent adhérer de manière facultative au contrat de leur administration d'origine<sup>340</sup> :

- les agents publics retraités et leurs ayants droit ;
- les bénéficiaires ayants droit (conjoint, partenaire de PACS, concubin, enfants ou petits-enfants sous certaines conditions d'âge ou de handicap).

---

<sup>337</sup> Décret n° 2022-633, art. 1<sup>er</sup>.

<sup>338</sup> Autorités administratives indépendances dotées de la personnalité juridique, comme par exemple la Haute autorité de santé (CSP, art. L. 161-37).

<sup>339</sup> Décret n° 2022-633, art. 2.

<sup>340</sup> Décret n° 2022-633, art. 4 et art. 5.

### 5.1.3 Les contrats retenus doivent être responsables et solidaires

[44] Les contrats doivent couvrir les garanties<sup>341</sup> :

- prévues par arrêté ;
- et être « *au moins celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale* ».

[45] L'arrêté<sup>342</sup> reprend les principaux éléments du contrat solidaire et responsable. S'agissant des composantes que les contrats solidaires et responsables permettent de couvrir ou non, l'arrêté précise qu'elles font partie du panier de soins devant obligatoirement être pris en charge :

- à 100 % pour les médicaments à service médical rendu faible ;
- à 100 % pour les cures thermales ;
- dans la limite annuelle de 70 €, pour la pharmacie prescrite non remboursée par la sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse).

[46] Le panier de soins est donc plus large que le seul socle du contrat solidaire et responsable. Il calque les pratiques constatées dans les complémentaires santé des salariés du privé en incluant également, dans la limite de deux séances par an et de 40€ par séance des « médecines douces<sup>343</sup> » dont l'apport médical n'est pas toujours établi<sup>344</sup>, et dont la liste est la suivante : « Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue ».

[47] S'agissant des dépassements d'honoraires, l'arrêté prévoit leur prise en charge à hauteur de 50 % de la base de remboursement dans le dispositif OPTAM contre 30 % hors dispositif OPTAM.

[48] Ce niveau de prise en charge est relativement faible par rapport aux pratiques en matière de contrats collectifs obligatoires<sup>345</sup>.

### 5.1.4 le taux de prise en charge par l'employeur public dépend de la rémunération de l'agent et peut être inférieure à 50 %

[49] Les cotisations dues par les agents publics en activité ne doivent pas dépendre de l'état de santé<sup>346</sup> de l'agent public, ni de son âge.

---

<sup>341</sup> Décret n° 2022-633, art. 10.

<sup>342</sup> Arrêté du 30 mai 2022 (JORF du 1<sup>er</sup> juin 2022) et annexe définissant le panier de soins.

<sup>343</sup> Selon les termes de l'Arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

<sup>344</sup> Ni même l'innocuité selon le rapport du 5 mars 2013 de l'Académie de médecine Thérapies complémentaires – acuponcture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins.

<sup>345</sup> Voir DREES, fiche 27, la complémentaire santé, édition 2024.

<sup>346</sup> Décret n° 2022-633, art. 13.

### La cotisation d'équilibre des contrats complémentaires santé de la FPE

La cotisation d'équilibre<sup>347</sup> est un montant mensuel correspondant à la somme :

- de la cotisation de référence, c'est-à-dire du coût mensuel des garanties « socle » du contrat (les éventuelles options sont exclues du calcul) pour les agents publics en activité (à l'exception donc des retraités et ayants droit) couverts ;
- du coût mensuel des garanties de solidarité permettant le financement :
  - des garanties des retraités et en particulier leur plafonnement ;
  - des garanties « gratuites » pour certains enfants de moins de 21 ans ;
  - au maintien de garantie<sup>348</sup>, pendant jusqu'à 12 mois, des agents publics – ainsi que, le cas échéant, leurs ayants droit – cessant leur activité « à la condition d'être inscrits comme demandeur d'emploi et d'être indemnisés à ce titre par leur régime d'assurance chômage ».

Source : Mission

[50] La cotisation due par l'agent public en activité est décomposée en trois parties<sup>349</sup> :

- une part payée par l'employeur public, correspondant à 50 % de la cotisation d'équilibre (voir encadré *supra*) ;
- une part forfaitaire, exprimée en pourcentage de la cotisation d'équilibre, identique pour l'ensemble des contrats de la fonction publique d'État et assimilés. Elle est fixée à 20 % pour les agents publics en activité<sup>350</sup>,
- une part dite « individuelle solidaire », dépendant de la rémunération mensuelle brute de l'agent (dans la limite d'un plafond de la sécurité sociale).

[51] La part individuelle solidaire est renvoyée aux accords ministériels. Toutefois, les accords reprennent le plus souvent l'architecture suivante<sup>351</sup> :

- une part forfaitaire, égale à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part proportionnelle à la rémunération brute<sup>352</sup> de l'agent concerné. Le facteur de proportionnalité, commun à l'ensemble des agents, est égal à 30 % de la cotisation d'équilibre multipliée par le nombre d'agents et divisée par l'assiette totale des rémunérations, de manière à assurer la proportionnalité de cette part avec la rémunération brute d'une part et d'autre part qu'au total, à l'échelle ministérielle, 30 % de la cotisation d'équilibre sera ainsi financée.

<sup>347</sup> Décret n° 2022-633, art. 14.

<sup>348</sup> Décret n° 2022-633, art. 26.

<sup>349</sup> Décret n° 2022-633, art. 15.

<sup>350</sup> Arrêté du 30 mai 2022 (JORF du 1<sup>er</sup> juin 2022).

<sup>351</sup> Par exemple, accord du 8 avril 2024 applicable dans les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et des sports (JORF du 30 avril 2024) ; accord du 21 juin 2024 applicable dans les ministères financiers (JORF du 4 juillet 2024) ; accord du 14 juin 2024 applicable dans les ministères sociaux (JORF du 9 juillet 2024) ; accord applicable dans le ministère de l'agriculture (JORF du 11 juillet 2024).

<sup>352</sup> La rémunération est définie comme la « rémunération mensuelle brute assujettie à CSG et CRDS » et non au seul traitement indiciaire brut.

[52] Par ailleurs, la cotisation due par les agents placés dans certaines positions d'activité particulières<sup>353</sup> est limitée à 50 % de la cotisation d'équilibre<sup>354</sup>.

### 5.1.5 Les cotisations dues par les agents publics retraités sont encadrées de manière viagère

[53] S'agissant des cotisations dues par les retraités, elles peuvent dépendre de l'âge<sup>355</sup> et « sont fixées, pour chaque contrat collectif, de manière à financer le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties couvertes par ce contrat ».

[54] Toutefois, ces cotisations sont encadrées<sup>356</sup> à compter de la cessation définitive d'activité<sup>357</sup> :

- 100 % de la cotisation d'équilibre la première année ;
- 125 % de la cotisation d'équilibre la deuxième année ;
- 150 % de la cotisation d'équilibre les trois années suivantes ;
- 175 % de la cotisation d'équilibre au-delà.

[55] En outre, elles ne peuvent plus évoluer après l'âge de 75 ans.

[56] Ces dispositions sont plus favorables aux pensionnés du secteur public que les dispositions d'application de la loi Évin, qui prévoient un encadrement de l'évolution des cotisations pendant trois ans<sup>358</sup> (et non de manière viagère) à compter de la liquidation de la retraite.

### 5.1.6 Les cotisations des ayants droit dépendent de leur lien avec l'agent public

[57] S'agissant des cotisations dues par les ayants droit<sup>359</sup> « sont fixées, pour chaque contrat collectif, de manière à financer le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties » prévues au contrat, tout en étant plafonnées à 110 % de la cotisation d'équilibre<sup>360</sup>.

[58] Lorsque les ayants droit sont les enfants (ou petits-enfants) de l'agent public en activité (ou retraité, les cotisations pouvant alors varier avec l'âge<sup>361</sup>), la cotisation<sup>362</sup> :

---

<sup>353</sup> Congé parental ; disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ; congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ; congé de formation professionnelle (décret n° 2022-633, art. 16).

<sup>354</sup> Décret n° 2022-633, art. 16 et arrêté du 30 mai 2022 (JORF du 1<sup>er</sup> juin 2022).

<sup>355</sup> Décret n° 2022-633, art. 17.

<sup>356</sup> Décret n° 2022-633, art. 22.

<sup>357</sup> Arrêté du 30 mai 2022 (JORF du 1<sup>er</sup> juin 2022).

<sup>358</sup> Décret n° 90-769 du 30 août 1990, art. 1<sup>er</sup>.

<sup>359</sup> Décret n° 2022-633, art. 18.

<sup>360</sup> Arrêté du 30 mai 2022 (JORF du 1<sup>er</sup> juin 2022).

<sup>361</sup> Décret n° 2022-633, art. 19.

<sup>362</sup> Décret n° 2022-633, art. 20.

- vaut 50 % de la cotisation d'équilibre pour les ayants droit de moins de 21 ans<sup>363</sup>. En outre, le montant des cotisations dues au titre des ayants droit de moins de 21 ans est plafonné<sup>364</sup> « à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants », conduisant à la gratuité pour le 3<sup>ème</sup> enfant et au-delà ;
- ne peuvent dépasser la cotisation d'équilibre pour les ayants droits de 21 ans ou plus.

### 5.1.7 Le déploiement devrait être complet mi 2026

[59] Dans le cadre national posé, chaque ministère a son propre accord et choisit son organisme complémentaire, qui tarifiera le contrat en fonction des données de chaque « groupe » ministériel, et notamment les données d'âge. Les tarifs proposés ont ainsi varié selon chacun (entre 69 et 74€ mensuels pour les marchés en vigueur au moment de la rédaction de ce rapport). Le tableau ci-dessous décrit l'avancement du déploiement de la couverture complémentaire santé dans les différents ministères :

Tableau 15 : Avancement du déploiement de la couverture complémentaire santé

Ministère / administration	Date de signature de l'accord	Date de démarrage du marché	Statut du marché	Attributaire du marché
Services Premier ministre	03/01/2024	01/01/2025	En cours	ALAN
Ministère de l'agriculture	22/05/2024	01/01/2025	En cours	GROUPAMA ; CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES ; AGRICA
Ministère des armées	05/10/2023	01/01/2025	En cours	KLÉSIA MUTUELLE ; HARMONIE MUTUELLE ; AGPM VIE ; UNEO ; GMF
Ministère de l'écologie et du logement	20/10/2023	01/01/2025	En cours	ALAN
Caisse des dépôts et des consignations	30/04/2024	01/01/2025	En cours	CNP ; MUTUELLE GÉNÉRALE
Conseil d'État	03/04/2024	01/05/2025	En cours	MGEN
Ministères financiers	21/06/2024	01/01/2026	Attribué	ALAN
Ministère de la justice	25/06/2024	01/10/2025	Attribué	INTÉRIALE ; AXA
Ministère de la culture	19/04/2024	01/10/2025	Attribué	MGEN

<sup>363</sup> Arrêté du 30 mai 2022 (JORF du 1<sup>er</sup> juin 2022).

<sup>364</sup> Décret n° 2022-633, art. 25.

Ministères des affaires sociales, de la santé et du travail	14/06/2023	01/01/2026	Attribué	MGEN ; MGAS ; MNH ; RELYENS
Ministère de l'éducation nationale	08/04/2024	20/04/2026	Attribué	CNP ; MGEN
Ministère de l'intérieur	16/05/2024	01/01/2026	Publié	-
Ministère des affaires étrangères et européennes	29/08/2024	01/01/2026	Publié	-
DGAC	27/02/2024	01/01/2026	Publié	-
Cour des comptes	-	01/01/2026	-	-

Source : DGAFP.

[60] Selon le rapport d'information du Sénat de septembre 2024, « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français », « La DGAFP estime le coût du nouveau système à environ un milliard d'euros quand l'ensemble des contrats seront mis en place ». Les montants actuellement versés (dispositif transitoire<sup>365</sup>) pour la contribution de 15€ lorsque l'agent a souscrit une complémentaire santé individuelle ne sont pas précisés.

## 5.2 L'accord interministériel relatif à la prévoyance complémentaire doit encore être déployé en pratique dans les ministères

[61] L'accord interministériel du 20 octobre 2023, signé par toutes les organisations syndicales (à l'exception de FGF-FO) représentées au Conseil supérieur de la fonction publique de l'État, vise à renforcer la prise en charge des agents publics, indépendamment de leur statut, dans trois domaines :

- l'incapacité de travail (5.2.1) ;
- l'invalidité des agents fonctionnaires (5.2.2) comme contractuels (5.2.3) ;
- le décès (5.2.4).

[62] Cet accord, qui prévoit, outre une amélioration de la couverture statutaire prise en charge par l'employeur, une couverture facultative<sup>366</sup> (ce qui signifie que les agents ne bénéficient pas de la fiscalité des couvertures obligatoires), a été décliné au niveau réglementaire par le décret

<sup>365</sup> Applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, cf. [décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'Etat.](#)

<sup>366</sup> Article 17.1 de l'accord du 20 octobre 2023.

n° 2024-678 du 4 juillet 2024, et n'est à cette date pas déployée opérationnellement dans tous les différents départements ministériels.

[63] Par exception, l'accord relatif à la protection sociale complémentaire applicable aux ministères financiers comporte un volet de prévoyance complémentaire obligatoire (5.2.5).

### 5.2.1 La prévoyance complémentaire comprendra un complément de rémunération pour les arrêts maladie les plus longs

[64] L'agent en congé de longue maladie (pour les titulaires – voir encadré *infra*) ou en congé de grave maladie (pour les contractuels de droit public) pourra percevoir une indemnité différentielle lui permettant, en incluant les sommes versées par l'employeur (pour les titulaires) ou les organismes de sécurité sociale (pour les contractuels), de percevoir<sup>367</sup> :

- 100 % de sa rémunération la première année ;
- 80 % de sa rémunération la deuxième et la troisième année.

[65] La rémunération s'entend comme le traitement et les « *primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie* ».

#### Le régime des congés maladie dans la fonction publique

Le régime des congés maladie est spécifique à la fonction publique et diffère sensiblement de celui des salariés du secteur privé. Il comporte quatre types de congés :

- en congé maladie ordinaire (CMO), d'une durée maximale d'un an, le fonctionnaire bénéficie du plein traitement pendant 3 mois puis d'un demi-traitement pendant 9 mois<sup>368</sup> ;
- en congé de longue maladie (CLM), d'une durée maximale<sup>369</sup> de 3 ans, attribué en cas de maladie<sup>370</sup> qui « *rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée* », il bénéficie du plein traitement<sup>371</sup> pendant 1 an puis d'un demi-traitement pendant 2 ans ;
- en congé de longue durée (CLD), attribué pour certaines pathologies graves<sup>372</sup>, il bénéficie du plein traitement<sup>373</sup> pendant 3 ans puis d'un demi-traitement pendant 2 ans ;

<sup>367</sup> Décret n° 2024-678, art. 4.

<sup>368</sup> CGFP, art. L. 822-3.

<sup>369</sup> CGFP, art. L. 822-7.

<sup>370</sup> CGFP, art. L. 822-6.

<sup>371</sup> CGFP, art. L. 822-8.

<sup>372</sup> CGFP, art. L. 822-12 : tuberculose ; maladie mentale ; cancer ; poliomyélite ; déficit immunitaire grave acquis.

<sup>373</sup> CGFP, art. L. 822-15.

- lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service<sup>374</sup>, le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS). Le CITIS est accordé, le cas échéant après avis du conseil médical, jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite. Le fonctionnaire « *conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite*<sup>375</sup> ».

Source : *Extrait du rapport sur le recours contre tiers des organismes de sécurité sociale et des employeurs publics, IGAS n° 2024-058R et IGF n° 2024-M-039-02, janvier 2025. Les montants pris en charge par l'employeur public ont été réduits par la loi de finances pour 2025 : les trois premiers mois de CMO sont désormais pris en charge à 90 % du traitement.*

## 5.2.2 Le complément de rémunération apporté aux fonctionnaires invalides est en principe de 10 % de leur rémunération brute

[66] Du point de vue statutaire, l'invalidité est traitée différemment selon qu'elle a une cause professionnelle ou non :

- l'invalidité temporaire d'origine professionnelle est prise en charge par le CITIS (voir encadré *supra*), éventuellement complété de l'allocation temporaire d'invalidité, qui prévoit un maintien de la rémunération de l'agent. En cas d'incapacité permanente, l'agent est mis en retraite pour invalidité<sup>376</sup> ;
- l'invalidité temporaire d'origine non professionnelle est sensiblement moins bien prise en charge : à l'expiration des droits à congé maladie rémunéré, l'agent invalide est placé en disponibilité d'office pour raisons de santé pendant trois ans au plus, puis mis à la retraite anticipée pour invalidité. Les conditions de liquidation<sup>377</sup> de la retraite anticipée pour invalidité peuvent conduire au versement de pensions d'invalidité d'un montant très faible pour les fonctionnaires devenus invalides jeunes.

[67] Le contrat de prévoyance complémentaire doit prévoir<sup>378</sup>, pour les fonctionnaires radiés ou mis en disponibilité d'office en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle et jusqu'à leurs 62 ans<sup>379</sup>, une prestation d'un montant d'au moins 10 % de la rémunération brute (incluant le traitement indiciaire et les primes et indemnités maintenues), sans que toutefois le versement

---

<sup>374</sup> Les accidents et les maladies reconnues imputables au service sont définis aux articles L. 822-18 à L.822-20 du code général de la fonction publique (CGFP). En particulier, l'art. L. 822-19 définit l'accident de trajet : « *Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.* »

<sup>375</sup> Article L. 822-22 du CGFP.

<sup>376</sup> CPCR, art. L. 27.

<sup>377</sup> CPCR, art. L. 29 et L. 30.

<sup>378</sup> Décret n° 2024-678, art. 5.

<sup>379</sup> La question de la situation du fonctionnaire entre ses 62 et ses 64 ans, âge auquel il bascule du régime d'invalidité au régime de pension, demeure.

de cette prestation puisse conduire à ce que l'ensemble des prestations sociales dépasse 80 % de la rémunération brute.

### 5.2.3 Les prestations complémentaires des contractuels dépendent du niveau de prise en charge par le régime général

[68] S'agissant des contractuels de droit public, les prestations complémentaires, différentielles également, sont alignées sur celles du régime général et dépendent donc de la catégorie d'invalidité. Elles permettent d'obtenir, au total :

- 50 % de la rémunération brute en 1<sup>ère</sup> catégorie ;
- 80 % de la rémunération brute en 2<sup>ème</sup> catégorie ;
- 80 % de la rémunération brute en 3<sup>ème</sup> catégorie, auxquels s'ajoutent le cas échéant 40 % au titre de la majoration pour tierce personne.

### 5.2.4 La prévoyance complémentaire doit conduire à un doublement des sommes versées en cas de décès

[69] Le décret n° 2024-555 du 17 juin 2024 précise les droits statutaires des agents fonctionnaires et contractuels en cas de décès. En particulier, s'agissant de capital décès :

- pour les fonctionnaires<sup>380</sup>, le capital décès est égal à la rémunération annuelle brute<sup>381</sup>, sans pouvoir être inférieure à quatre fois le capital décès du régime général (soit, en 2025, un montant de 15 908 €). Il est triplé dans certains cas<sup>382</sup> (accident de service notamment) ;
- pour les contractuels, le capital décès est égal à la rémunération brute annuelle de l'agent. Il est triplé dans les mêmes conditions que pour les fonctionnaires.

[70] Le contrat de prévoyance complémentaire doit prévoir que, en cas de décès d'un agent public, ses ayants droit (ou les bénéficiaires qu'il aura désignés) bénéficient d'un capital décès égal au capital décès statutaire.

### 5.2.5 Les partenaires sociaux des ministères financiers ont choisi de mettre en place un contrat de prévoyance complémentaire obligatoire

[71] Les agents des ministères financiers sont couverts de manière obligatoire<sup>383</sup> – et non facultative – par le contrat signé par leurs ministères, qui comporte également un volet prévoyance (dont les garanties sont équivalentes à celles décrites *supra*). Cela les met dans une

---

<sup>380</sup> Décret n° 2024-555, art. 12.

<sup>381</sup> C'est-à-dire incluant le traitement indiciaire ; l'indemnité de résidence ; le supplément familial de traitement ; les primes et indemnités instituées par une disposition législative ou réglementaire (CGFP, art. L. 712-1).

<sup>382</sup> Décret n° 2024-555, art. 13.

<sup>383</sup> Décret n° 2025-466 du 27 mai 2025.

situation fiscale plus favorable que les autres fonctionnaires de l'État<sup>384</sup> et les prémunit en outre de toute sélection de la part de l'organisme assureur<sup>385</sup>.

[72] Les cotisations acquittées par les agents sont proportionnelles à leur rémunération, l'employeur versant une contribution forfaitaire de 7 € par mois.

## 6 La mise en place de la complémentaire santé devrait coûter environ 2 Mds € par an pour l'ensemble de la fonction publique

[73] Le coût annuel de la mise en place de la complémentaire santé a un impact sur les finances des employeurs publics :

- de l'ordre d'1 Md€ par an dans la FPE selon la DGAFP<sup>386</sup> « *quand l'ensemble des contrats seront mis en place* » ;
- entre 180 et 260 M€ annuels en pratique (avec un montant théorique s'élevant à 350 M€) dans la FPT selon la DGCL<sup>387</sup> ;
- de l'ordre de 460 M€ annuels selon la DGOS<sup>388</sup>.

---

<sup>384</sup> En application de l'article 83 du code général des impôts, la prime qu'ils payent, ainsi que la contribution de leur employeur, sont déductible du revenu imposable (car la couverture est collective et obligatoire) alors que ce ne sera pas le cas pour les fonctionnaires des autres ministères (car la couverture est collective et facultative).

<sup>385</sup> Les contrats souscrits, même à titre facultatif, par des personnes publiques doivent respecter les conditions des articles L. 862-4 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Or, ces conditions ne portent que sur les contrats complémentaires santé (et maintien de rémunération lorsqu'ils sont soumis à la TSA). Les garanties de prévoyance souscrites à titre facultatif, même collectives, peuvent donc être soumises à sélection médicale.

<sup>386</sup> Rapport d'information du Sénat n° 770, 24 septembre 2024, « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français ».

<sup>387</sup> Idem.

<sup>388</sup> Ibid.

# ANNEXE 7 : Analyse des données disponibles et simulations des conséquences d'un assujettissement

<b>ANNEXE 7 : ANALYSE DES DONNEES DISPONIBLES ET SIMULATIONS DES CONSEQUENCES D'UN ASSUJETTISSEMENT.....</b>	<b>154</b>
<b>1 DONNEES SUR LES CONTRIBUTIONS PATRONALES ISSUES DES DONNEES INDIVIDUELLES DISPONIBLES DANS LA DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE .....</b>	<b>156</b>
1.1 LES CONTRIBUTIONS PATRONALES ANNUELLES S'ÉLEVENT, EN MOYENNE, A 699 € EN COMPLEMENTAIRE SANTE ET 596 € EN PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE ET RETRAITE SUPPLEMENTAIRE POUR LES SALARIES EN BENEFICIAANT .....	157
1.2 LES CONTRIBUTIONS PATRONALES A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE VARIENT TRES SENSIBLEMENT SELON LE SECTEUR D'ACTIVITE .....	160
1.2.1 <i>La contribution patronale à la complémentaire santé varie du simple au double selon les secteurs économiques.....</i>	161
1.2.2 <i>Les disparités de contribution de l'employeur en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire sont majeures d'un secteur à un autre .....</i>	163
1.3 LA CONTRIBUTION PATRONALE EST CROISSANTE AVEC LE SALAIRE .....	167
1.4 2 % ENVIRON DES SALARIES SONT CONCERNES PAR L'ATTEINTE DES PLAFONDS D'EXEMPTION .....	170
<b>2 L'ASSUJETTISSEMENT AURAIT DES EFFETS SIGNIFICATIFS SUR LES COTISATIONS EMPLOYEUR ET SALARIE, CE DERNIER VOYANT TOUTEFOIS SES DROITS AUGMENTER.....</b>	<b>171</b>
2.1 LES COTISATIONS SOCIALES ONT UN IMPACT DEPENDANT FORTEMENT DU SALAIRE BRUT EN RAISON DES REDUCTIONS GENERALES DE COTISATIONS PATRONALES .....	173
2.1.1 <i>Les cotisations sociales sont relativement stables en fonction du revenu avant allègements généraux.....</i>	173
2.1.2 <i>Les allègements généraux ont un effet très significatif sur les rémunérations entre un et trois SMIC .....</i>	174
2.2 L'ASSUJETTISSEMENT ENTRAINDERAIT LE PAIEMENT DE COTISATIONS SOCIALES PAR L'EMPLOYEUR QUI NE SERAIT PLUS REDEVABLE DU FORFAIT SOCIAL.....	176
2.2.1 <i>Le forfait social ne serait plus dû .....</i>	176
2.2.2 <i>Jusqu'en 2025, les effets de seuil importants sont notamment dus aux bandeaux famille et maladie .....</i>	177
2.2.3 <i>L'annexe 9 du PLFSS pour 2025 prévoyait un dispositif applicable à partir de 2026 supprimant les effets de seuil liés aux bandeaux maladie et famille .....</i>	183
2.2.4 <i>Le Gouvernement a retenu une architecture légèrement différente de celle annoncée dans l'annexe 9 du PLFSS pour 2025 .....</i>	187
2.3 L'ASSUJETTISSEMENT CONDUIRAIT A DIMINUER LE REVENU DISPONIBLE DU SALAIRE MAIS AUGMENTERAIT SES DROITS CONTRIBUTIFS .....	189
2.3.1 <i>Le revenu disponible diminue en raison des cotisations salariales pour la retraite .....</i>	189
2.3.2 <i>Les prestations à logique contributive augmenteraient, mais de manière différenciée en fonction des prestations et des plages de revenu.....</i>	190
2.4 LES RESSOURCES DES BRANCHES A LOGIQUE NON CONTRIBUTIVE NE SONT PAS COMPENSEES PAR LE PRODUIT DU FORFAIT SOCIAL .....	196
2.4.1 <i>Le forfait social permet d'assurer des ressources au système de sécurité sociale .....</i>	197
2.4.2 <i>Le forfait social ne permet pas de compenser la perte de recettes liée à une exemption de cotisations sociales et sa logique d'affectation est discutable.....</i>	198

<b>3</b>	<b>SOUS L'HYPOTHESE DE COMPORTEMENTS INCHANGES, LES COTISATIONS THEORIQUES EQUIVALENTES SONT ESTIMEES A 6 MILLIARDS D'EUROS APRES PRISE EN COMPTE DES ALLEGEMENTS GENERAUX.....</b>	<b>199</b>
3.1	LA METHODOLOGIE RETENUE DANS LES DOCUMENTS REMIS AU PARLEMENT .....	200
3.1.1	<i>L'évaluation des contributions des employeurs pour déterminer l'assiette exemptée.....</i>	<i>200</i>
3.1.2	<i>La simulation des taux de cotisations aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, avant et après prise en compte des allègements généraux .....</i>	<i>202</i>
3.2	L'ESTIMATION EST PRESENTEE DANS LES ANNEXES AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE, APRES DEDUCTION DU MONTANT RECOUVRE AU TITRE DU FORFAIT SOCIAL QUI EST AFFECTE A LA CNAV .....	202
3.3	L'ANALYSE DES DONNEES SUR LE FORFAIT SOCIAL A 8 % FAIT APPARAITRE UNE ASSIETTE DE L'ORDRE DE 15 A 16 Md€ .....	203

[1] La présente annexe présente :

- des données sur les contributions employeur à la complémentaire santé et à la prévoyance et retraite supplémentaire, fournies par l'Urssaf Caisse nationale à partir des données individuelles (par salarié) des déclarations sociales nominatives, en réponse aux demandes de la mission ;
- les impacts à court terme pour l'employeur et le salarié (« échelle microéconomique ») d'un assujettissement aux cotisations sociales de 50€ ou 100€, impacts qui dépendent du niveau du salaire ;
- l'évaluation actuelle macroéconomique du « manque à gagner » pour les régimes de sécurité sociale résultant de l'exemption de cotisations sociales pour les contributions patronales.

## 1 Données sur les contributions patronales issues des données individuelles disponibles dans la déclaration sociale nominative

[2] Au sein des données individuelles de la DSN figure un bloc (bloc 54) dédié aux autres éléments de revenu brut. Ce bloc comprend deux rubriques intéressant la mission :

- « 92 - Cotisation frais de santé » : cette rubrique indique pour le salarié concerné la contribution patronale à la complémentaire santé ;
- « 93 - Cotisation prévoyance et retraite supplémentaire » : elle indique la contribution de l'employeur à la prévoyance complémentaire et à la retraite supplémentaire ; **faute de pouvoir isoler la prévoyance complémentaire**, elle constitue un majorant de cette contribution, sachant que la retraite supplémentaire représenterait une assiette exemptée d'environ 2,5 milliards d'euros selon les annexes aux lois de financement de la sécurité sociale. **Toutes les données présentées ci-dessous incluent la retraite supplémentaire avec la prévoyance complémentaire.**

[3] Les données qui suivent ont été fournies à la mission par l'Urssaf Caisse nationale sur le périmètre de recouvrement des Urssaf. Elles n'incluent notamment pas les entreprises du secteur agricole dont les cotisants relèvent de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Le périmètre correspond à environ 95 % des entreprises et les données sont le reflet des DSN déclarées par les cotisants, sans retraitement des anomalies éventuelles. Les données 2024 sont à dire d'expert plutôt complètes à fin juin 2025 mais peuvent faire l'objet de quelques rectifications déclaratives.

[4] Afin de pouvoir calculer des moyennes des contributions patronales par salarié, l'Urssaf CN a fourni un nombre de salariés rémunérés, correspondant à ceux rémunérés au moins une fois dans l'établissement et en tenant compte du nombre de mois travaillés. Cette notion de « salarié-établissement » a pour conséquence que le nombre de salariés-établissement ne correspond pas au nombre de salariés au sens usuel, puisqu'un salarié sur deux établissements sera par exemple compté deux fois.

## 1.1 Les contributions patronales annuelles s'élèvent, en moyenne, à 699 € en complémentaire santé et 596 € en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire pour les salariés en bénéficiant

[5] En 2024, le montant des contributions patronales à la complémentaire santé s'élève à 8,88 milliards pour le secteur privé (hors entreprises du secteur agricole), et celui relatif aux contributions de prévoyance et retraite supplémentaire s'élève à 9,16 milliards d'euros.

[6] Ces montants se répartissent comme suit par taille d'effectifs des entreprises.

Tableau 1 : Répartition des contributions patronales par tranches d'effectifs des entreprises (2024)

Tranche d'effectifs moyens annuels des entreprises	Contribution patronale frais de santé (en €)	Contribution patronale prévoyance et retraite supplémentaire (en €)	Total (en €)	Poids dans le total général des contributions	Poids des contributions totales dans masse salariale de la tranche
0 à 9	1 531 221 606	1 353 479 976	2 884 701 582	15,99 %	2,41 %
10 à 19	722 337 563	677 086 838	1 399 424 401	7,76 %	2,51 %
20 à 49	1 116 143 698	1 101 177 457	2 217 321 155	12,29 %	2,55 %
50 à 99	735 035 802	761 237 067	1 496 272 869	8,29 %	2,53 %
100 à 249	1 090 716 755	1 126 222 313	2 216 939 068	12,29 %	2,56 %
250 à 499	810 709 840	947 950 537	1 758 660 378	9,75 %	2,80 %
500 à 1999	1 415 234 096	1 506 653 000	2 921 887 096	16,20 %	2,67 %
2000 et plus	1 455 930 450	1 689 757 302	3 145 687 751	17,44 %	2,05 %
<b>Total général</b>	<b>8 877 329 811</b>	<b>9 163 564 489</b>	<b>18 040 894 300</b>	100,00 %	2,46 %

Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[7] Ainsi, les entreprises de moins de 10 salariés représentent 16 % du total des contributions patronales (complémentaire santé, prévoyance, retraite supplémentaire) et les contributions patronales à la PSC et retraite supplémentaire représentent 2,41 % de la masse salariale totale de ces entreprises.

[8] Les tableaux ci-dessous présentent les montants moyens par salarié des contributions patronales, d'une part pour la complémentaire santé, d'autre part pour la prévoyance et retraite supplémentaire. Ces montants moyens sont calculés en divisant les contributions patronales par le nombre moyen de salariés. Ce dernier est défini en dénombrant les salariés ayant bénéficié du dispositif au prorata de leur présence dans l'année dans le dispositif : un salarié ayant bénéficié

pendant 5 mois de la cotisation patronale à la complémentaire santé comptera par exemple pour 5/12.

Tableau 2 : Montant moyen de la contribution patronale à la complémentaire santé par tranche d'effectifs des entreprises

Tranche d'effectifs moyens annuels	Contribution patronale à la complémentaire santé (en €)	Nombre de salariés associé à une contribution patronale à la complémentaire santé en moyenne dans l'année	Montant moyen par salarié de la contribution patronale à la complémentaire santé
0 à 9	1 531 221 606	2 521 276	607
10 à 19	722 337 563	1 153 921	626
20 à 49	1 116 143 698	1 684 673	663
50 à 99	735 035 802	1 029 713	714
100 à 249	1 090 716 755	1 448 266	753
250 à 499	810 709 840	1 027 998	789
500 à 1999	1 415 234 096	1 728 662	819
2000 et plus	1 455 930 450	2 098 882	694
<b>Total général</b>	<b>8 877 329 811</b>	<b>12 693 393</b>	<b>699</b>

Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

Tableau 3 : Montant moyen de la contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire par tranche d'effectifs des entreprises

Tranche d'effectifs moyens annuels	Contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire (en €)	Nombre de salariés associé à une contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire en moyenne dans l'année	Montant moyen par salarié de la contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire
0 à 9	1 353 479 976	3 451 232	392
10 à 19	677 086 838	1 429 863	474
20 à 49	1 101 177 457	2 093 900	526
50 à 99	761 237 067	1 281 872	594
100 à 249	1 126 222 313	1 740 112	647
250 à 499	947 950 537	1 165 247	814
500 à 1999	1 506 653 000	1 885 153	799
2000 et plus	1 689 757 302	2 317 312	729
<b>Total général</b>	<b>9 163 564 489</b>	<b>15 364 691</b>	<b>596</b>

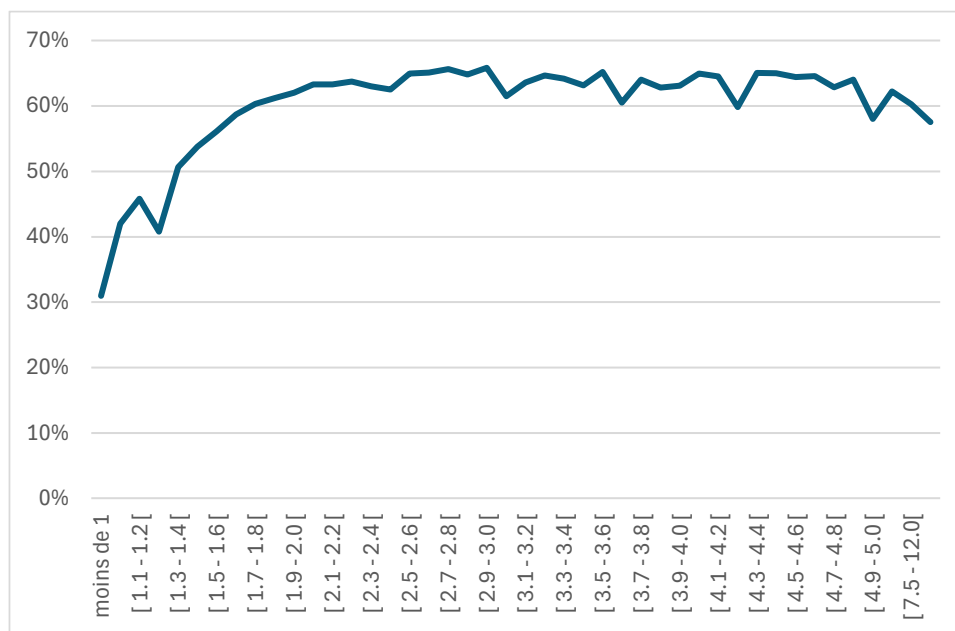
Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[9] On note que :

- le montant de la contribution patronale à la complémentaire santé est au minimum de 607€, soit environ 50€ par mois ; ce montant est croissant avec la taille de l'entreprise, à l'exception de la dernière tranche ce qui pourrait s'expliquer par les secteurs d'activité et la nature des emplois dans ces entreprises de plus de 2 000 salariés (grandes entreprises industrielles, transport, grande distribution, etc.) ; il en est de même pour la contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire qui croît avec la taille de l'entreprise sauf pour la dernière tranche ;
- le nombre de salariés associé à une contribution patronale à la complémentaire santé en moyenne dans l'année est systématiquement inférieur au nombre de salariés associé à une contribution au titre de la prévoyance ou retraite supplémentaire, alors même que cette dernière n'est pas légalement obligatoire contrairement à la première ; ceci pourrait s'expliquer par l'importance des dispenses en complémentaire santé (contrats courts et à temps partiel, bénéficiaires de la C2S, ainsi qu'en cas de couverture par ailleurs, par exemple la couverture d'entreprise du conjoint).

[10] Le graphique ci-dessous présente la proportion de salariés rémunérés<sup>389</sup> ayant reçu une contribution patronale à la complémentaire santé, par tranches de SMIC. Cette proportion avoisine 40 % au niveau du SMIC, puis 50 % à partir de 1,3 SMIC. Pour les autres tranches de salaires, elle ne dépasse jamais 65 %.

Graphique 4 : Proportion de salariés ayant reçu une contribution patronale à la complémentaire santé



Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

- jusqu'à la taille de 249 salariés, le montant moyen de la contribution patronale à la complémentaire santé est systématiquement supérieure au montant moyen consacré à la prévoyance et retraite supplémentaire. A partir de la taille de 250 salariés, les montants moyens sont très voisins. Ceci pourrait traduire la proportion plus importante de cadres et assimilés dans ces entreprises.

## 1.2 Les contributions patronales à la protection sociale complémentaire varient très sensiblement selon le secteur d'activité

[11] Les données ci-dessous répartissent les contributions patronales à la PSC par secteur d'activité selon la nomenclature des activités économiques (NACE 38). En raison du périmètre des cotisants au régime général, les données de l'Urssaf Caisse nationale pour certains secteurs ne sont pas représentatives car très partielles (administrations publiques, secteur agricole) même si elles figurent dans les tableaux ci-dessous.

<sup>389</sup> Rapport entre le nombre de salariés associé à une contribution patronale à la complémentaire santé au moins une fois dans l'année et le nombre de salariés ayant eu une rémunération non nulle au moins une fois dans l'année.

[12] Les tableaux sont présentés par montants moyens par salarié décroissants, pour identifier aisément les secteurs d'activité ayant les montants moyens les plus élevés/ les plus faibles.

### 1.2.1 La contribution patronale à la complémentaire santé varie du simple au double selon les secteurs économiques

[13] Le tableau ci-dessous décrit les contributions des employeurs en complémentaire santé en fonction du secteur d'activité :

Tableau 4 : Montant individuel moyen de la contribution patronale à la complémentaire santé en fonction du secteur (2024)

Secteur d'activité	Contribution patronale à la complémentaire santé (en €)	Nombre de salariés associé à une contribution patronale à la complémentaire santé en moyenne dans l'année	Montant moyen par salarié de la contribution patronale à la complémentaire santé
KZ Activités financières et d'assurance	635 401 567	559 327	1 136
CD Cokéfaction et raffinage	7 256 007	6 708	1082
UZ Activités extra-territoriales	3 205 050	2 984	1074
CE Industrie chimique	124 415 045	117 241	1061
BZ Industries extractives	16 356 929	15 662	1044
CI Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques	116 585 493	113 069	1031
OZ Administration publique	57 563 021	57 829	995
MB Recherche et développement	94 444 031	95 925	985
CF Industrie pharmaceutique	55 919 298	57 984	964
JA Edition et audiovisuel	158 940 029	170 802	931
CK Fabrication de machines et équipements n.c.a.	130 244 930	140 270	929
LZ Activités immobilières	167 245 453	182 290	917
CJ Fabrication d'équipements électriques	83 704 422	92 951	901
CH Métallurgie et fabrication de produits métalliques	244 384 243	281 470	868

RAPPORT IGAS N°2025-010R (ANNEXES)

MA Activités juridiques, de conseil et d'ingénierie	814 315 612	941 597	865
CL Fabrication de matériels de transport	196 276 727	228 234	860
CM Industrie du meuble et diverses ; réparation et installation de machines	191 518 513	223 217	858
JB Télécommunications	91 880 130	107 247	857
JC Activités informatiques	412 181 916	484 451	851
CG Industrie des plastiques et autres produits non minéraux	155 523 298	183 115	849
MC autres activités scientifiques et techniques	131 030 784	158 885	825
CC Bois et papier	92 395 986	113 730	812
EZ Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution	100 740 888	124 939	806
CB Habillement, textile et cuir	58 007 056	77 054	753
DZ Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	24 920 041	35 257	707
PZ Education	136 954 162	197 869	692
HZ Transports et entreposage	566 902 915	841 910	673
SZ autres activités de services	179 928 575	272 732	660
GZ Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	1 478 299 456	2 257 160	655
FZ Construction	819 901 886	1 288 821	636
CA Industries agro-alimentaires	254 607 982	410 798	620
RZ Arts, spectacles et activités récréatives	88 318 601	146 297	604
QA Activités pour la santé humaine	194 615 827	339 925	573
AZ Agriculture, sylviculture et pêche	5 807 352	11 201	518
QB Action sociale et hébergement médico-social	205 591 414	469 015	438
NZ Activités de services administratifs et de soutien	466 924 456	1 075 390	434
IZ Hébergement et restauration	314 156 609	800 036	393
ZZ Inconnu	864 104	10 001	86
<b>Total général</b>	<b>8 877 329 811</b>	<b>12 693 393</b>	<b>699</b>

Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[14] On constate ainsi des disparités majeures en fonction des secteurs d'activité : les secteurs de la finance, de la chimie (au sens large) et des industries extractives consacrent plus de 1 000 € par an par salarié à la prise en charge de la complémentaire santé, soit plus du double des sommes accordées par le secteur de l'hôtellerie / restauration ou du médico-social.

### 1.2.2 Les disparités de contribution de l'employeur en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire sont majeures d'un secteur à un autre

[15] Le tableau ci-dessous décrit les contributions des employeurs en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire en fonction du secteur d'activité :

Tableau 5 : Montant individuel moyen de la contribution patronale à la prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire en fonction du secteur d'activité

Secteur d'activité	Contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire (en €)	Nombre de salariés associé à une contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire en	Montant moyen par salarié de la contribution patronale à la prévoyance et retraite
KZ Activités financières et d'assurance	1 006 703 936	608 404	1 655
CD Cokéfaction et raffinage	11 103 245	7 049	1 575
CE Industrie chimique	140 475 822	120 073	1 170
JB Télécommunications	122 494 867	111 742	1 096
CM Industrie du meuble et diverses ; réparation et installation de machines	270 718 971	250 720	1 080
CJ Fabrication d'équipements électriques	101 564 108	99 659	1 019
DZ Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	44 600 752	44 914	993
BZ Industries extractives	16 266 453	16 442	989
CF Industrie pharmaceutique	57 972 939	59 555	973
UZ Activités extra-territoriales	1 740 543	1 801	966
MB Recherche et développement	91 566 516	100 234	914
CI Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques	107 662 533	119 175	903
CL Fabrication de matériels de transport	183 369 843	203 280	902

RAPPORT IGAS N°2025-010R (ANNEXES)

MA Activités juridiques, de conseil et d'ingénierie	937 533 775	1 058 061	886
JC Activités informatiques	412 156 942	516 057	799
CK Fabrication de machines et équipements n.c.a.	117 822 971	150 493	783
OZ Administration publique	48 492 590	63 932	759
CG Industrie des plastiques et autres produits non minéraux	145 172 587	196 403	739
EZ Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution	98 019 990	138 868	706
CH Métallurgie et fabrication de produits métalliques	207 698 224	308 251	674
MC autres activités scientifiques et techniques	122 325 886	183 465	667
LZ Activités immobilières	141 704 410	220 008	644
CC Bois et papier	76 713 286	122 125	628
JA Edition et audiovisuel	165 373 102	264 990	624
QA Activités pour la santé humaine	298 156 683	483 653	616
CB Habillement, textile et cuir	54 881 648	90 893	604
FZ Construction	722 829 480	1 289 599	561
HZ Transports et entreposage	516 799 519	939 930	550
GZ Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	1 405 192 913	2 668 259	527
CA Industries agro-alimentaires	238 500 248	492 839	484
QB Action sociale et hébergement médico-social	243 005 045	549 752	442
SZ autres activités de services	148 793 961	348 594	427
PZ Education	127 516 582	311 384	410
AZ Agriculture, sylviculture et pêche	4 305 625	11 576	372
NZ Activités de services administratifs et de soutien	484 176 440	1 679 051	288
RZ Arts, spectacles et activités récréatives	90 546 274	357 879	253
IZ Hébergement et restauration	198 397 650	1 159 448	171
ZZ Inconnu	1 208 130	16 134	75
<b>Total général</b>	<b>9 163 564 489</b>	<b>15 364 691</b>	<b>596</b>

Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[16] Là encore, on constate que certains secteurs (financier, chimie au sens large, industries extractives) consacrent plus de 1000 € par an et par salarié à la prévoyance complémentaire et à la retraite supplémentaire, quand d'autres secteurs, comme l'hôtellerie restauration accordent des sommes presque six fois inférieures.

[17] Enfin, le tableau ci-dessous confronte les rangs de classement des secteurs d'activité (établis sur le montant moyen des contributions patronales), pour la complémentaire santé et pour la prévoyance et retraite supplémentaire. Si des secteurs ont un rang proche (les activités financières et d'assurance conservent leur rang 1), d'autres secteurs ont des rangs quelque peu différents.

[18] On peut aussi confronter ces rangs au classement du salaire moyen par tête (SMPT). Si les classements sont cohérents, certains secteurs ont des rangs pour les contributions patronales à la PSC qui s'éloignent de leur rang pour le SMPT, en étant inférieurs (activités informatiques par exemple) ou supérieurs (édition et audiovisuel par exemple).

**Tableau 6 : Rang de classement des différents secteurs économiques en termes de contribution employeur en complémentaire santé et en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire**

Secteur d'activité	Rang de classement complément aire santé	Rang de classement prévoyance et retraite supplémentaire	SMPT 2023 yc prime	Rang de classement SMPT
AZ Agriculture, sylviculture et pêche	34	34	n.d.	
BZ Industries extractives	5	8	3 378	16
CA Industries agro-alimentaires	31	30	2 543	28
CB Habillement, textile et cuir	24	26	2 849	25
CC Bois et papier	22	23	2 949	23
CD Cokéfaction et raffinage	2	2	5 370	1
CE Industrie chimique	4	3	4 314	9
CF Industrie pharmaceutique	9	9	4 511	6
CG Industrie des plastiques et autres produits non minéraux	20	18	3 275	17
CH Métallurgie et fabrication de produits métalliques	14	20	3 134	19
CI Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques	6	12	4 396	8
CJ Fabrication d'équipements électriques	13	6	3 813	13
CK Fabrication de machines et équipements n.c.a.	11	16	3 635	14

RAPPORT IGAS N°2025-010R (ANNEXES)

CL Fabrication de matériels de transport	16	13	4 111	10
CM Industrie du meuble et diverses ; réparation et installation de machines	17	5	3 224	18
DZ Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	25	7	4 795	3
EZ Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution	23	19	3 034	21
FZ Construction	30	27	2 446	30
GZ Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	29	29	2 696	27
HZ Transports et entreposage	27	28	2 865	24
IZ Hébergement et restauration	37	37	2 009	35
JA Edition et audiovisuel	10	24	4 523	5
JB Télécommunications	18	4	4 078	12
JC Activités informatiques	19	15	4 482	7
KZ Activités financières et d'assurance	1	1	4 833	2
LZ Activités immobilières	12	22	2 989	22
MA Activités juridiques, de conseil et d'ingénierie	15	14	4 080	11
MB Recherche et développement	8	11	4 635	4
MC autres activités scientifiques et techniques	21	21	3 498	15
NZ Activités de services administratifs et de soutien	36	35	2 282	31
OZ Administration publique	7	17	3 123	20
PZ Education	26	33	2 245	32
QA Activités pour la santé humaine	33	25	2 813	26
QB Action sociale et hébergement médico-social	35	31	2 016	34
RZ Arts, spectacles et activités récréatives	32	36	2 542	29
SZ autres activités de services	28	32	2 068	33
UZ Activités extra-territoriales	3	10	n.d.	
ZZ Inconnu	38	38	n.d.	

Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025) et Stat'UR n°387, octobre 2024 pour le salaire moyen par tête (SMPT) y compris primes.

### 1.3 La contribution patronale est croissante avec le salaire

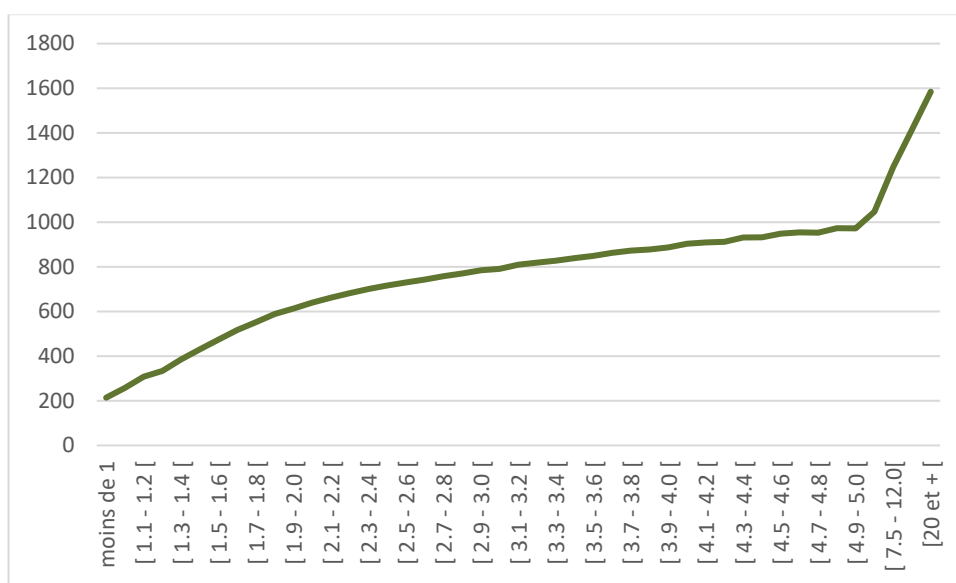
[19] L'Urssaf Caisse nationale a fourni à la mission :

- les contributions patronales, en complémentaire santé d'une part, en prévoyance et retraite supplémentaire d'autre part, distribuées selon la tranche de salaire du salarié, les tranches étant défini en fonction du SMIC ;
- la répartition générale de la masse salariale selon les mêmes tranches de SMIC ainsi que les effectifs salariés de chaque tranche en équivalent temps plein.

[20] Ces données permettent de calculer des montants moyens de contributions patronales par tranche de salaires, le montant moyen étant défini comme la contribution patronale de la tranche divisé par le nombre de salariés de la tranche (indépendamment du fait qu'ils aient, ou non, reçu une contribution patronale).

[21] Le premier graphique ci-dessous porte sur la contribution patronale à la complémentaire santé. Les montants moyens croissent avec les tranches de salaire : de 214€ pour la tranche de salaires inférieurs à 1 SMIC à 1 000 € et plus à partir de 5 SMIC.

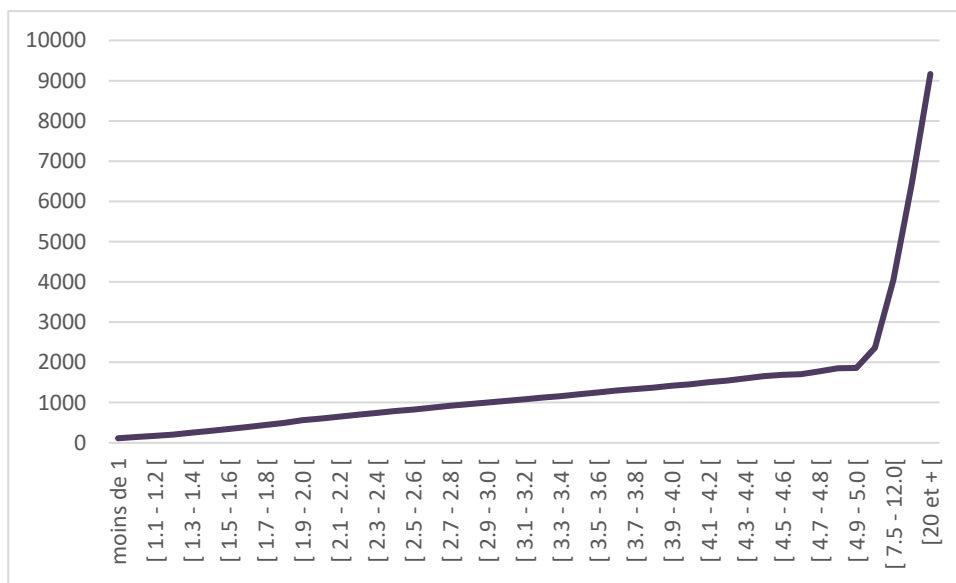
Graphique 5 : Montant individuel moyen de la contribution patronale à la complémentaire santé, par tranche de SMIC des salariés (2024)



Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[22] Il en est de même pour la contribution patronale à la prévoyance et retraite supplémentaire, qui croît nettement avec les tranches de salaires, la contribution patronale en prévoyance étant d'abord à destination des cadres. Il existe une pointe en fin de distribution qui s'explique peut-être par la prise en compte de la retraite supplémentaire dans les données (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 6 : Montant individuel moyen de la contribution patronale à la prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire, par tranche de SMIC des salariés (2024)



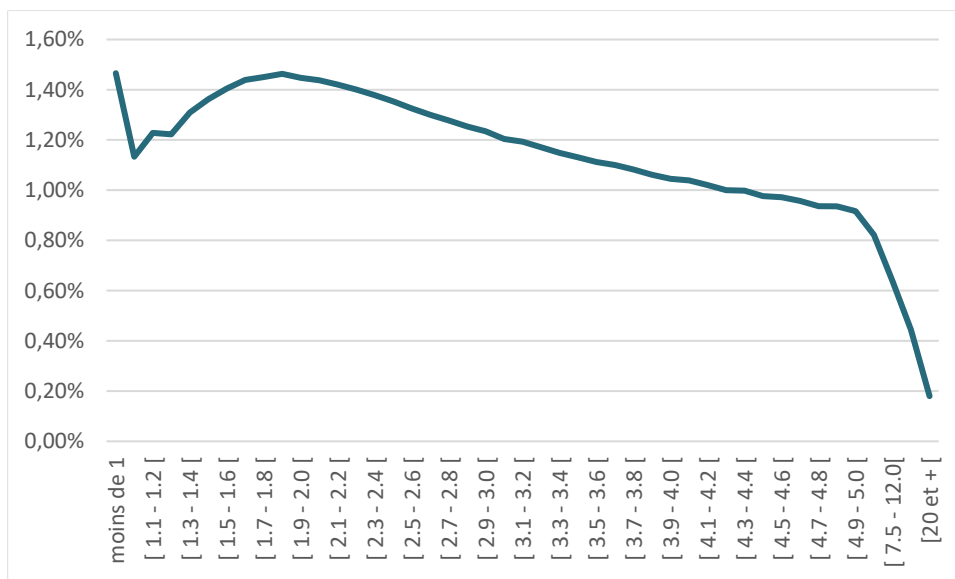
Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[23] Les données s'étagent de 112€ pour la tranche de salaires inférieurs à 1 SMIC à 2364€ pour la tranche de 5 à 7,5 SMIC, 4044€ pour la tranche 7,5 à 12 SMIC, 6441€ pour la tranche de 12 à 20 SMIC et 9169 pour 20 SMIC et plus.

[24] Enfin, les graphiques ci-après présentent le montant moyen (tous salariés, indépendamment du versement d'une contribution patronale) des contributions patronales, en complémentaire santé puis pour la prévoyance et retraite supplémentaire, à la rémunération moyenne dans chaque tranche de salaires.

[25] En complémentaire santé, à l'exception de la tranche moins de 1 SMIC dont l'interprétation est délicate, ce poids croît jusqu'à la tranche 1,8- 1,9 SMIC, puis décroît avec une forte chute après 5 SMIC.

Graphique 7 : Poids de la contribution patronale moyenne en complémentaire santé dans la rémunération moyenne de la tranche de salaires (2024)

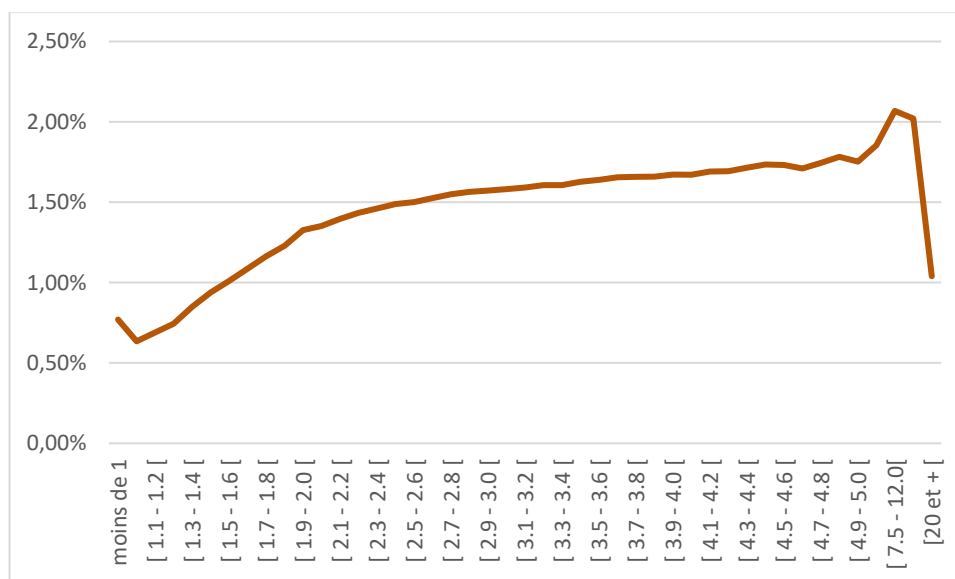


Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

[26] En prévoyance et retraite supplémentaire, le cœur du graphique avoisine le pourcentage de 1,5 %, qui est celui à consacrer aux cadres et assimilés (dans la limite de 1 PASS), tout en étant plutôt supérieur à ce pourcentage : le taux de 1,50 % est atteint à partir de la tranche 2,5 à 2,6 SMIC.

[27] En queue de distribution, la chute est peut-être la conséquence de l'atteinte de plafonds, pour la PSC ou pour l'épargne salariale.

Graphique 8 : Poids de la contribution patronale à la prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire dans la rémunération moyenne de la tranche de salaires (2024)



Source : Urssaf Caisse nationale - Données individuelles de la DSN (vues à fin juin 2025)

## 1.4 2 % environ des salariés sont concernés par l’atteinte des plafonds d’exemption

[28] L’exemption de cotisations sociales de la contribution employeur à la PSC est plafonnée, conjointement pour la prévoyance et la complémentaire santé, à la somme de 6 % du PASS et de 1,5 % de la rémunération du salarié sous assiette, le total des contributions exonérées ne pouvant excéder 12 % du PASS (dont le montant en 2025 est de 47 100€ annuels).

[29] A partir de la notion de « salarié établissement », les plafonds d’exemption sont atteints pour 1,8 % d’entre eux. Avec la notion de salarié, le pourcentage est de 2,5 %, soit environ 500 000 salariés. Ces pourcentages sont stables pour chacune des années disponibles 2022, 2023 et 2024.

[30] Selon les données de l’INSEE et de la DARES<sup>390</sup>, 22,4 % des personnes en emploi (6,4 millions de salariés) sont des cadres en 2023. Le pourcentage de 2 % correspondrait ainsi à une petite minorité (8 %) de la population des cadres.

[31] Ce pourcentage de 2 % des salariés est un majorant puisqu’il inclut la retraite supplémentaire, faute de disposer d’une donnée isolée pour la prévoyance. En effet, le plafond réglementaire de l’exemption ne comprend pas la retraite supplémentaire qui a un plafond spécifique, il concerne uniquement et en commun la complémentaire santé et la prévoyance.

<sup>390</sup> INSEE Références, *Emploi, chômage, revenus du travail*, Édition 2024

## 2 L'assujettissement aurait des effets significatifs sur les cotisations employeur et salarié, ce dernier voyant toutefois ses droits augmenter

[32] Sauf indiqué autrement, les salaires et augmentations sont mensuels. La mission s'est intéressée aux cotisations suivantes :

- cotisations de sécurité sociale (maladie ; famille ; autonomie ; AT/MP ; vieillesse) ;
- cotisations de retraite complémentaire (ARRCO-AGIRC) ;
- cotisations chômage (UNEDIC).

[33] Inversement, la mission n'a pas estimé l'impact d'une augmentation de rémunération brute sur diverses autres contributions assises sur les rémunérations brutes :

- contribution au dialogue social (0,016 % de la rémunération brute<sup>391</sup>) ;
- cotisation au régime de garantie des salaires (0,25 % de la rémunération brute<sup>392</sup>, dans certaines limites et pour la plupart des entreprises) ;
- contribution au fonds national d'aide au logement<sup>393</sup> (entre 0,1 % et 0,50 % selon la taille de l'entreprise) ;
- contribution unique à la formation professionnelle et à l'alternance :
  - contribution formation professionnelle<sup>394</sup> au taux de 0,55 % pour les entreprises de moins de 11 salariés ;
  - taxe d'apprentissage<sup>395</sup> au taux de 0,68 % pour les entreprises de 11 salariés ou plus ;
- contribution au compte personnel formation (1 % de la rémunération brute pour les contrats à durée déterminée<sup>396</sup>) ;
- versement mobilité (entre 0,55 % et jusqu'à 1,80 % des rémunérations brutes<sup>397</sup>).

[34] Individuellement faibles en rapport avec les cotisations sociales et conventionnelles, ces contributions peuvent cependant atteindre, en les cumulant, des taux significatifs.

[35] L'assujettissement de la contribution employeur à la protection sociale complémentaire aurait des conséquences :

- pour l'employeur, l'assujettissement entraînerait une hausse des cotisations patronales mais la suppression, pour les employeurs de 11 salariés ou plus, du forfait social (2.2) ;

---

<sup>391</sup> CT, art. D. 2135-34.

<sup>392</sup> CT, art. L. 3253-18 alignant l'assiette sur celle de l'assurance chômage.

<sup>393</sup> CCH, art. L. 813-5.

<sup>394</sup> CT, art. L. 6331-1.

<sup>395</sup> CT, art. L. 6241-1-1.

<sup>396</sup> CT, art. L. 6331-6.

<sup>397</sup> CGCT, art. L. 2333-67.

- pour le salarié, le salaire net social serait diminué, mais les prestations à logique contributive verraient leur montant augmenter (2.3) ;
- pour les caisses de sécurité sociale, l'assujettissement entraînerait une hausse globale des ressources (2.4).

#### Les prestations à logique contributive et à logique non contributive

Les prestations de sécurité sociale (ainsi que les prestations de protection sociale conventionnelles, c'est-à-dire l'assurance chômage et la retraite complémentaire) peuvent relever de deux logiques :

- une logique non contributive, pour laquelle l'ouverture des droits permet d'obtenir l'intégralité – ou la quasi-intégralité – des prestations servies dans la branche. C'est le cas des prestations d'assurance maladie et AT/MP pour les frais de soins (et, plus généralement, les prestations en nature), les prestations de la branche famille, notamment les allocations familiales (sous les réserves liées à la diminution voire l'absence de droits lors du franchissement de certains seuils de revenu<sup>398</sup>) et les prestations de la branche autonomie. De manière générale, les prestations à logique non contributive ne sont pas – ou relativement peu, pour les prestations de la branche famille – dépendantes du revenu de l'assuré social. Ainsi, sauf cas particulier, une faible hausse des revenus aura un impact nul sur ces prestations ;
- une logique contributive, pour laquelle les droits sont étroitement liés aux cotisations versées et donc au revenu brut. C'est le cas des prestations vieillesse, de base et complémentaire, d'assurance chômage ainsi que des indemnités journalières et rentes d'invalidité des branches maladie (qui inclut la maternité) et AT/MP. Dans le cas des prestations à logique contributive, une faible hausse des revenus entraînera une faible hausse dans les droits à prestation.

Comme on le voit, les prestations maladie et AT/MP présentent un caractère dual, les prestations en nature relevant de la logique non contributive alors que les prestations en espèce, telles les IJ, relèvent de la logique contributive. Les prestations légales nettes dans l'ONDAM s'élevaient<sup>399</sup> en 2024 à 210,8 Md€ (dont 11,0 Md€ au titre des indemnités journalières) pour la CNAM pour la branche maladie maternité décès et à 5,5 Md€ (dont 4,5 Md€ au titre des indemnités journalières) pour la CNAM pour la branche AT/MP.

Cela fait un total de 15,5 Md€ pour les prestations en espèce pour la CNAM pour ces deux branches pour un total de 216,3 Md€ pour les prestations légales nettes dans l'ONDAM, soit un peu plus de 7 % pour les prestations à logique contributive (et donc presque 93 % pour les prestations à logique non contributive).

Source : *Mission*.

<sup>398</sup> Le rattachement de la branche famille à la catégorie des prestations à logique non contributive est certes traditionnel mais de plus en plus discutable : prestations famille sous conditions de ressources (premier enfant) ou dépendant des ressources (deuxième enfant et au-delà, complément du mode de garde etc).

<sup>399</sup> Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025.

## 2.1 Les cotisations sociales ont un impact dépendant fortement du salaire brut en raison des réductions générales de cotisations patronales

### 2.1.1 Les cotisations sociales sont relativement stables en fonction du revenu avant allègements généraux

[36] Les cotisations patronales voient leur taux<sup>400</sup>, avant réductions générales de cotisations patronales, peu varier avec la rémunération brute. Ainsi, le taux de cotisations patronales :

- est constant, jusqu'au plafond de la sécurité sociale, à 41,36% ;
- augmente très progressivement jusqu'à quatre plafonds de la sécurité sociale, où il s'élève à 41,37%. En effet, à partir d'un plafond, les cotisations retraite de base plafonnées cessent mais les cotisations de retraite complémentaire de la tranche 2, plus élevées, débutent ;
- diminue progressivement jusqu'à huit plafonds de la sécurité sociale, car les cotisations chômage cessent à quatre plafonds, faisant diminuer le taux global (branche d'hyperbole) jusqu'à 39,36% ;
- enfin, à partir de huit plafonds de la sécurité sociale, il diminue de manière plus rapide avec la fin des cotisations retraite complémentaire (qui demeurent constantes en valeur absolue alors que la rémunération augmente) ;

[37] Limitées aux cotisations vieillesse de base et complémentaires, on peut faire le même constat pour les cotisations salariales<sup>401</sup>. Ainsi, leur taux varie également légèrement avec la rémunération :

- il est constant à 11,45% pour les rémunérations jusqu'au plafond de la sécurité sociale ;
- il diminue lentement jusqu'à 10,41% à huit plafonds de la sécurité sociale (branche d'hyperbole). Là encore, les cotisations retraite de base plafonnées cessent mais les cotisations de retraite complémentaire de la tranche 2, plus élevées, débutent ;
- Il diminue plus rapidement à partir de huit plafonds de la sécurité sociale, avec la fin des cotisations retraite complémentaire (qui demeurent constantes en valeur absolue alors que la rémunération augmente).

[38] Les cotisations sociales avant allègements généraux se répartissent *in fine* environ à 20% pour les cotisations salariales et 80% pour les cotisations patronales (voir graphique *infra*).

---

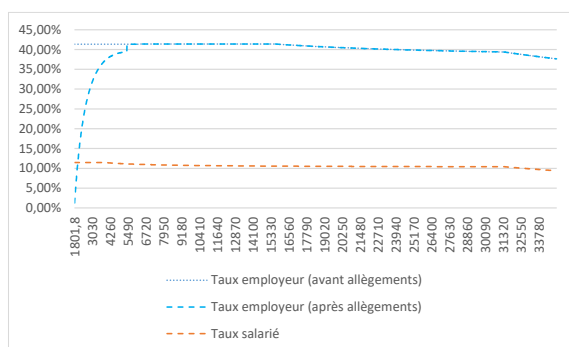
<sup>400</sup> La mission a retenu pour ses simulations des taux de cotisations patronales de 13% en maladie, 5,25% en famille, 2,02% en AT/MP, 0,3% en autonomie, 2,02% (déplafonnée) et 8,55% (plafonnée) en vieillesse de base, 6,22% (pour la tranche 1) et 14,78% (pour la tranche 2) en retraite complémentaire et 4% en chômage (plafonnée).

<sup>401</sup> La mission a retenu pour ses simulations des taux de cotisations salariales de 0,4% (déplafonnée) et 6,9% (plafonnée) en vieillesse de base et de 4,15% (pour la tranche 1) et 9,86% (pour la tranche 2) en retraite complémentaire.

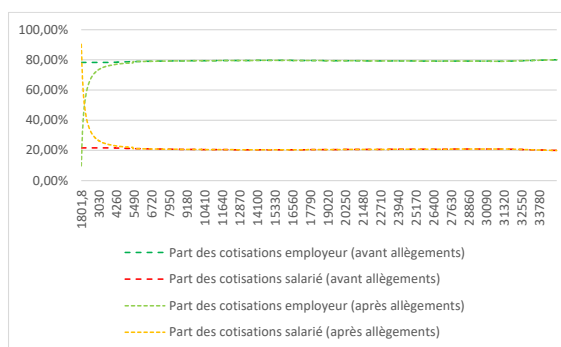
## 2.1.2 Les allègements généraux ont un effet très significatif sur les rémunérations entre un et trois SMIC

[39] Si l'on tient compte des réductions générales de cotisations patronales<sup>402</sup> (voir 2.2 pour le détail du dispositif), qui, par définition, ne concernent que les cotisations patronales, le constat est radicalement différent : les cotisations patronales démarrent presque à un taux nul (au SMIC, par construction du dispositif d'allègements généraux), le constat dressé précédemment (constance relative des taux employeur et salarié) se limite à la plage de rémunérations au-delà de trois SMIC, comme le montrent les graphiques suivants :

Graphique 9 : Taux de cotisation de l'employeur (avant et après réductions générales de cotisation) et du salarié (en fonction du salaire)



Graphique 10 : Répartition des cotisations sociales entre cotisations employeur (avant et après réductions générales de cotisation) et cotisations salarié (en fonction du salaire)



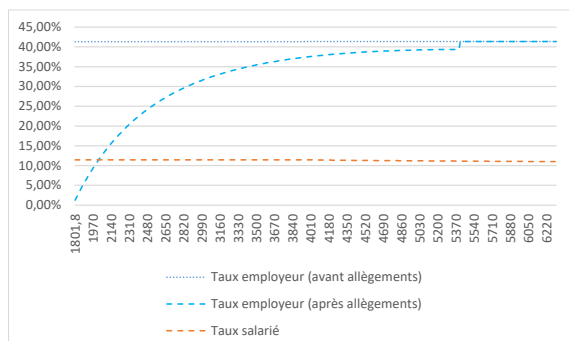
Source : Mission. Chiffres mensuels. Seules les cotisations maladie, famille, autonomie, vieillesse (base), vieillesse (complémentaire) et chômage sont ici considérées.

[40] Si on s'intéresse plus particulièrement à la situation entre un et trois SMIC, on constate que le taux de cotisation employeur est presque nul au SMIC et progresse en branche d'hyperbole<sup>403</sup> jusqu'à trois SMIC où un « saut » de deux points existe, avant de rejoindre la courbe très légèrement décroissante décrite dans le chapitre précédent, comme le montrent les graphiques suivants :

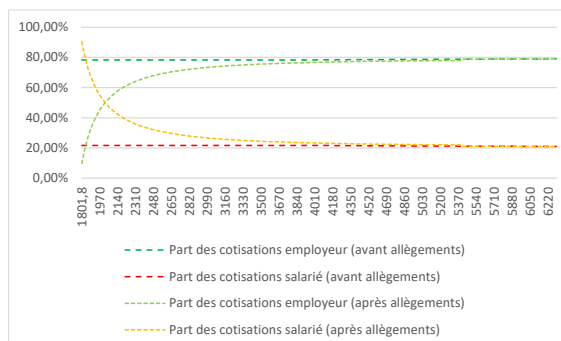
<sup>402</sup> Telles qu'issues du décret n°2025-887 du 4 septembre 2025.

<sup>403</sup> En fait en exposant -1,75.

Graphique 11 : Taux de cotisation de l'employeur (avant et après réductions générales de cotisation) et du salarié (en fonction du salaire)



Graphique 12 : Répartition des cotisations sociales entre cotisations employeur (avant et après réductions générales de cotisation) et cotisations salarié (en fonction du salaire)

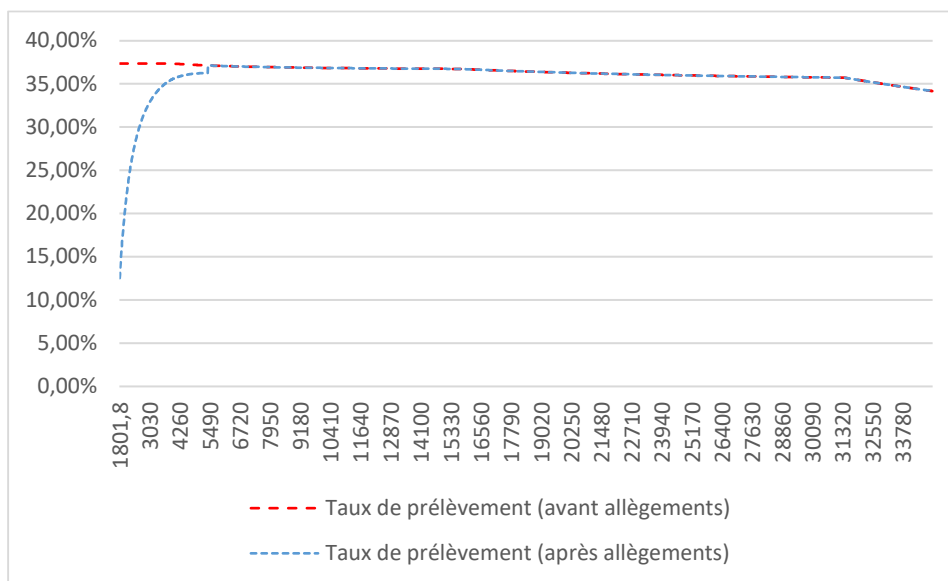


Source : Mission. Chiffres mensuels. Seules les cotisations maladie, famille, autonomie, vieillesse (base), vieillesse (complémentaire) et chômage sont ici considérées.

[41] S’agissant de la répartition des cotisations sociales entre part employeur et part salarié, si elle est relativement constante (80% employeur / 20% salarié) avant dispositif d’allègements généraux, tel n’est plus le cas après intervention de ce dispositif entre un et trois SMIC. Les cotisations patronales, qui ont presque disparu au niveau SMIC, prennent rapidement une part majoritaire à environ 2030 € bruts mensuels (soit un peu plus qu’1,1 SMIC).

[42] Enfin, s’agissant de la part représentée par les cotisations sociales (patronales et salariales réunies) dans le salaire super brut (composé de la rémunération brute augmentée des cotisations patronales, soit le coût total du travail si l’on exclut les dispositifs annexes – épargne salariale ou protection sociale complémentaire notamment – et les contributions diverses non étudiées et mentionnées supra), on constate une croissance rapide avec le salaire brut jusqu’à trois SMIC. Au-delà de trois SMIC, cette part diminue progressivement avec la rémunération brute, comme le montre le graphique suivant :

Graphique 13 : Part des cotisations sociales dans la rémunération super brute (en fonction de la rémunération brute)



Source : Mission. Les hypothèses concernant les taux de cotisation et les allègements généraux sont celles retenues dans l'ensemble du chapitre.

## 2.2 L'assujettissement entraînerait le paiement de cotisations sociales par l'employeur qui ne serait plus redevable du forfait social

[43] L'assujettissement de la contribution de l'employeur à la protection sociale complémentaire de ses salariés aurait pour effet :

- de diminuer, au moins pour certaines entreprises, les sommes dues au titre du forfait social (2.2.1) ;
- d'augmenter les cotisations patronales. De ce point de vue, la modification prévue du mécanisme de réductions générales de charges sociales entre 2025 (2.2.2) et 2026 (2.2.3) se traduit par des modifications substantielles.

[44] Afin de simplifier la compréhension, la mission a retenu deux montants mensuels de contribution employeur :

- 50 €, correspondant approximativement aux valeurs moyennes constatées pour la contribution patronale à la complémentaire santé d'une part ou à la prévoyance d'autre part (**voir partie 1.1**) ;
- 100 €, car les montants en cause sont proportionnels, sauf aux abords des seuils.

### 2.2.1 Le forfait social ne serait plus dû

[45] Par définition, l'assiette du forfait social se définit par différence entre celle de la CSG et de la CRDS d'une part et d'autre part celle des cotisations sociales.

[46] Par conséquent, l'assujettissement de la contribution employeur à la protection sociale complémentaire ferait sortir celle-ci de l'assiette du forfait social, dont le taux (voir annexe 1) est actuellement de 8 % pour les entreprises de 11 salariés ou plus (les entreprises de moins de 11 salariés n'étant pas redevables du forfait social).

[47] Cela signifie que l'assujettissement, s'il n'aurait pas de conséquence en matière de montant de forfait social dû pour les entreprises de moins de 11 salariés, conduirait, pour les entreprises de 11 salariés ou plus à une diminution des sommes dues à ce titre :

- de 4 € par mois pour une contribution employeur mensuelle de 50 € ;
- de 8 € par mois pour une contribution employeur mensuelle de 100 €.

## 2.2.2 Jusqu'en 2025, les effets de seuil importants sont notamment dus aux bandeaux famille et maladie

[48] De nombreux seuils existent :

- un plafond de la sécurité sociale (soit 3 925 € mensuels en 2025) ;
- 2,25 SMIC (soit 4 054,05 € mensuels en 2025) pour les cotisations maladie (effet du « bandeau maladie ») ;
- 3,3 SMIC (soit 5 945,94 € par mois en 2025) pour les cotisations famille (effet du « bandeau famille ») ;
- quatre plafond de la sécurité sociale (soit 15 700 € mensuels en 2025) pour les cotisations chômage ;
- huit plafonds de la sécurité sociale (soit 31 400 € mensuels en 2025) pour les cotisations retraite ;

### 2.2.2.1 L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations maladie comprise entre 7 et 13 € pour 100 € mensuels de participation employeur, avec un important effet de seuil vers 2,25 SMIC

[49] En maladie, le taux de la cotisation est de 7 % pour les salaires bruts inférieurs à 2,25 SMIC<sup>404</sup> (soit 4 054,05 € mensuels en 2025) et de 13 % au-delà<sup>405</sup>. Une augmentation de salaire se traduit par deux plateaux :

- avant 2,25 SMIC, un surcoût de 7 % de l'augmentation brute, soit 3,5 € pour une augmentation de 50 € et 7 € pour une augmentation de 100 € ;
- après 2,25 SMIC, un surcoût de 13 % de l'augmentation brute, soit 6,5 € pour une augmentation de 50 € et 13 € pour une augmentation de 100 €.

---

<sup>404</sup> CSS, art. D. 241-1-2.

<sup>405</sup> Dispositions combinées de l'article D. 242-3 du code de la sécurité sociale (taux de 13 % de principe) et de l'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit un taux réduit de six points sous un seuil défini réglementairement.

[50] Autour de 2,25 SMIC, un effet de seuil apparaît : si l'augmentation fait franchir les 2,25 SMIC, alors c'est l'intégralité de la rémunération qui est concernée par le taux de 13 %. On voit apparaître un pic autour de 2,25 SMIC, qui s'explique de la manière suivante :

- pour une rémunération brute mensuelle de 4 054 €, la cotisation maladie s'élèvera à 283,78 € ;
- pour une rémunération brute mensuelle de 4 055 €, la cotisation maladie s'élèvera à 527,15 €, soit 243,37 € de cotisation supplémentaire pour 1 € de rémunération en plus.

[51] On observe par ailleurs que les cotisations à la branche maladie concernent aussi bien des prestations en espèce, à logique contributive (c'est-à-dire que les prestations de sécurité sociale dépendent de la rémunération de l'assuré social), que des prestations en nature, à logique non contributive (c'est-à-dire que les prestations de sécurité sociale ne dépendent pas de la rémunération de l'assuré social mais de l'ouverture des droits sociaux).

### 2.2.2.2 L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations famille comprise entre 3,45 € et 5,25 € pour 100 € mensuels de participation employeur avec un important effet de seuil vers 3,3 SMIC

[52] Comme pour les cotisations maladie, les cotisations patronales de la branche famille dépendent du salaire. Cela signifie qu'une augmentation de salaire brut entraîne :

- avant 3,3 SMIC<sup>406</sup> (soit 5 945,94 € par mois en 2025), un surcoût de 3,45 % de l'augmentation brute<sup>407</sup>, soit 1,725 € pour une augmentation de 50 € et 3,45 € pour une augmentation de 100 € ;
- après 3,3 SMIC, un surcoût de 5,25 % de l'augmentation brute<sup>408</sup>, soit 2,62 € pour une augmentation de 50 € et 5,25 € pour une augmentation de 100 €.

[53] Autour de 3,3 SMIC, un effet de seuil apparaît : si l'augmentation fait franchir les 3,3 SMIC, alors c'est l'intégralité de la rémunération qui est concernée par le taux de 5,25 %. On voit apparaître un pic autour de 3,3 SMIC, qui s'explique de la manière suivante :

- pour une rémunération brute mensuelle de 5 945 €, la cotisation famille s'élèvera à 205,10 € ;
- pour une rémunération brute mensuelle de 5 946 €, la cotisation famille s'élèvera à 312,16 €, soit 107,06 € de cotisation supplémentaire pour 1 € de rémunération en plus.

[54] L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations autonomie de 30 centimes pour 100 € mensuels de participation employeur. La contribution de solidarité pour l'autonomie, assimilée à une cotisation patronale, prévoit un taux uniforme de 0,3 % de la rémunération brute. Par conséquent, une augmentation de 50 € de cette dernière entraînerait un surcoût pour l'employeur de 15 centimes et de 30 centimes pour une augmentation de 100 €.

---

<sup>406</sup> CSS, art. D. 241-3-2, le SMIC étant à ce stade figé à sa valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

<sup>407</sup> Soit la décote de 1,8 point prévue par CSS, L. 241-6-1.

<sup>408</sup> CSS, art. D. 241-3-1.

### 2.2.2.3 L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations AT/MP de l'ordre de 2,12 € pour 100 € mensuels de participation employeur

[55] La cotisation AT/MP dépend de la taille de l'entreprise et de son secteur d'activité. Par défaut, le taux retenu pour cette simulation sera de 2,12 % correspondant au taux net moyen national de cotisation<sup>409</sup> établi pour 2025. Ce taux est appliqué uniformément, indépendamment du niveau de rémunération brute. Par conséquent, une augmentation de 50 € de celle-ci entraînerait, pour l'employeur, un surcout de 1,06 € et de 2,12 € pour une augmentation de 100 €.

### 2.2.2.4 L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations vieillesse de base comprise entre 2 € et 8,55 € pour 100 € mensuels de participation employeur

[56] Les cotisations employeur au régime de base de la branche vieillesse sont de deux types<sup>410</sup> :

- des cotisations plafonnées, s'appliquant à la rémunération brute pour sa fraction comprise sous le plafond de la sécurité sociale<sup>411</sup> (soit 3 925 € mensuels en 2025), au taux de 8,55 % ;
- des cotisations déplafonnées, c'est-à-dire ne dépendant pas de la rémunération, au taux de 2,02 %.

[57] L'effet d'une augmentation de salaire brut se présentera sous la forme de deux plateaux, liés de manière continue :

- en dessous d'un plafond de la sécurité sociale (diminué de l'augmentation envisagée), une augmentation de la rémunération brute de 50 € entraînera une augmentation de la cotisation employeur de 4,27 € contre 8,55 € pour une augmentation de 100 € ;
- au-dessus d'un plafond de la sécurité sociale, une augmentation de la rémunération brute de 50 € entraînera une augmentation de la cotisation employeur de 1,01 € contre 2,02 € pour une augmentation de 100 € ;
- sur la plage allant d'un plafond de la sécurité sociale diminué de 50 € (respectivement 100 €) à un plafond de la sécurité sociale, l'augmentation de la cotisation employeur décroît linéairement de 5,28 € à 1,01 € (respectivement 10,57 € à 2,02 €). Bien que linéaire, cette diminution est relativement brutale puisqu'étalée, au voisinage d'un plafond de la sécurité sociale, sur une plage de la largeur de l'augmentation envisagée.

---

<sup>409</sup> Arrêté du 29 avril 2025 (JORF du 30 avril 2025).

<sup>410</sup> CSS, art. L. 241-3.

<sup>411</sup> CSS, art. D. 242-4

### 2.2.2.5 L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations vieillesse complémentaire comprise entre 4,72 € et 21,59 € pour 100 € mensuels de participation employeur

[58] Les cotisations de vieillesse complémentaire (ARRCO-AGIRC) présentent trois plateaux<sup>412</sup> :

- en dessous d'un plafond de la sécurité sociale, le taux des cotisations est de 4,72 % pour sa part patronale, c'est-à-dire qu'une augmentation de 50 € dans cette tranche entraîne une augmentation de 2,36 € de la cotisation patronale, et 4,72 € pour une augmentation de 100 €. Il convient d'ajouter à ces chiffres la contribution d'équilibre général, au taux de 1,29 % et la contribution d'équilibre technique, au taux de 0,21 %, soit un total de 1,5 € (pour 100 € d'augmentation de rémunération brute) et de 0,75 € (pour 50 € d'augmentation de rémunération brute) qui viennent s'ajouter aux chiffres précédents ;
- entre un et huit plafonds de la sécurité sociale, le taux des cotisations est de 21,59 % pour sa part patronale, c'est-à-dire qu'une augmentation de 50 € dans cette tranche entraîne une augmentation de 10,79 € de la cotisation patronale, et 21,59 € pour une augmentation de 100 €. Là encore, il convient d'ajouter à ces chiffres la contribution d'équilibre général, au taux de 1,62 % et la contribution d'équilibre technique, au taux de 0,21 %, soit un total de 1,83 € (pour 100 € d'augmentation de rémunération brute) et de 0,92 € (pour 50 € d'augmentation de rémunération brute) qui viennent s'ajouter aux chiffres précédents ;
- au-delà de huit plafonds de la sécurité sociale (soit 31 400 € mensuels en 2025), il n'y a plus de cotisations, et donc une augmentation de rémunération est sans impact sur les cotisations patronales.

[59] Ces trois plateaux sont reliés de manière continue au voisinage des bornes (un et huit plafonds de la sécurité sociale).

### 2.2.2.6 L'assujettissement entraînerait une augmentation des cotisations chômage de 4 € pour 100 € mensuels de participation employeur pour les salaires inférieurs à quatre plafonds de la sécurité sociale

[60] Les cotisations chômage sont assises sur la rémunération brute sous quatre plafonds de la sécurité sociale (soit 15 700 € mensuels en 2025). Le taux dépend de l'entreprise et du secteur dans lequel elle opère. La mission retiendra le taux de 4 %, qui est le taux « par défaut ».

[61] On a donc deux plateaux, reliés de manière continue par une droite très pentue :

- sous quatre plafonds de la sécurité sociale, une augmentation de la rémunération de 50 € entraîne une augmentation de la cotisation patronale de 2 €, contre 4 € pour une augmentation de rémunération de 100 € ;
- au-delà de cette limite, les rémunérations n'étant pas soumises à cotisations chômage, une augmentation de celles-ci est sans effet sur la cotisation due par l'employeur.

---

<sup>412</sup> La rémunération brute est par ailleurs soumise à une contribution d'équilibre général et une contribution d'équilibre technique, qui ne génèrent pas de droits.

### 2.2.2.7 Les réductions générales de cotisations patronales, dans leur architecture existant jusqu'en 2025, ont un impact sous 1,6 SMIC et lors des franchissements des seuils des bandeaux famille et maladie, rendant peu lisible l'effet final de l'assujettissement

[62] Les réductions dégressives de cotisations employeur<sup>413</sup> se présentent encore en 2025 sous la forme du cumul de deux dispositifs :

- entre 1 SMIC et 1,6 SMIC<sup>414</sup>, les réductions sont conçues de manière à ce qu'un accroissement de la rémunération brute demeurant dans cette bande de rémunération entraîne une augmentation constante (et non proportionnelle) des cotisations patronales : La réduction de cotisation patronale vaut (CSS, art. D. 241-7), en valeur relative  $Coefficient_{Réduction} = \frac{T}{0,6} \left( \frac{1,6 \times SMIC}{Rémunération} - 1 \right)$  soit, en valeur absolue  $Réduction = \frac{T}{0,6} (1,6 \times SMIC - Rémunération)$ . La valeur T est conçue pour neutraliser les cotisations patronales au niveau du SMIC de telle sorte qu'elle vaut la somme des taux de cotisations qu'elle vise à compenser (c'est-à-dire celles pris en compte dans l'assiette définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale augmentées le cas échéant de la prime de partage de la valeur). T vaut 31,93 % pour les entreprises soumises à un taux de 0,1 % pour le FNAL et 32,33 % pour celles soumises à un taux de 0,5 % pour le FNAL. ;
- l'existence de deux « bandeaux » venant diminuer le coût pour l'employeur :
  - des cotisations maladie (« bandeau maladie », voir *supra*) ;
  - des cotisations famille (« bandeau famille » voir *supra*).

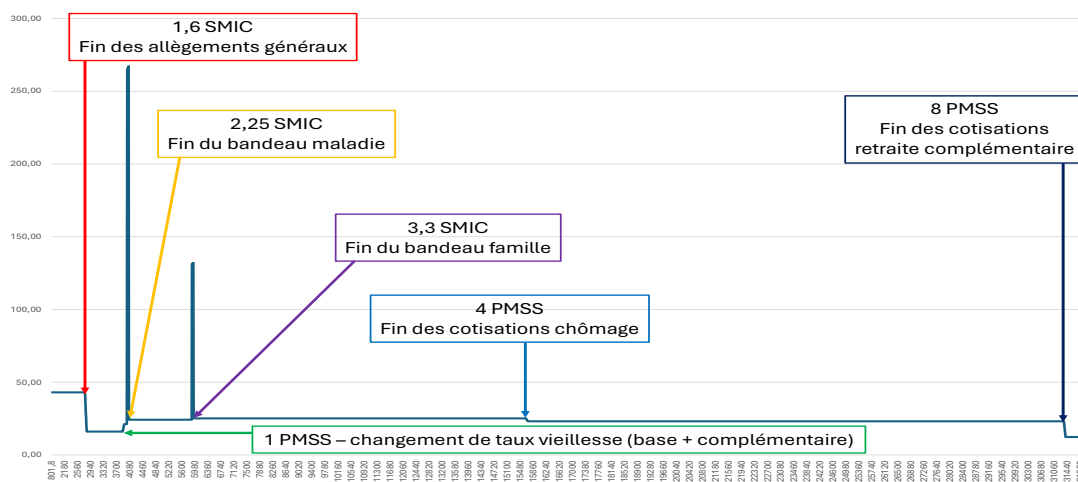
[63] L'assujettissement des contributions employeur s'assimile à une augmentation de la rémunération brute, en tenant compte du fait que le principal est déjà pris en charge par l'employeur (pour une augmentation de rémunération brute, il conviendrait d'y ajouter le principal, c'est-à-dire l'augmentation elle-même ; or, dans le cas des contributions de protection sociale complémentaire, celle-ci est déjà prise en charge par l'employeur, et seules les cotisations sociales dues par l'employeur viendraient augmenter le coût total supporté par celui-ci). Il conviendrait en outre de retrancher le coût du forfait social, qui ne serait plus dû à raison de l'assujettissement (voir *infra*).

[64] On obtient ainsi, pour 50 et 100 € d'assujettissement à cotisation sociale de la contribution employeur un surcoût dépendant du salaire tel que présenté dans les graphiques suivants :

<sup>413</sup> CSS, art. L. 241-13.

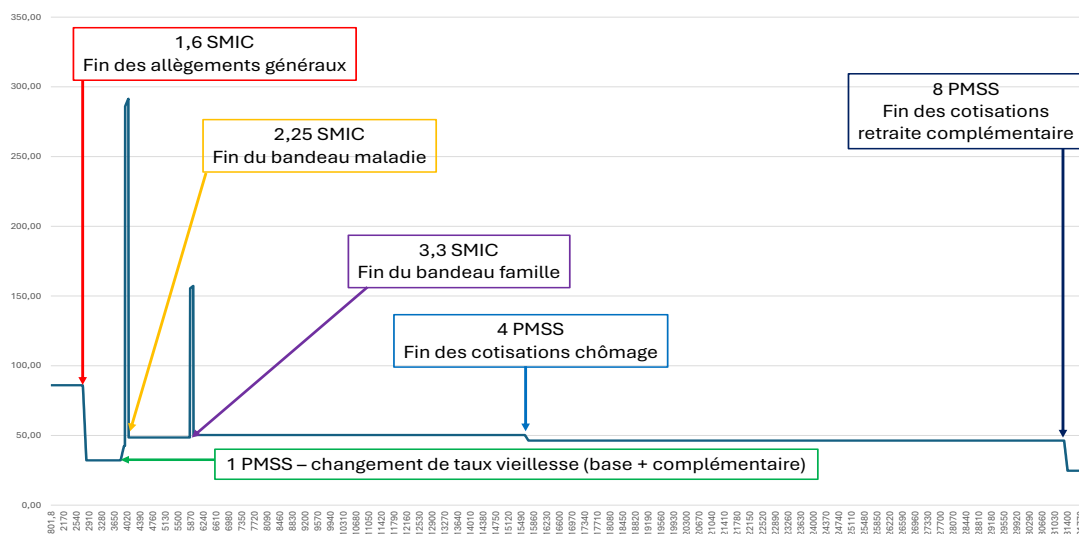
<sup>414</sup> Pour leur valeur applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2024 soit 1 766,92 € mensuels.

Graphique 14 : Montant supplémentaire de cotisations employeur lié à l'assujettissement d'une contribution employeur de 50 €



Source : Mission. Coût pour l'employeur d'une augmentation de salaire brut de 50 € en fonction du salaire brut (chiffres mensuels).

Graphique 15 : Montant supplémentaire de cotisation employeur lié à l'assujettissement d'une contribution employeur de 100€



Source : Mission. Coût pour l'employeur d'une augmentation de salaire brut de 100 € en fonction du salaire brut (chiffres mensuels).

[65] Ces graphiques ont la même structure :

- un plateau (aux alentours de 43 € pour une augmentation de 50 € et de 86 € pour une augmentation de 100 €) jusqu'à 1,6 SMIC, en raison de la « perte » des allègements généraux de cotisations ;
- un deuxième plateau (aux alentours de 16 € pour une augmentation de 50 € et de 32 € pour une augmentation de 100 €), entre 1,6 SMIC et 1 plafond de la sécurité sociale, montant où la cotisation déplafonnée vieillesse commence à être due ;

- très rapidement, à 2,25 SMIC, on trouve la fin du bandeau maladie et son effet de seuil, d'autant moins étalé que l'augmentation est d'un faible montant (l'effet de seuil est réparti sur une bande de la largeur de l'augmentation, soit 50 € dans le premier graphique et 100 € dans le second graphique) ;
- un plateau (aux alentours de 23 € pour une augmentation de 24 € et de 48,5 € pour une augmentation de 100 €) jusqu'à 3,5 SMIC, où on a le même phénomène avec la fin du bandeau famille ;
- enfin, une succession de plateaux interrompus par deux descentes (continues, c'est-à-dire sans effet de seuil) :
  - avec la fin des cotisations chômage (à 4 plafonds de la sécurité sociale), passant de 25 € à 23 € pour une augmentation de 50 € et de 50 € à 46 € pour une augmentation de 100 € ;
  - et la fin des cotisations retraite complémentaire (à 8 plafonds de la sécurité sociale), montant au-delà duquel l'effet d'une augmentation est constant (aux alentours de 12 € pour une augmentation de 50 € et de 24 € pour une augmentation de 100 €).

[66] Il convient de rappeler que la mission n'a pas pris en compte les diverses cotisations décrites en introduction de ce chapitre et qui peuvent, selon les cas, ajouter quelques points aux cotisations employeur dues.

### 2.2.3 L'annexe 9 du PLFSS pour 2025 prévoyait un dispositif applicable à partir de 2026 supprimant les effets de seuil liés aux bandeaux maladie et famille

[67] L'annexe 9 du PLFSS pour 2025 prévoyant qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, la mécanique globale serait modifiée :

- fin des bandeaux maladie et famille (et donc des effets de seuil autour de 2,25 et 3,3 SMIC). Par conséquent, les cotisations patronales deviennent proportionnelles au salaire brut pour les branches maladie, famille, autonomie, AT/MP ; les seules non linéarités proviennent des cotisations vieillesse de base (cotisation plafonnée sous un plafond de la sécurité sociale), chômage (cotisation plafonnée sous quatre plafonds de la sécurité sociale) et vieillesse complémentaire (cotisations plafonnées sous un et huit plafonds de la sécurité sociale), ces cotisations demeurant *a priori* inchangées par rapport à 2025 ;
- modification de l'équation donnant la réduction générale de cotisations patronales.

#### 2.2.3.1 Les taux de cotisation devraient demeurer, contrairement aux bandeaux maladie et famille

[68] Ces taux, qui sont fixés par voie réglementaire, peuvent toutefois être modifiés par le gouvernement. Ils s'élèveraient donc :

- à 13 % en maladie ;
- à 5,25 % en famille ;
- à 0,3 % en autonomie ;

- à 2,12 % en AT/MP ;
- en vieillesse de base :
  - à 2,02 % sur l'intégralité de la rémunération ;
  - à 8,55 % pour la tranche sous un plafond de la sécurité sociale ;
- en vieillesse complémentaire :
  - à 4,72 % pour la tranche sous un plafond de la sécurité sociale ;
  - à 21,59 % pour la tranche entre un et huit plafonds de la sécurité sociale ;
  - la part de rémunération au-delà de huit plafonds de la sécurité sociale n'est pas soumise à cotisation vieillesse complémentaire ;
- en chômage, à 4 % pour la tranche sous quatre plafonds de la sécurité sociale.

### 2.2.3.2 La réduction générale de cotisations patronales devait être significativement remaniée

[69] La loi de financement de la sécurité sociale<sup>415</sup> pour 2025 a prévu d'étendre la plage où s'applique la réduction générale de cotisations patronale. Elle passe ainsi d'une plage allant jusqu'à 1,6 SMIC (bloqué au 1<sup>er</sup> janvier 2024) à une plage allant jusqu'à trois SMIC<sup>416</sup>.

[70] Les autres paramètres, de nature réglementaire, sont précisés dans l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. On y retrouve en particulier que le coefficient de réduction vaudrait  $Coefficient_{Réduction} = T \times \left( \frac{1,5 \times SMIC}{Rémunération} - 0,5 \right)^{1,34}$ .

[71] On a alors  $Réduction = Rémunération \times T \times \left( \frac{1,5 \times SMIC}{Rémunération} - 0,5 \right)^{1,34}$  (en valeur absolue). La valeur T est conçue pour neutraliser les cotisations patronales et fixée, dans l'annexe, à 0,3614 pour les entreprises soumises au taux de 0,5 % pour le financement du logement social<sup>417</sup>.

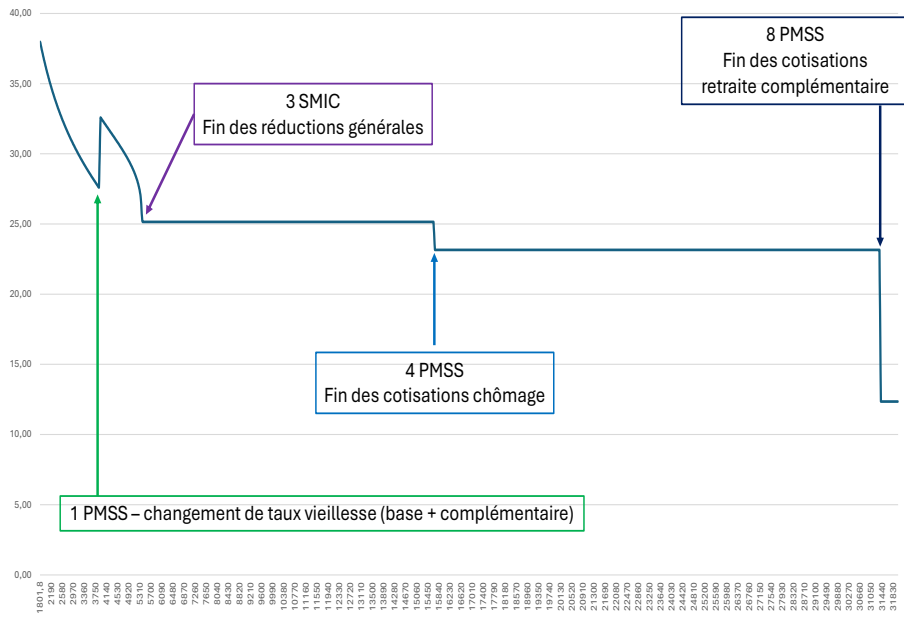
[72] L'effet d'un assujettissement en est significativement modifié, comme le montrent les deux graphiques suivants (pour un assujettissement de 50 et de 100 € mensuels de contribution patronale) :

<sup>415</sup> Loi n° 2025-199 du 28 février 2025, art. 18.

<sup>416</sup> La loi laisse la possibilité de « geler » la plage à trois SMIC au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

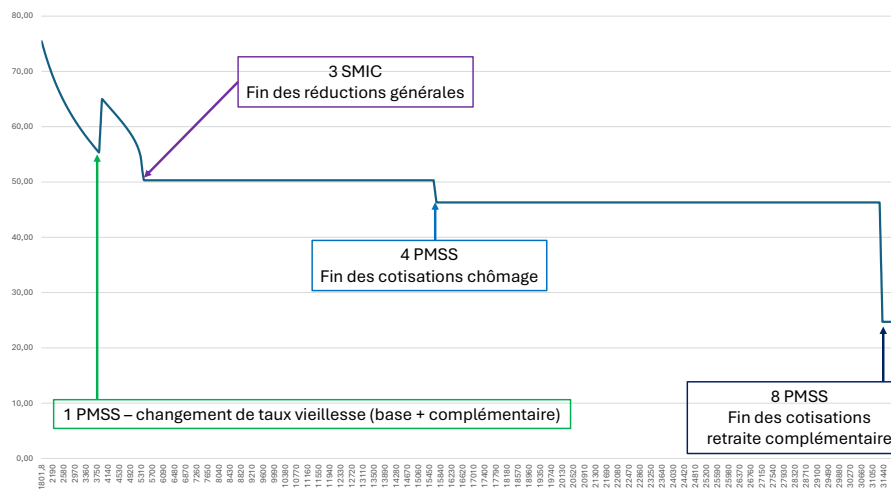
<sup>417</sup> Et quarante points de base de moins, soit 0,3574, pour les entreprises soumises au taux de 0,1 %.

Graphique 16 : Coût de l'assujettissement aux cotisations salariales de 50 €



Source : Mission. Coût pour l'employeur d'une augmentation de salaire brut de 50 € en fonction du salaire brut (chiffres mensuels).

Graphique 17 : Coût de l'assujettissement aux cotisations salariales de 100 €



Source : Mission. Coût pour l'employeur d'une augmentation de salaire brut de 100 € en fonction du salaire brut (chiffres mensuels).

On retrouve cinq plages :

- avant un plafond de la sécurité sociale, le coût pour l'employeur diminue rapidement de 38 € à 27 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et de 75 € à 55 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- au voisinage d'un plafond de la sécurité sociale, on a une augmentation rapide (et continue) du surcoût pour l'employeur, due à l'augmentation sensible du taux de cotisation retraite complémentaire (pour lequel le taux de seconde tranche est très supérieur au taux de première tranche) qui n'est pas compensée par la diminution du taux de cotisation retraite de base (pour lequel la cotisation plafonnée cesse d'être due, ne laissant plus que la cotisation déplafonnée) ;
- entre un plafond de la sécurité sociale et trois SMIC, une diminution rapide du coût pour l'employeur de 33 € à 25 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et de 65 € à 50 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- un long plateau à 25,15 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et à 50,30 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- une descente rapide mais continue après quatre plafonds de la sécurité sociale, au-delà duquel le coût pour l'employeur s'élève à 23,15 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et à 46,30 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- enfin, après une dernière descente rapide mais continue, la fin des cotisations de retraite complémentaire au-delà de huit plafonds de la sécurité sociale conduit à un dernier plateau pour lequel le coût pour l'employeur s'élève à 12,36 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et 24,71 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €).

## 2.2.4 Le Gouvernement a retenu une architecture légèrement différente de celle annoncée dans l'annexe 9 du PLFSS pour 2025

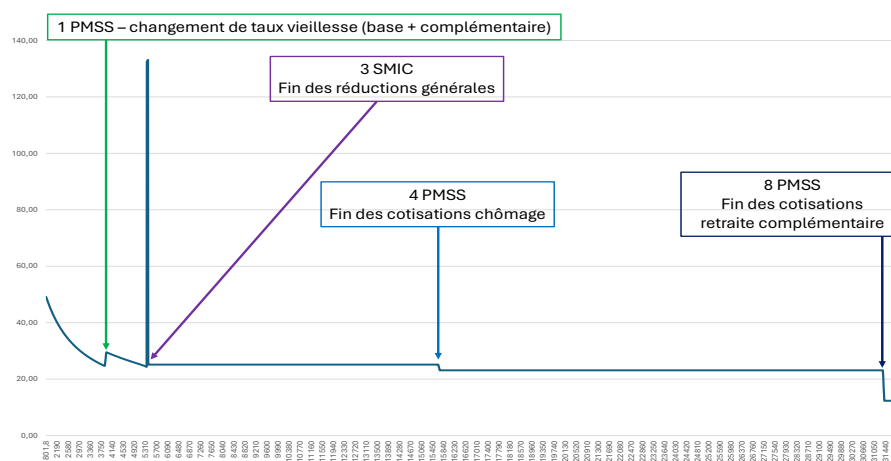
Le décret n° 2025-887 du 4 septembre 2025 modifie l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale qui précisait la formule de calcul des réductions générales de cotisations patronales.

Comme annoncé, les bandeaux famille et santé sont supprimés et, comme le prévoit la loi, le dispositif est étendu à la plage de rémunérations comprise entre un et trois SMIC (contre entre 1 et 1,6 précédemment). Deux différences principales avec la maquette présentée dans l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 doivent toutefois être soulignées :

- l'exposant, de 1,34 dans l'annexe 9, est porté à 1,75 dans le décret. Cela conduit à une plus grande convexité de la courbe, c'est-à-dire une diminution plus rapide de la réduction générale avec le salaire ;
- en contrepartie, sur toute la plage de un à trois SMIC, la réduction générale de cotisations patronales est au moins égale à 2 points. Cela conduit, mécaniquement, à un saut lorsqu'on franchit cette rémunération.

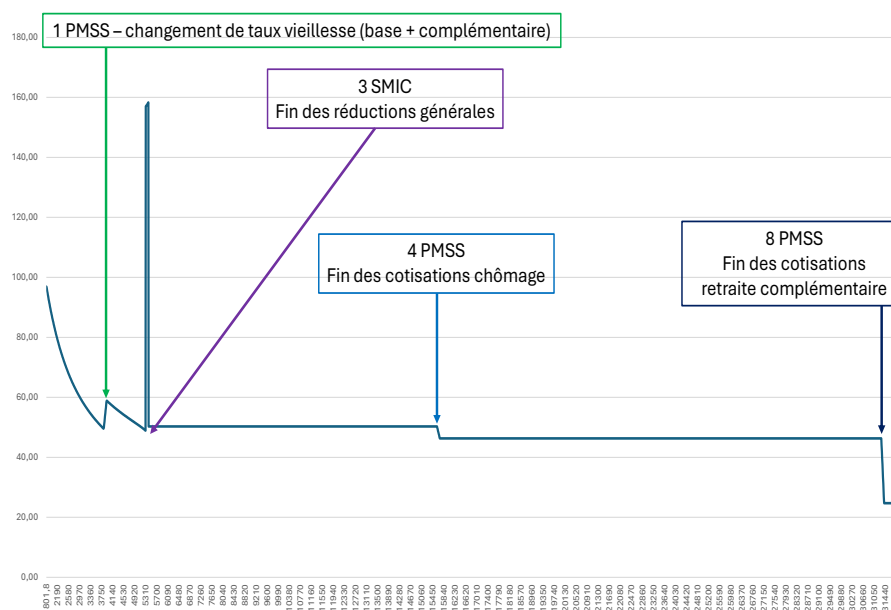
On a  $Réduction = Rémunération \times \left[ T_{min} + T_{delta} \times \left( \frac{1,5 \times SMIC}{Rémunération} - 0,5 \right)^{1,75} \right]$  en valeur absolue, avec  $T_{min}=0,02$  et  $T_{delta}=0,3813$  pour les entreprises soumises au taux de 0,5 % pour le financement du logement social<sup>418</sup>. Ces paramètres sont conçus pour prendre intégralement en charge les cotisations patronales au niveau du SMIC.

Graphique 18 : Coût de l'assujettissement aux cotisations salariales de 50 €



Source : Mission. Coût pour l'employeur d'une augmentation de salaire brut de 50 € en fonction du salaire brut (chiffres mensuels).

Graphique 19 : Coût de l'assujettissement aux cotisations salariales de 100 €



Source : Mission. Coût pour l'employeur d'une augmentation de salaire brut de 100 € en fonction du salaire brut (chiffres mensuels).

On retrouve également cinq plages :

- avant un plafond de la sécurité sociale, le coût pour l'employeur diminue rapidement de 49 € à 25 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et de 97 € à 50 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- au voisinage d'un plafond de la sécurité sociale, on a une augmentation rapide (et continue) du surcoût pour l'employeur, due à l'augmentation sensible du taux de cotisation retraite complémentaire (pour lequel le taux de seconde tranche est très supérieur au taux de première tranche) qui n'est pas compensée par la diminution du taux de cotisation retraite de base (pour lequel la cotisation plafonnée cesse d'être due, ne laissant plus que la cotisation déplafonnée) ;
- entre un plafond de la sécurité sociale et trois SMIC, une diminution rapide du coût pour l'employeur de 30 € à 24 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et de 59 € à 49 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- un long plateau à 25,15 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et à 50,30 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- une descente rapide mais continue après quatre plafonds de la sécurité sociale, au-delà duquel le coût pour l'employeur s'élève à 23,15 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et à 46,30 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €) ;
- enfin, après une dernière descente rapide mais continue, la fin des cotisations de retraite complémentaire au-delà de huit plafonds de la sécurité sociale conduit à un dernier

<sup>418</sup> Et quarante points de base de moins, soit 0,3773, pour les entreprises soumises au taux de 0,1 %.

plateau pour lequel le coût pour l'employeur s'élève à 12,36 € (pour une contribution employeur mensuelle de 50 €) et 24,71 € (pour une contribution employeur mensuelle de 100 €).

## 2.3 L'assujettissement conduirait à diminuer le revenu disponible du salarié mais augmenterait ses droits contributifs

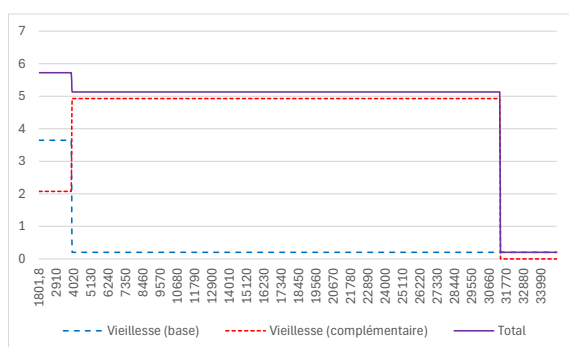
### 2.3.1 Le revenu disponible diminue en raison des cotisations salariales pour la retraite

[73] L'assujettissement des contributions employeurs entraînerait, pour le salarié, une diminution de son net social. En effet, des cotisations salarié sont dues :

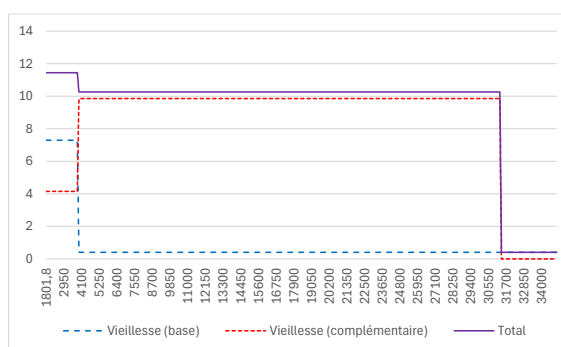
- au titre de l'assurance vieillesse de base, au taux de :
  - 6,90 % pour la fraction inférieure à un plafond de la sécurité sociale ;
  - 0,40 % sur la totalité de la rémunération brute ;
- au titre de l'assurance vieillesse complémentaire, au taux de :
  - 3,15 % pour la fraction inférieure à un plafond de la sécurité sociale, auxquels il convient d'ajouter un total de 1 % au titre des contributions d'équilibre général et technique ;
  - 8,64 % pour la fraction comprise entre un et huit plafonds de la sécurité sociale, auxquels il convient d'ajouter un total de 1,22 % au titre des contributions d'équilibre général et technique.

[74] Cela conduit à trois plateaux de cotisations salarié, comme le montrent les graphiques ci-dessous :

Graphique 20 : Cotisation salarié (augmentation de 50 €)



Graphique 21 : Cotisation salarié (augmentation de 100 €)



Source : Mission. Chiffres mensuels.

[75] On retrouve trois plateaux, reliés de manière continue :

- sous un plafond de la sécurité sociale, l'assujettissement de 50 € mensuels de contribution employeur entraîne une baisse du net social de 5,73 € (et de 11,45 € pour 100 € de contribution employeur) ;
- entre un et huit plafonds de la sécurité sociale, l'assujettissement de 50 € mensuels de contribution employeur entraîne une baisse du net social de 5,13 € (et de 10,26 € pour 100 € de contribution employeur) ;
- au-dessus de huit plafonds de la sécurité sociale, l'assujettissement de 50 € mensuels de contribution employeur entraîne une baisse du net social de 0,20 € (et de 0,40 € pour 100 € de contribution employeur).

[76] La perte de revenu disponible pour le salarié est donc de l'ordre de 10 % de la contribution de l'employeur aux salaires usuels (moins de huit plafonds de la sécurité sociale), et elle est décroissante avec le salaire.

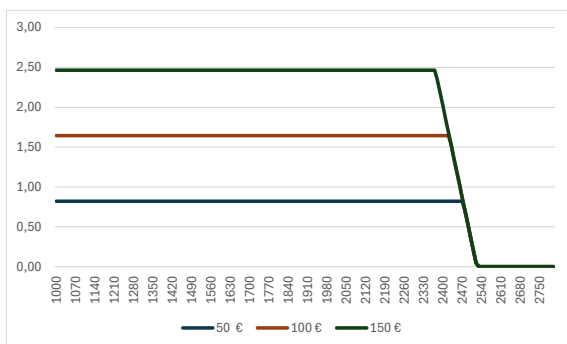
### 2.3.2 Les prestations à logique contributive augmenteraient, mais de manière différenciée en fonction des prestations et des plages de revenu

[77] L'assujettissement conduit à une augmentation du salaire brut et donc de certaines prestations dépendant de manière étroite au revenu :

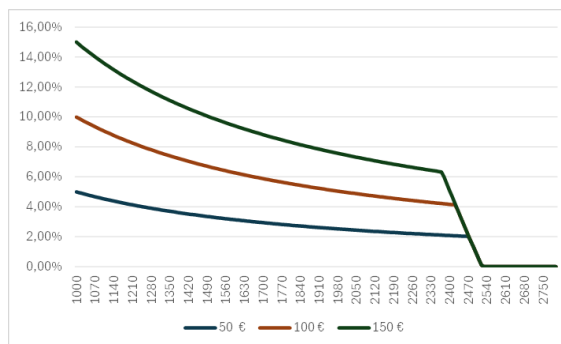
#### 2.3.2.1 Les indemnités journalières maladie augmenteraient pour les salaires inférieurs à 1,4 SMIC

[78] Une augmentation de 50, 100 et 150 € a un effet relatif décroissant (et inversement proportionnel) avec le revenu. S'il était inversement proportionnel (comme c'est l'effet relatif sur le salaire brut), on devrait observer des branches d'hyperbole. Or on observe sur le graphique ci-dessous l'effet du plafonnement des IJ maladie :

Graphique 22 : Augmentation absolue du revenu de remplacement



Graphique 23 : Augmentation relative du revenu de remplacement



Source : Mission. Chiffres mensuels pour les salaires, journaliers pour les IJ.

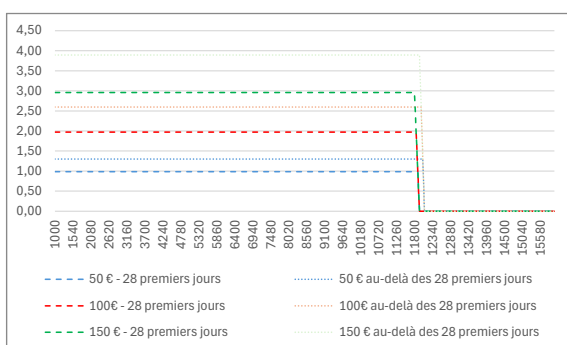
[79] On constate à 1,4 SMIC (2 532 €) l'effet du plafonnement des indemnités journalières. Cet effet arrive d'autant plus vite que l'augmentation est importante. Au-delà de ce revenu, les IJ sont plafonnées et donc une augmentation de salaire brut n'a aucun effet.

[80] En montant absolu, l'assujettissement de 50, 100 et 150 € de contribution employeur mensuelle conduirait à une augmentation des IJ de 0,82, 1,64 et 2,47 € journaliers.

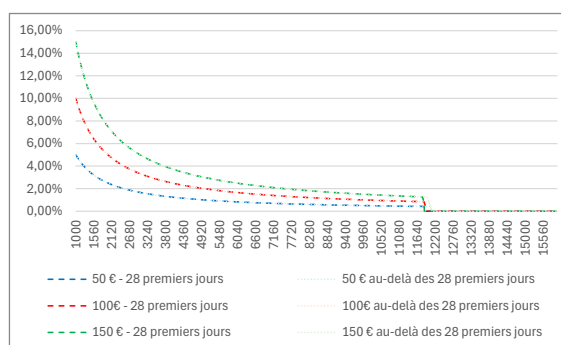
### 2.3.2.2 Les indemnités journalières AT/MP augmenteraient de l'ordre de deux euros

[81] Les indemnités journalières AT/MP sont, comme les indemnités journalières maladies, plafonnées. Les plafonds sont toutefois bien plus élevés (de l'ordre de 12 000 €), comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 24 : Augmentation absolue du revenu de remplacement



Graphique 25 : Augmentation relative du revenu de remplacement



Source : Mission. Chiffres mensuels pour les salaires, journaliers pour les IJ.

[82] On observe qu'il existe, même si c'est peu visible sur les graphiques, deux zones où les plafonnements se mettent à jouer :

- à 11 949,48 €, soit  $235,69 \times 30,42 / 0,6$  pour les 28 premiers jours ;
- à 12 100,61 €, soit  $314,25 \times 30,42 / 0,79$  au-delà des 28 premiers jours.

[83] On retrouve une augmentation de l'indemnité journalière :

- et de 0,99, 1,97 et 2,96 € par jour les 28 premiers jours pour l'assujettissement d'une contribution employeur mensuelle de 50, 100 et 150 € ;
- et de 1,30, 2,60 et 3,90 € par jour au-delà des 28 premiers jours pour l'assujettissement d'une contribution employeur mensuelle de 50, 100 et 150 € ;

### 2.3.2.3 Les prestations d'invalidité seraient augmentées de manière différente en fonction de la catégorie d'invalidité et de la tranche de salaire

[84] Les prestations d'invalidité de la sécurité sociale relèvent de trois catégories<sup>419</sup> :

- invalidité de première catégorie, qui concerne les « *invalides capables d'exercer une activité rémunérée* » ;
- invalidité de deuxième catégorie, qui concerne les « *invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque* » ;
- invalidité de deuxième catégorie, qui concerne les invalides de deuxième catégorie « *dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* ».

[85] Le montant de la pension d'invalidité est calculé en prenant pour base<sup>420</sup> le «  *salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré* » social, soit la rémunération moyenne des dix meilleures années d'activité. Elle vaut :

- 30 % du salaire de référence pour l'invalidité de première catégorie, sans toutefois pouvoir être supérieure à 30 % du plafond de la sécurité sociale<sup>421</sup> (soit 1 177,50 € mensuels) ni inférieure à 335,29 € mensuels ;
- 50 % du salaire de référence pour l'invalidité de deuxième catégorie<sup>422</sup> sans toutefois pouvoir être supérieure à 50 % du plafond de la sécurité sociale (soit 1 962,50 € mensuels) ni inférieure à 335,29 € mensuels ;
- 50 % du salaire de référence, majoré de 40 % au titre de l'assistance par une tierce personne pour l'invalidité de troisième catégorie<sup>423</sup> sans toutefois pouvoir être supérieure à 1 601,89 € mensuels ni inférieure à 3229,10 € mensuels ;

[86] Une augmentation de 50, 100 ou 150 € de la rémunération brute a un effet dépendant fortement du salaire : en particulier, lorsque le salaire conduit à un montant de pension plancher ou plafond, l'impact d'une augmentation est nul, comme le montre les graphiques ci-dessous :

---

<sup>419</sup> CSS, art. L. 341-5.

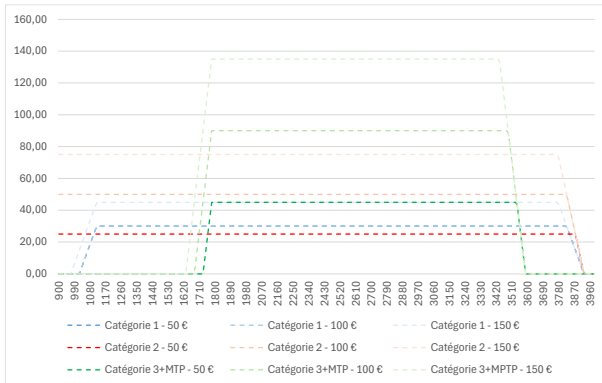
<sup>420</sup> CSS, art. R. 341-4 pour l'invalidité de première catégorie, qui sert de référence pour les autres catégories d'invalidité.

<sup>421</sup> CSS, art. R. 341-5.

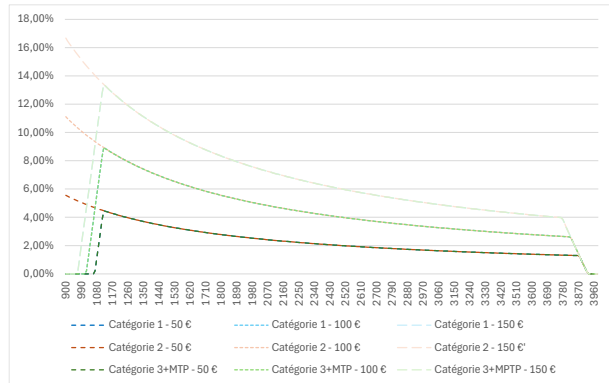
<sup>422</sup> CSS, art. R. 341-5.

<sup>423</sup> CSS, art. R. 341-6.

Graphique 26 : Augmentation absolue du revenu de remplacement



Graphique 27 : Augmentation relative du revenu de remplacement



Source : Mission. Chiffres mensuels pour les salaires et les rentes d'invalidité.

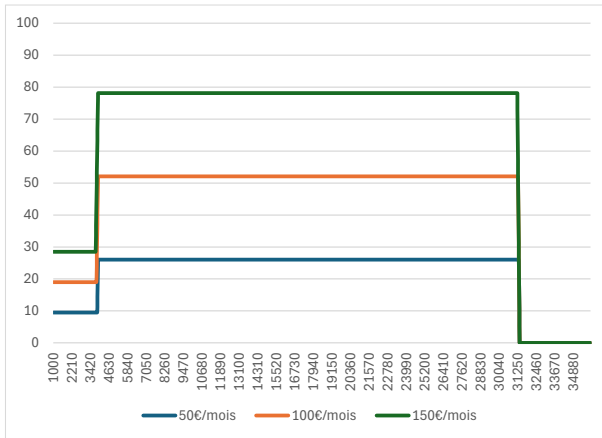
### 2.3.2.4 Les droits à retraite de base et complémentaires seraient sensiblement augmentés si on suppose que l'augmentation est uniforme au cours de la carrière complète

[87] La retraite pose des problèmes de simulation particuliers, puisque les droits dépendent de la trajectoire de la rémunération du salarié. La mission a donc retenu les hypothèses simplificatrices suivantes (qui ne sont en pratique pas respectées) :

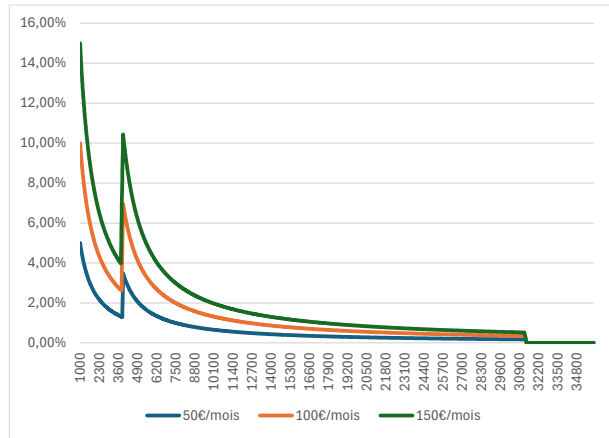
- le salaire est uniforme au cours de la carrière ;
- l'augmentation de salaire brut est uniforme sur toute la carrière (pas de dépendance à la trajectoire) ;
- on néglige les conditions d'ouverture des droits (âge, durée de carrière) ;
- il n'existe pas de revalorisation des salaires ni d'inflation ;
- les paramètres techniques sont ceux de 2025.

[88] Dans ces conditions, une augmentation du salaire brut de 50, 100 ou 150 € produit les effets relatifs suivants sur les droits à pension complémentaires :

Graphique 28 : Augmentation absolue du revenu de remplacement



Graphique 29 : Augmentation relative du revenu de remplacement



Source : Mission. Chiffres mensuels pour les revenus et les pensions (43 annuités pour les montants absolus).

[89] On observe qu'il existe deux points de « discontinuité » apparente<sup>424</sup> correspondant au passage :

- à un plafond de la sécurité sociale. En effet, le passage en deuxième tranche, avec son taux de rendement très supérieur à celui de la première tranche (17 % en deuxième tranche contre 6,2 % en première tranche) a des effets importants majorant l'impact de l'augmentation ;
- inversement, au-delà de 8 plafonds de la sécurité sociale, l'augmentation de revenu est sans effet puisqu'aucun droit nouveau n'existe à ce niveau.

[90] S'agissant de la retraite de base, en supposant que l'assuré social ait eu une rémunération inférieure aux plafonds de la sécurité sociale (mais permettant d'obtenir la plénitude des droits) et que ses droits lui permettent d'accéder au « taux plein », alors une augmentation de rémunération brute se traduit par la même augmentation divisée par deux de la pension de base en l'absence d'inflation sur la carrière.

[91] Ces éléments de chiffrage, basés sur un cas type théorique très éloigné de conditions réelles, doivent être remis en perspective en prenant en compte les éléments suivants :

- le taux de remplacement total (base et complémentaire confondus) dépendait, pour la génération née en 1962 et une liquidation à l'âge du plein, du cas type considéré et s'élevait à 52,9 % pour un cadre, 76,1 % pour un non cadre, 69,4 % pour un non cadre avec chômage et à 80,4 % pour une femme avec deux enfants<sup>425</sup> ;
- la durée de l'assujettissement a un effet direct sur l'augmentation des droits : plus elle est durable, plus l'augmentation des droits est importante. De fait, en intégrant la contribution

<sup>424</sup> En réalité les courbes sont continues

<sup>425</sup> Source : COR, rapport annuel 2024 (cas types n°1 à 4).

au salaire, on retrouve l'effet de la durée dans les mêmes termes que pour la rémunération brute classique (surcote/décote, durée minimale etc) ;

- pour ce qui est de la retraite complémentaire, un assujettissement de 100 € supplémentaires un mois donné a pour effet d'augmenter, pour ce même mois, le nombre de points de 0,3898 points (pour la tranche sous le plafond de la sécurité sociale et de 1,0694 points (pour la tranche entre un et huit plafonds de la sécurité sociale), ce qui revient à une augmentation annuelle des droits à pension de respectivement 0,56 € et 1,54 €, cette augmentation se cumulant toutefois au fil des mois (le facteur durée se traduisant alors par l'accumulation de points supplémentaires).

### 2.3.2.5 L'impact de l'assujettissement sur le montant des allocations chômage varie très fortement avec le revenu de référence

[92] L'assurance chômage considère des allocations journalières (sur le modèle des indemnités journalières). Pour les besoins de la simulation, la mission a divisé la rémunération brute mensuelle par 30,43 pour effectuer les conversions entre rémunérations journalières et mensuelles.

[93] L'allocation journalière est bornée<sup>426</sup> :

- par un plafond de 294,21 € bruts, correspondant au plafonnement à quatre plafonds de la sécurité sociale ;
- par un plancher constitué de la plus petite des valeurs entre :
  - 75 % du salaire journalier de référence (lorsque le salaire journalier de référence est inférieur à 42,84 € - soit 1 303,62 € bruts mensuels) ;
  - 32,13 € (au-delà de 42,84 €).

[94] À l'intérieur de ces bornes, l'allocation journalière vaut la plus élevée des valeurs suivantes :

- 57 % du salaire journalier de référence (lorsque le salaire journalier de référence est inférieur à 79,40 € - soit 2 416,14 € bruts mensuels)
- 13,18 €+40,4 % du salaire journalier de référence (au-delà de 79,40 €).

[95] On retrouve ainsi les différentes plages :

- pour une rémunération conduisant à un salaire journalier de référence inférieur à 42,84 €, c'est 75 % de l'augmentation de rémunération qui viendra abonder les droits ;
- pour des rémunérations conduisant à des salaires journaliers de référence compris entre 42,84 € et 56,27 € (soit 1 712,30 € bruts mensuels), l'allocation journalière s'établit au plancher de 32,13 €. Par conséquent, l'augmentation de rémunération est sans effet sur l'allocation journalière ;
- pour des rémunérations conduisant à des salaires journaliers de référence compris entre 56,27 € et 79,40 €, c'est 57 % de l'augmentation de rémunération qui viendra abonder les droits ;

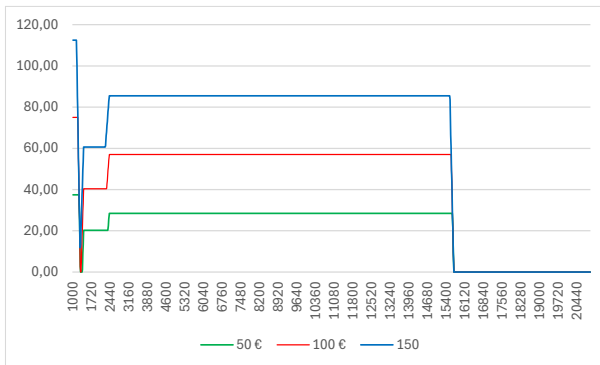
---

<sup>426</sup> Articles 14, 16

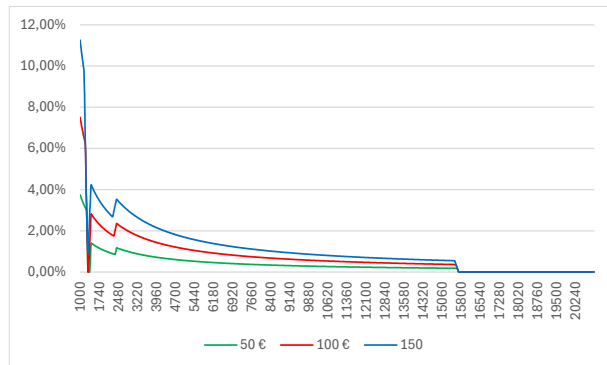
- pour des rémunérations conduisant à des salaires journaliers de référence compris entre 79,40 € et 294,21 €, c'est 40,4 % de l'augmentation de rémunération qui viendra abonder les droits ;
- enfin, au-delà, l'augmentation de rémunération est sans effet sur l'allocation journalière.

[96] Dans ces conditions, une augmentation du salaire brut de 50, 100 ou 150 € produit les effets relatifs suivants sur les droits à prestations chômage :

Graphique 30 : Augmentation absolue du revenu de remplacement



Graphique 31 : Augmentation relative du revenu de remplacement



Source : Mission. Chiffres mensuels pour les revenus (avec, par convention, un mois de 30,43 jours).

## 2.4 Les ressources des branches à logique non contributive ne sont pas compensées par le produit du forfait social

[97] Le forfait social concerne les sommes soumises à CSG mais pas à cotisations sociales. Son taux<sup>427</sup> est de 8 % pour les contributions employeur à la complémentaire santé et à la prévoyance complémentaire (voir annexe 1). Son produit est affecté à la CNAV<sup>428</sup>.

[98] De manière générale, il concerne des dispositifs exemptés de cotisations sociales pour lesquels la substitution avec du salaire (soumis à cotisation) est interdite<sup>429</sup>.

<sup>427</sup> Avec une exemption pour les entreprises de 10 salariés ou moins.

<sup>428</sup> CSS, art. L. 137-17.

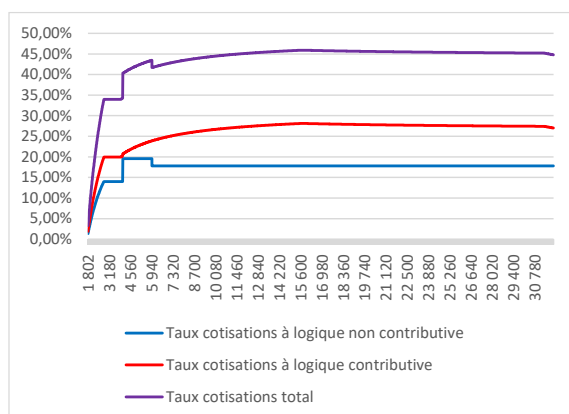
<sup>429</sup> S'agissant de la protection sociale complémentaire, CSS, art. L. 242-1. La même prohibition s'applique à l'intéressement (CT, art. L. 3312-4), la participation (CT, art. L. 3325-1), l'abondement de l'entreprise dans le cadre des plans d'épargne entreprise (CT, art. L. 3332-13) et aux chèques vacances (CTour, art. L. 411-10).

## 2.4.1 Le forfait social permet d'assurer des ressources au système de sécurité sociale

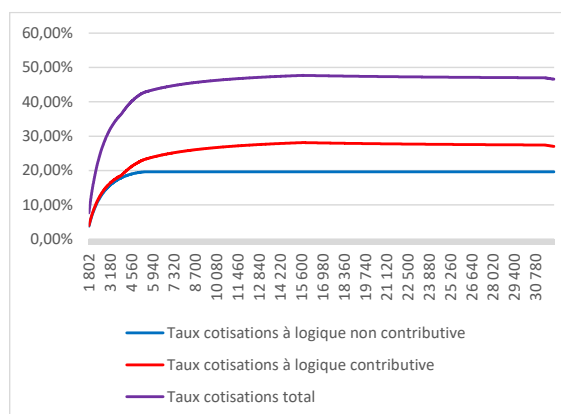
[99] Le forfait social présente, pour un même dispositif, un taux unique ne dépendant pas de la rémunération du salarié. Ainsi, s'agissant de complémentaire santé et de prévoyance complémentaire, son taux s'élève à 8 % indépendamment du salaire.

[100] Or, s'il doit être comparé à l'assujettissement aux cotisations sociales, ce taux doit être comparé aux taux de cotisations patronales, qui varient fortement avec le salaire brut, comme le montrent les graphiques suivants :

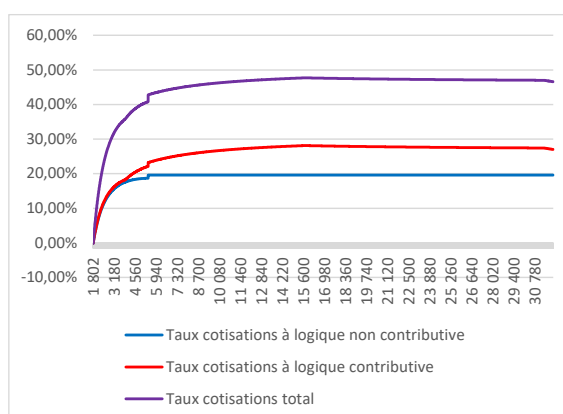
Graphique 32 : Taux des cotisations patronales en fonction du salaire (situation jusqu'en 2025)



Graphique 33 : Taux des cotisations patronales en fonction du salaire (annexe 9 du PLFSS 2025)



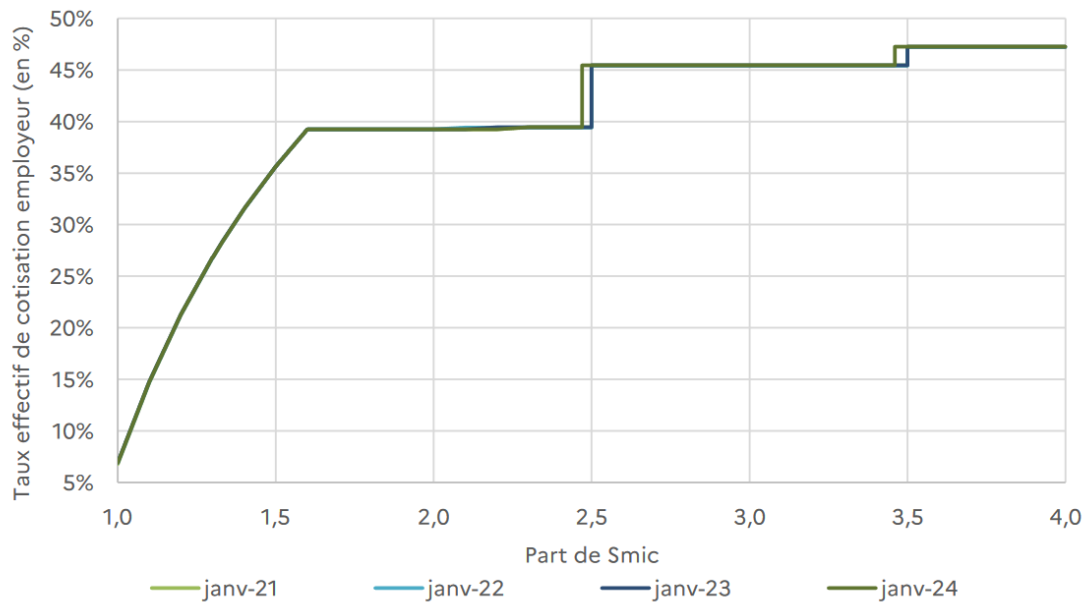
Graphique 34 : Taux des cotisations patronales en fonction du salaire (situation à compter de 2026)



Source : Mission. Chiffres mensuels pour les revenus.

[101] On observe différents sauts et discontinuités sur les taux de cotisations patronales prévalant jusqu'en 2025, phénomène par ailleurs également relevé par A. Bozio et É. Wasmer dans leur rapport d'octobre 2024 :

Graphique 35 : Taux des cotisations patronales en fonction du revenu



Lecture : en janvier 2024, le taux de cotisation employeur au niveau du Smic est de 6,9 %. Note : taux en vigueur pour une entreprise de plus de 50 salariés ou plus située à Paris.

Source : Dares.

Source : *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*, A. Bozio et É. Wasmer, octobre 2024.

## 2.4.2 Le forfait social ne permet pas de compenser la perte de recettes liée à une exemption de cotisations sociales et sa logique d'affectation est discutable

[102] La question de l'objectif poursuivi par le forfait social se pose. En effet, son niveau doit être ajusté selon qu'il doit :

- éviter la substitution entre rémunération et dispositif exempté. Dans ce cas, son taux devrait s'établir au niveau total des cotisations patronales ;
- assurer des ressources au système de sécurité sociale pour les branches à logique non contributive, ce qui devrait logiquement se traduire par une affectation du produit du forfait social à ces branches.

[103] La difficulté est que ces taux varient très fortement avec le salaire. Le tableau ci-dessous présente les rémunérations « limite » pour lesquelles des taux de forfait social à 8, 12, 16 ou 20 % seraient neutres :

Tableau 7 : Niveau de salaire en fonction du taux de cotisation patronale (avant et après réforme des réductions générales de charges patronales)

Niveau des cotisations patronales	Niveau de salaire		
	2025	2026 (annexe 9)	2026 (décret)
8 %	1 910 €	1 820 €	1 980 €
12 %	2 010 €	1 940 €	2 080 €
16 %	2 120 €	2 080 €	2 200 €
20 %	2 250 €	2 260 €	2 350 €

Source : Mission. Lecture : les cotisations patronales s'élèvent à 12 % pour une rémunération approximative de 2 010 € en 2025 et 2 080 € en 2026. Ces chiffres ne prennent pas en compte les cotisations décrites en introduction du chapitre 1.

[104] La forme croissante de la courbe des taux de cotisations fait que les bas salaires sont pénalisés par le système actuel : l'assujettissement aux cotisations sociales serait, en raison essentiellement du mécanisme de réductions générales de cotisations existant jusqu'en 2025 sur les bas salaires, moins onéreux pour l'employeur que le forfait social pour les salaires autour du SMIC.

[105] Cette remarque étant faite, on notera que le niveau actuel du forfait social est très loin de celui permettant d'atteindre :

- l'objectif de neutralité financière pour les branches à logique non contributive, qui supposerait un taux de forfait social de l'ordre de 20 % et l'affectation de son produit à ces branches ;
- l'objectif de non substitution au salaire, qui supposeraient un taux de forfait social de l'ordre de 30 à 40 %.

### 3 Sous l'hypothèse de comportements inchangés, les cotisations théoriques équivalentes sont estimées à 6 milliards d'euros après prise en compte des allègements généraux

[106] L'assiette des contributions patronales à la PSC exemptée de cotisations sociales n'est pas précisément déclarée, comme souvent en cas d'exemption d'assiette et à la différence des réductions ou exonérations de taux. Elle nécessite d'être estimée et la DSS effectuée sur cette base des simulations, afin d'évaluer les cotisations équivalentes qui auraient été perçues en l'absence d'exemption.

### 3.1 La méthodologie retenue dans les documents remis au Parlement

[107] Dans le cadre des annexes aux projets de loi de financement, la DSS produit des chiffrages pour l'information du Parlement, qui consistent à estimer les cotisations dites « équivalentes », c'est-à-dire celles qui auraient été perçues en l'absence d'exemption et sous l'hypothèse de comportements inchangés des acteurs (hypothèse forte faute de mieux) et ce pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) qui correspondent au périmètre des lois de financement. Pour mener son calcul s'agissant des exemptions relatives à la protection sociale complémentaire, la DSS recourt à plusieurs sources :

- les données de marché collectées par la DREES pour les cotisations des contrats d'assurance concernés ;
- les taux moyens de prise en charge de ces cotisations par les employeurs tels qu'ils ressortent de l'enquête PSCE 2017 ;
- des données fournies par l'URSSAF Caisse nationale concernant la distribution des salaires concernés par ces dispositifs ;
- le montant du forfait social recouvré au taux de 8 %, fourni par l'Urssaf Caisse nationale. Pour mémoire, le produit du forfait social, dont les entreprises de moins de 11 salariés sont exemptées, est versé en intégralité à la CNAV depuis 2016 (cf. article L137-17 du CSS<sup>430</sup>) indépendamment du risque couvert par les cotisations exemptées et alors même que des cotisations retraite auraient quant à elles ouvert des droits supplémentaires. Lors de sa création en 2009, il était affecté à la CNAM.

#### 3.1.1 L'évaluation des contributions des employeurs pour déterminer l'assiette exemptée

[108] A partir des données de la DREES, issues après retraitements des états prudentiels et statistiques transmis par les organismes assureurs à l'ACPR<sup>431</sup>, sont identifiées les cotisations complémentaires santé et prévoyance pour l'ensemble des contrats collectifs obligatoires.

[109] Cette source appelle deux remarques :

- ces données sont des cotisations hors taxes conformément aux règles comptables de l'assurance, qui ne correspondent ainsi pas aux montants payés par les salariés et employeurs : en prévoyance, les contrats ne sont pas taxés mais, pour la complémentaire santé, la taxe de solidarité additionnelle s'ajoute, au taux de 13,27 % si le contrat est responsable ; les cotisations complémentaire santé effectivement payées par les employeurs et salariés doivent être majorées de 13,27 %<sup>432</sup> ;

<sup>430</sup> En 2015, le forfait social était versé à 80 % à la CNAV et à 20 % au fonds de solidarité vieillesse.

<sup>431</sup> Ces données sont publiées par la DREES en open data.

<sup>432</sup> Les contrats doivent être solidaires et responsables donc taxés au taux de 13,27 %. Si ce n'était pas le cas, l'employeur perdrait le bénéfice de l'exemption d'assiette et le contrat serait taxé à 20,27 %.

- les états collectés par l'ACPR<sup>433</sup>, n'identifient plus, depuis 2016<sup>434</sup>, les contrats collectifs obligatoires de salariés ; si une catégorie « contrats collectifs obligatoires » est identifiée, cette catégorie inclut des contrats collectifs certes obligatoires mais qui ne concernent pas des salariés, par exemple des garanties de dommages corporels type individuelle accident incluses obligatoirement dans une licence sportive ; le CTIP a indiqué à la mission que, empiriquement, le chiffre d'affaires hors taxes concerné serait de 14 % du marché dit « santé ».

[110] Ces éléments, à prendre avec précaution, joueraient en sens inverse pour estimer le montant TTC des cotisations de complémentaire santé payées par les salariés et employeurs.

[111] En prévoyance, en l'absence de taxation des contrats, l'existence d'éventuels contrats collectifs obligatoires qui ne concerneraient pas la prévoyance obligatoire en entreprise viendraient amoindrir (probablement dans une faible mesure) le montant des cotisations concernées.

[112] La DSS applique ensuite à ces montants un pourcentage moyen de prise en charge par l'employeur, inspirés de l'enquête PSCE, 58 % en complémentaire santé<sup>435</sup> et 59 % en prévoyance.

[113] A l'issue de ces calculs, l'assiette exemptée est estimée à 22,6 milliards d'euros en 2023.

**Tableau 8 : Estimation des contributions employeurs aux cotisations des complémentaires santé et prévoyance (en milliards d'euros)**

	2021	2022	2023
Cotisations totales complémentaire santé	19,65	20,18	21,52
Part employeur (1)	11,40	11,70	12,48
Cotisations totales prévoyance	14,72	15,90	17,20
Part employeur (2)	8,68	9,38	10,15
<b>Contribution totale employeurs (1) +(2)</b>	<b>20,1</b>	<b>21,1</b>	<b>22,6</b>

Source : Données DSS (SD6)

<sup>433</sup> Dénommés « états nationaux spécifiques ».

<sup>434</sup> Les anciens états prudentiels, dénommés états C, identifiaient des catégories par référence à l'article 2 de la loi Evin du 31 décembre 1989, c'est-à-dire les garanties collectives de salariés.

<sup>435</sup> Ce pourcentage correspond au taux de participation moyen de l'employeur pour les établissements qui participent de façon uniforme au financement de la prime pour tous les salariés, selon l'enquête PSCE 2017.

### 3.1.2 La simulation des taux de cotisations aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, avant et après prise en compte des allègements généraux

[114] Sont ensuite appliqués aux montants ci-dessus des taux de cotisation patronales moyens aux régimes obligatoires de base.

[115] Pour calculer ces taux de cotisations moyens, la DSS s'appuie sur la masse salariale concernée par ces cotisations<sup>436</sup> et distribuée selon les tranches de niveau de SMIC (données fournies par l'URSSAF Caisse nationale à parti de la DSN), par pas de 0,1 SMIC. A chaque tranche est appliquée le taux de cotisations sociales. L'application d'un taux unique par pas de 0,1 SMIC est une approximation, sachant que certaines tranches sont particulièrement fournies (pic de concentration des salaires entre 1,1 et 1,3 SMIC).

[116] Le taux moyen est issu de ces taux par tranches de SMIC pondérés par la masse salariale concernée de chaque tranche.

[117] Le calcul de ces taux moyens est fait avant (taux dit « brut ») et après (taux dit « net ») application des dispositifs d'allègements généraux. Ces taux moyens sont ensuite appliqués aux montants issus de la première étape.

[118] Cette démarche d'estimation ne prend pas en compte ce que le rapport<sup>437</sup> Bozio-Wasmer d'octobre 2024 a qualifié d'effet indirect des exemptions d'assiette : en réduisant le salaire pris en compte dans le calcul des dispositifs généraux d'allègements, elles conduisent à augmenter le taux d'exonération issu du calcul de la réduction générale et des taux réduits maladie et famille. Autrement dit, l'existence des exemptions conduit à décaler la courbe des allègements généraux « vers le haut »

### 3.2 L'estimation est présentée dans les annexes aux lois de financement de la sécurité sociale, après déduction du montant recouvré au titre du forfait social qui est affecté à la CNAV

[119] A l'issue de l'exercice, les cotisations de sécurité sociale équivalentes sont estimées à 6,1 milliards d'euros en 2023, après prise en compte des allègements généraux qui ont un impact de 1,9 milliards d'euros. Toutefois, afin d'avoir une vision consolidée des impacts financiers, la DSS déduit de ce montant les sommes effectivement recouvrées au titre du forfait social à 8 % (indépendamment de son affectation), soit un montant de 1,2 milliards d'euros en 2023. Le résultat final présenté est ainsi de 4,9 milliards d'euros.

[120] La DSS a transmis à la mission une mise à jour son précédent chiffrage, qui avait été fait pour le PLFSS 2025.

---

<sup>436</sup> Pour la prévoyance, les données de masse salariale fournies par l'Urssaf concernent la prévoyance et la retraite supplémentaire, faute de pouvoir identifier exclusivement la prévoyance.

<sup>437</sup> Antoine Bozio et Etienne Wasmer, *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*, octobre 2024.

Tableau 9 : Estimation des cotisations équivalentes en 2022 et 2023

MESURES D'EXEMPTION D'ASSIETTE	En Md€	2022			2023		
		Assiette exemptée	Cotisations équivalentes		Assiette exemptée	Cotisations équivalentes	
			Brutes	Nettes		Brutes	Nettes
Santé et Prévoyance complémentaire		21,1	6,3	4,6	22,6	6,8	4,9

Source : DSS

[121] L'annexe au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale<sup>438</sup> 2024 publiée en juin 2025 indique une assiette exemptée (donnée provisoire) de 23,4 milliards d'euros et un montant de cotisations nettes équivalentes de 5,1 milliards d'euros (sans précision sur les cotisations équivalentes brutes).

[122] La démarche estimative fait apparaître, sous la réserve des difficultés que rencontre cet exercice, que :

- à comportements inchangés, l'exemption réduit en théorie les cotisations sociales nettes d'allègements généraux perçues par les régimes obligatoires de base de 6,1 milliards d'euros ; cette perte théorique de recettes est une perte sèche en l'absence de compensation du dispositif d'exemption (non compensation à la différence du principe posé pour les exonérations) ;
- si le dispositif d'exemption n'existait pas et que les comportements étaient inchangés, l'évaluation du coût des allègements généraux serait rehaussée de 1,9 milliards d'euros ;
- la CNAV bénéficie avec le forfait social correspondant d'une recette de 1,2 milliards d'euros nette, sans nouveaux droits contributifs associés.

### 3.3 L'analyse des données sur le forfait social à 8 % fait apparaître une assiette de l'ordre de 15 à 16 Md€

[123] Le taux « de principe » du forfait social est de 20 %, mais il existe ou a existé différents taux dérogatoires, à 16 %, 10 % ou 8 %. Une fiche éclairage de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2021 a précisément étudié le forfait social<sup>439</sup>. En 2020, l'assiette soumise au forfait social à 20 % représentait 58 % de l'assiette totale soumise à forfait social, et le rendement total du forfait social était de 5,5 milliards

[124] S'agissant du forfait social à 8 %, il s'applique aux contributions des employeurs à la PSC mais également aux abondements à la réserve spéciale de participation des sociétés coopératives de production (SCOP). Il s'est aussi appliqué temporairement à compter de 2016 sur les versements d'épargne salariale (intéressement, participation et abondement de l'employeur sur un plan d'épargne salariale) pour les entreprises de moins de 50 salariés et sur l'intéressement dans les entreprises de moins de 250 salariés, afin de soutenir la conclusion de nouveaux accords

<sup>438</sup> Fiche 72 de cette annexe 2. Dans le PLACSS 2023, la fiche concernée de l'annexe 2 était la fiche 75.

<sup>439</sup> Consultable ici : [Les Comptes de la Sécurité Sociale - juin 2021](#).

dans les petites et moyennes entreprises<sup>440</sup>. Le forfait social sur ces sommes a ensuite été supprimé en 2019, en application de la loi PACTE.

[125] Le tableau suivant présente les montants recouverts au titre du forfait social à 8 %, soit 1,20 milliards d'euros en 2023 et 1,28 milliards en 2024, correspondant à une assiette de 15 et 16 Md€.

[126] L'écart entre cette assiette et celle présentée dans le chapitre précédent peut s'expliquer :

- dans un sens, par les éléments inclus dans l'assiette mais ne correspondant pas à la protection sociale complémentaire (épargne salariale) : de ce point de vue, l'assiette devrait être diminuée ;
- dans un autre sens, par l'existence de cotisations pour les ayants droits entrant dans le champ de la protection sociale complémentaire de la DREES mais pas nécessairement de l'exemption (lorsque le contrat couvre les ayants droits sans participation de l'employeur). Les cas de dispense peuvent également jouer en ce sens.

Tableau 10 : Evolution du montant recouvert au titre du forfait social à 8 % de 2013 à 2024

(en M€)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant recouvert	805	823	846	884	922	943	960	965	1 007	1 075	1 199	1 276
Assiette concernée	10 057	10 291	10 574	11 048	11 529	11 791	12 003	12 068	12 591	13 441	14 993	15 949
% évolution annuelle	-	2,3 %	2,7 %	4,5 %	4,4 %	2,3 %	1,8 %	0,5 %	4,3 %	6,8 %	11,5 %	6,4 %

Source : Urssaf Caisse nationale - Données agrégées de la DSN (vues à fin juin 2025)

[127] Le forfait social ne concerne ci-dessus que les entreprises de 11 salariés et plus du secteur privé cotisant aux Urssaf. En estimant à 16 % le poids des entreprises exemptées de forfait social d'après les données individuelles et à 5 % le poids du secteur agriculture (production agricole et industrie agro-alimentaire), on peut estimer le montant des contributions patronales à la PSC à environ 20 milliards d'euros.

<sup>440</sup> Article 171 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, applicable à compter du 1er janvier 2016.