

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

• **RAPPORT**

Simon
Arambourou

Laurence
Eslous

Vincent
Ruol

—
Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] L'IGAS a procédé à une évaluation des dispositifs dérogatoires en matière de cotisations sociales s'appliquant à la protection sociale complémentaire (PSC) en entreprise. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui prévoit pour le Gouvernement une obligation d'évaluation tous les trois ans de l'ensemble des mesures de réduction et d'exonérations de cotisations et de contributions sociales.

[2] Le dispositif étudié consiste en **une exemption de l'assiette des cotisations sociales pour la contribution patronale à la protection sociale complémentaire des salariés et de leurs familles, soit la complémentaire santé pour les frais de soins et la prévoyance pour les risques décès, invalidité et incapacité. Créé il y a plus de 40 ans mais sans réexamen de ses objectifs qui se sont multipliés depuis, il se caractérise par sa complexité et s'insère dans un ensemble socio-fiscal dérogatoire plus vaste.**

[3] L'exemption est conditionnée au caractère collectif et obligatoire des garanties ainsi que, pour la complémentaire santé, à la nature solidaire et responsable du contrat souscrit. Son plafond, conjoint à la prévoyance et à la complémentaire santé, est fixé à un niveau élevé fonction de la rémunération du salarié qui peut aller jusqu'à 471 € par mois. En conséquence de l'exemption, les contributions des employeurs de 11 salariés et plus sont redevables du forfait social mais à un taux réduit de 8 % contre 20 % pour le droit commun, tandis que les contributions des employeurs de moins de 11 salariés en sont totalement exonérées.

[4] Sur le plan fiscal, la taxation des contrats collectifs de salariés en complémentaire santé est identique à celle des contrats souscrits à titre individuel, avec un taux de taxe de solidarité additionnelle (TSA) à 13,27 % s'ils sont solidaires et responsables et 20,27 % dans le cas contraire. Les garanties collectives de prévoyance ne sont quant à elles pas taxées. Surtout, **les modalités d'imposition sur le revenu des contributions employeur et salarié à la protection sociale complémentaire sont dérogatoires, avec une distinction entre prévoyance et complémentaire santé, ce qui se traduit par des effets anti-redistributifs significatifs.** Dans le cas de la prévoyance complémentaire, la totalité des contributions, salariales et patronales, finançant le contrat sont exemptées de l'assiette de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) ; pour la complémentaire santé, seule la contribution salariale est exclue de l'assiette de l'IRPP.

[5] En dehors de cette complexité, **ce dispositif se caractérise par la multiplicité et le manque de clarté des objectifs qui lui sont assignés ainsi que par l'insuffisance des données disponibles.**

[6] A l'objectif initial de sécurisation juridique ayant présidé à la création de l'exemption en 1980, s'est ajouté un objectif incitatif de développement des couvertures collectives de prévoyance et de complémentaire santé. Cet objectif incitatif est dénué d'objectifs précis pour la prévoyance et ne semble plus pertinent pour la complémentaire santé, celle-ci ayant été rendue obligatoire à compter du 1er janvier 2016, pour l'ensemble des employeurs privés, et à partir du 1er janvier 2026, pour les employeurs publics. Il semble donc que l'exemption poursuive de nouveaux objectifs dans le cas de la complémentaire santé, à savoir la limitation du coût pour

l'employeur de l'obligation instaurée à compter de 2016 ainsi que l'incitation à la souscription de contrats solidaires et responsables.

[7] S'agissant des données, le marché de l'assurance fournit des données statistiques annuelles sur la PSC mais qui sont insuffisamment détaillées pour les contrats collectifs de salariés. La prévoyance est particulièrement mal connue, avec des données inexistantes ou datées.

[8] En dépit de ces limites, la mission a pu faire les constats suivants, certains étant communs à la prévoyance et à la complémentaire santé, d'autres étant distincts.

[9] **Les enjeux financiers liés à cette exemption sont majeurs pour l'ensemble des parties prenantes** car l'assiette exemptée est estimée à environ 20 Mds €, sans qu'il soit toutefois possible d'établir un montant précis en raison des fortes incertitudes résultant de l'insuffisance des données :

- **elle se traduit par une perte théorique (car sous l'hypothèse de comportements inchangés) de cotisations sociales pour les régimes base d'environ 6 Mds €, soit une perte nette d'environ 5 Mds € après prise en compte du montant recouvré au titre du forfait social.** Cette perte de recettes affecte également d'autres régimes notamment l'AGIRC-ARRCO et l'UNEDIC ;
- pour les employeurs de 11 salariés et plus, l'impact du forfait social par rapport aux allègements généraux est variable : l'exemption accompagnée du forfait social à 8% constitue en 2025 un désavantage pour les salaires proches du SMIC, et est neutre avec un assujettissement pour 1,1 SMIC ; au-delà, l'avantage comparatif s'accroît avec le niveau de salaire pour dépasser 20 points à partir de 2,5 SMIC ;
- pour les salariés, leur contribution au financement des garanties constitue une dépense obligatoire et l'exemption de cotisations sociales pour la contribution patronale se traduit par une perte de droits contributifs, notamment en retraite ; enfin, l'exemption présente le risque de substitution de la protection sociale complémentaire aux salaires.

Le dispositif socio-fiscal est largement commun à la prévoyance et la complémentaire santé mais les constats divergent entre ces deux catégories de couverture.

Concernant la prévoyance :

- les accords collectifs de prévoyance, lorsqu'il en existe, sont majoritairement mis en place au niveau de la branche ;
- les garanties restent peu connues des salariés alors que les risques concernés peuvent avoir des conséquences majeures sur les revenus des salariés et de leurs familles, la couverture par les régimes de base étant limitée ;
- les niveaux de garanties et de contribution patronale sont assez hétérogènes selon le statut des salariés, la prévoyance restant non généralisée ; le niveau de couverture croît avec la taille de l'entreprise et les cadres bénéficient souvent de garanties et d'une prise en charge par l'employeur plus favorables que les non-cadres.

S'agissant de la complémentaire santé collective des salariés :

- contrairement à la prévoyance, la couverture relève davantage du niveau de l'entreprise que de la branche ;
- combinée au caractère peu limitant du plafond des contrats responsables et aux possibilités de contournement offertes par les surcomplémentaires, l'exemption favorise des garanties paraissant peu responsables (en particulier, la prise en charge de soins non conventionnels, dont l'efficacité voire l'innocuité n'est pas démontrée, ou de dépassements d'honoraires élevés) ;
- alors que la prise en charge des frais de soins concerne l'ensemble de la population et non les seuls salariés, l'exemption de cotisations et les avantages fiscaux qui lui sont attachés sont structurellement inflationnistes et amplifient le caractère inégalitaire de la couverture complémentaire santé en raison du caractère assez largement forfaitaire des primes demandées et de l'exclusion de la contribution salariale de l'assiette de l'IRPP.

[10] Les difficultés rencontrées par la mission pour établir un état des lieux fiable incitent à recommander en premier lieu de favoriser une meilleure connaissance générale de la protection sociale complémentaire, par l'amélioration des données annuelles (déclaration sociale nominative, états statistiques fournis par les organismes complémentaires) et un renouvellement plus fréquent des enquêtes dédiées. Une meilleure information des partenaires sociaux est également souhaitable, via notamment l'alimentation de la base de données économiques, sociales et environnementales

[11] S'agissant des scénarios d'évolution, deux approches de moyen terme ou de plus court terme, s'appuyant dans ce dernier cas sur des évolutions paramétriques des dispositifs actuels, ont été étudiées. Les propositions de la mission peuvent aussi être combinées entre elles, en mobilisant les différents leviers existants.

[12] Ainsi, deux orientations opposées peuvent être envisagées : le maintien de l'exemption, mais en la conditionnant strictement à des objectifs précis, ou sa suppression. Le maintien du dispositif supposerait qu'il se rapproche de la notion de régime obligatoire, *a minima* au niveau de la branche, pour en justifier les avantages, notamment la généralisation de la couverture et la mutualisation entre entreprises. La suppression de l'exemption, légitime au regard des enjeux financiers pour les ressources de la sécurité sociale, nécessite de se pencher sur l'ajustement des comportements qu'elle induirait.

[13] Dans un objectif de généralisation de la prévoyance, cette dernière pourrait continuer à bénéficier de l'exemption à condition que les partenaires sociaux s'accordent sur des régimes obligatoires de branche organisant la mutualisation des risques, par exemple dans un délai de deux ans. **A l'inverse, la suppression de l'exemption devrait s'envisager prioritairement pour la complémentaire santé en raison de son caractère inégalitaire pour les assurés sociaux et de ses effets inflationnistes. Le rendement à court terme pour les finances publiques d'une telle mesure serait de 2,4 milliards d'euros, hors mesure éventuelle d'accompagnement.**

[14] A plus court terme, **en cas de maintien de l'exemption, l'application du taux de droit commun au forfait social (20%), permettrait d'accroître les ressources de la sécurité sociale à hauteur de 1,8 milliard d'euros (à comportements inchangés) mais désavantagerait particulièrement les plus bas salaires compte tenu des taux de cotisations sociales applicables**

après allègements généraux. L'exemption pourrait également être enserrée dans des plafonds contraignants, plafonds qui doivent être distingués entre complémentaire santé et prévoyance.

[15] **Particulièrement inéquitable et anti-redistributive, l'exonération d'impôt sur le revenu pour les contributions patronales ou salariales devrait idéalement être supprimée, à défaut strictement plafonnée.** Pour la seule complémentaire santé d'entreprise, cette niche fiscale est évaluée à 830 millions d'euros. Pour la prévoyance, son montant est probablement le double.

[16] Enfin, pour la complémentaire santé, la mission recommande de restreindre le champ des garanties pouvant être offertes dans le cadre des contrats solidaires et responsables, d'interdire la souscription dans le cadre de l'entreprise de contrats ou options non responsables, et pour ces derniers (qui ne seraient plus souscrits qu'à titre individuel et dans le cadre privé) de porter le taux de TSA à 33 %.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Organismes concernés
1	Inclure les informations relatives à la protection sociale complémentaire dans la base de données économiques sociales et environnementales.	DG Travail
2	Rendre obligatoire pour les organismes complémentaires la transmission annuelle d'informations statistiques concernant les garanties de prévoyance complémentaire en distinguant <i>a minima</i> les garanties décès, invalidité et incapacité de travail.	DSS/ACPR
3	Identifier, au sein des états statistiques, les contrats collectifs obligatoires couvrant les salariés et agents publics, aussi bien pour la complémentaire santé que pour la prévoyance collective.	ACPR/DREES
4	Dans le cadre de la fiabilisation des états transmis à l'ACPR, mettre en place des contrôles qualité, en s'appuyant sur des contrôles de l'ACPR, pour tous les états transmis aux directions statistiques concernant la complémentaire santé et la prévoyance.	ACPR
5	Distinguer dans le bloc 54 de la déclaration sociale nominative (DSN) les contributions patronales pour la prévoyance et celles pour la retraite supplémentaire.	DSS
6	Étudier un assujettissement de la contribution patronale à la complémentaire santé qui pourrait être éventuellement couplé à une baisse du taux de TSA.	DSS
7	Porter le taux du forfait social à 20 % et réorienter son produit vers les branches à logique non contributive.	DSS
8	Abaisser les plafonds de l'exemption de cotisations sociales et de l'exonération d'impôt sur le revenu, en distinguant à chaque fois la complémentaire santé et la prévoyance.	DSS/DGFIP
9	Conditionner l'exemption, en prévoyance complémentaire, à la mise en place d'une couverture uniforme de l'ensemble des salariés d'une même entreprise tout en laissant deux années aux entreprises et branches afin de mettre en conformité leurs accords.	DSS/DG Travail
10	Exclure du périmètre des contrats solidaires et responsables les biens et soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et plafonner la prise en charge par les CSR des prothèses dentaires du panier libre.	DSS
11	Relever le taux de TSA des contrats et options non responsables à 33 %.	DSS

n°	Recommandation	Organismes concernés
12	Interdire la possibilité de proposer des garanties non responsables sous forme de surcomplémentaire ou d'options par le biais du contrat collectif de l'entreprise.	DSS
13	Supprimer les possibilités de dispense pour les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé collective dans leur entreprise.	DSS

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	6
RAPPORT	11
1 UN DISPOSITIF ABSCONS DE SOUTIEN PUBLIC A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN ENTREPRISE, AUX ENJEUX FINANCIERS CONSEQUENTS MAIS MAL CONNUS	13
1.1 L'EXEMPTION, ANCIENNE, DE COTISATIONS SOCIALES POUR LA CONTRIBUTION DE L'EMPLOYEUR A LA PROTECTIONS SOCIALE COMPLEMENTAIRE COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE DANS L'ENTREPRISE, S'INSCRIT DANS UN DISPOSITIF SOCIO-FISCAL DE SOUTIEN PLUS VASTE	13
1.1.1 <i>Par assimilation avec les cotisations versées aux régimes obligatoires, l'exemption de cotisations sociales, fixée en 1980, est conditionnée au caractère collectif et obligatoire des garanties mises en place dans l'entreprise</i>	14
1.1.2 <i>Le forfait social dû en conséquence de l'exemption est fixé au taux dérogatoire de 8 %, les entreprises de moins de 11 salariés étant exonérées</i>	16
1.1.3 <i>Les contrats de complémentaire santé doivent également être « solidaires » et « responsables », condition supplémentaire à l'exemption</i>	17
1.1.4 <i>Les contrats financés par les contributions salariale et patronale sont également exonérés de taxe sur les conventions d'assurance mais, pour la complémentaire santé, ils restent soumis, comme les contrats individuels, à une taxe de solidarité additionnelle</i>	18
1.1.5 <i>Les modalités d'imposition sur le revenu des salariés sont dérogatoires, et diffèrent entre prévoyance et complémentaire santé</i>	20
1.1.6 <i>Le dispositif composé de différentes strates, complexe, est à examiner dans son ensemble</i>	21
1.1.7 <i>Les objectifs peu explicites rendent l'exercice évaluatif délicat</i>	23
1.2 LES ENJEUX FINANCIERS SONT MAJEURS POUR L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES	24
1.2.1 <i>L'assiette exemptée s'élève à environ 20 milliards d'euros, mais ce montant est entouré de fortes incertitudes</i>	24
1.2.2 <i>À comportements inchangés, la perte théorique de cotisations sociales est estimée à environ 6 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base, tandis que le forfait social rapporte 1,2 milliard d'euros à la CNAV</i>	26
1.2.3 <i>Les salariés perdent des droits contributifs, notamment en retraite</i>	28
1.2.4 <i>L'impact sur le coût du travail est d'autant plus favorable que les salaires sont élevés, induisant un risque de substitution avec du salaire</i>	30
1.2.5 <i>Le coût pour les salariés s'accompagne d'un dispositif fiscal de soutien au pouvoir d'achat croissant avec le niveau de vie</i>	33
2 DES GARANTIES DE PREVOYANCE ESSENTIELLES POUR LES SALARIES DANS LE CAS DES RISQUES LOURDS MAIS INEGALEMENT DIFFUSEES PARMIS LES SALARIES	34
2.1 LES GARANTIES DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE VIENNENT COMPLETER LES PRESTATIONS LIMITEES DES REGIMES DE BASE POUR DES RISQUES PEU FREQUENTS MAIS AUX CONSEQUENCES GRAVES	34
2.1.1 <i>Le régime de base est peu couvrant pour les risques d'invalidité et de décès</i>	35
2.1.2 <i>La prévoyance complémentaire présente un double visage entre des risques catastrophiques, rares mais de grande intensité, et l'incapacité de travail, fréquente mais de plus faible intensité</i>	38
2.1.3 <i>Bien qu'essentielles, les garanties de prévoyance sont peu connues</i>	38
2.2 LES ACCORDS DE PREVOYANCE SONT MAJORITAIREMENT MIS EN PLACE AU NIVEAU DE LA BRANCHE	39
2.3 LES NIVEAUX DE GARANTIES ET DE CONTRIBUTION DE L'EMPLOYEUR SONT DISPARATES SELON LE STATUT DES SALARIES ET LA BRANCHE PROFESSIONNELLE, ET LA PREVOYANCE EN ENTREPRISE RESTE NON GENERALISEE	39
2.3.1 <i>Les cadres bénéficiaient historiquement d'une prise en charge par l'employeur à hauteur de 1,5 % de la rémunération</i>	40
2.3.2 <i>La couverture en prévoyance complémentaire est croissante avec la taille de l'entreprise</i>	40

2.3.3 Cadres et non cadres ne bénéficient pas toujours des mêmes conditions de prise en charge..... 41

3 UN DISPOSITIF FAVORISANT LA DIFFUSION EN ENTREPRISE DES CONTRATS RESPONSABLES EN SANTE, MAIS AMPLIFIANT LES DEFAUTS ATTACHES A LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE 42

3.1 L'ANI DE 2013 A FAVORISE LA GENERALISATION DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE COLLECTIVE DES SALARIES DU PRIVE, QUI S'OPERE AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE PLUTOT QUE DE LA BRANCHE 42

3.1.1 Une quasi-généralisation de la couverture complémentaire santé collective des salariés qui se poursuit aujourd'hui au sein de la fonction publique d'État 42

3.1.2 Contrairement à la prévoyance, la couverture complémentaire santé des salariés relève davantage du niveau de l'entreprise que de la branche..... 49

3.2 EN REDUISANT LE COUT DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE ET EN ETANT RESERVEE AUX CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES, L'EXEMPTION FAVORISE L'EXTENSION DES GARANTIES ET LA DIFFUSION DE CE TYPE DE CONTRAT 51

3.2.1 Les avantages socio-fiscaux sont réservés aux couvertures complémentaire santé solidaires et responsables qui doivent offrir un niveau minimal de garanties et exclure ou limiter certaines prises en charge 51

3.2.2 L'exemption de cotisations sociales participe activement à la diffusion des contrats solidaires et responsables et au développement de garanties au-delà de ce socle 54

3.3 L'EXEMPTION DE COTISATIONS NE PERMET PAS DE LIMITER CERTAINS DEFAUTS DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE, VOIRE LES AMPLIFIE 56

3.3.1 Combinée au caractère peu limitant du plafond des contrats responsables et aux possibilités de contournement des surcomplémentaires, l'exemption favorise des garanties paraissant peu responsables. 56

3.3.2 L'exemption de cotisations et les avantages fiscaux qui lui sont en partie liés contribuent à amplifier le caractère inégalitaire de la couverture complémentaire santé 59

4 GENERALISER LA PREVOYANCE ET LIMITER LES DEFAUTS ACTUELS DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE EN ENTREPRISE, SANS RENONCER A UNE PERSPECTIVE DE REFONTE PLUS AMBITIEUSE A MOYEN TERME 63

4.1 LA CONNAISSANCE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE PAR LES PARTIES PRENANTES ET LES POUVOIRS PUBLICS DOIT ETRE AMELIOREE..... 64

4.1.1 Les employeurs et les salariés devraient bénéficier d'informations plus transparentes afin de mieux identifier les enjeux attachés à la protection sociale complémentaire 64

4.1.2 Un meilleur pilotage de la protection sociale complémentaire nécessite de disposer de données fiables et suffisantes 65

4.1.3 Les salariés pourraient être davantage sensibilisés à l'importance de la couverture contre les risques lourds..... 68

4.2 DANS LE CADRE ACTUEL OU LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EST AU MILIEU DU GUE, DEUX SCENARIOS POLAIRES, DE SUPPRESSION OU DE MAINTIEN-EXTENSION DE L'EXEMPTION, SONT THEORIQUEMENT ENVISAGEABLES..... 69

4.2.1 Si l'existence de l'exemption et son caractère obligatoire et collectif rapprochent la PSC des régimes obligatoires, elle s'en différencie sur de nombreux points et n'en présente pas tous les avantages. 69

4.2.2 Les pouvoirs publics pourraient inviter les partenaires sociaux à construire des régimes complémentaires obligatoires de branche, voire un régime interprofessionnel unique de protection sociale complémentaire..... 71

4.2.3 Une suppression de l'exemption comporte des risques mais permettrait d'augmenter les recettes de la sécurité sociale, d'éviter la substitution avec du salaire et les pertes de droits contributifs pour les salariés et peut s'envisager pour la complémentaire santé..... 72

4.3 LES DISPOSITIFS SOCIO-FISCAUX ACTUELS PEUVENT ETRE AMENAGES POUR GENERALISER LA PREVOYANCE ET LIMITER LES DEFAUTS ATTACHES A LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE..... 78

4.3.1 Le relèvement du taux de forfait social ainsi que la séparation et la baisse des plafonds d'exemption et d'exonération de l'impôt sur le revenu doivent être envisagés pour la prévoyance et la couverture complémentaire santé 78

4.3.2 Dans le cas de la prévoyance, l'incitation devrait viser le développement d'accords de branche organisant la mutualisation des risques et la diffusion d'une couverture pour l'ensemble des salariés..... 82

4.3.3 *Dans le cas de la complémentaire santé obligatoire en entreprise, les incitations doivent porter sur les seules garanties responsables et limiter les effets de bord pour ceux qui ne bénéficient pas d'une telle couverture* 84

CONTRIBUTIONS ÉCRITES DES ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES DES SALARIÉS 89

CONTRIBUTIONS ÉCRITES DES ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES D'EMPLOYEURS103

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES 111

LETTRE DE MISSION 119

RAPPORT

[17] L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission par an d'évaluation de dispositifs dérogatoires en matière de cotisations sociales, communément appelés "niches sociales", et contribue ainsi à l'obligation pour le gouvernement d'évaluer tous les trois ans l'ensemble des mesures de réduction de cotisations et contributions sociales dues au titre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale¹.

[18] Pour 2025, le thème retenu porte sur la protection sociale complémentaire (PSC). Le dispositif dérogatoire associé consiste en une exemption d'assiette pour les contributions des employeurs à la PSC de leurs salariés. La mission a été confiée à Simon Arambourou, Laurence Eslous et Vincent Ruol.

[19] Les travaux de cadrage de la mission ont conduit à retenir comme périmètre pour la protection sociale complémentaire deux catégories de garanties, qui se distinguent par les risques couverts mais sont liées par le cadre réglementaire qui les concerne :

- **les contrats dits « complémentaire santé »** qui couvrent les frais de soins : ils prennent en charge des prestations en nature en cas de maladie, d'accident ou de maternité², par différenciation avec les prestations en espèces, telles que par exemple des capitaux ou des rentes versés en cas de décès ou d'invalidité. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation légale de proposer à leurs salariés une couverture collective complémentaire santé dont ils financent au minimum 50 % du montant de la prime ; un dispositif similaire est en voie d'adoption pour les employeurs publics ;
- **les contrats de « prévoyance »**, qui couvrent principalement les risques décès, incapacité de travail et invalidité, parfois qualifiés de « prévoyance lourde » au regard des conséquences potentielles sur les revenus des assurés et de leurs familles : ils versent des capitaux ou des revenus de remplacement généralement en complément des prestations en espèces des régimes de base. Ces garanties ne sont pas généralisées : elles sont conventionnellement obligatoires au plan interprofessionnel depuis 1947 pour les seuls cadres et assimilés mais des accords de branche ou d'entreprise ont pu étendre cette couverture à d'autres salariés.

[20] Ce périmètre n'inclut ainsi pas les contrats *stricto sensu* de retraite supplémentaire, parfois intégrés à la notion de PSC, par exemple dans les fiches annexées aux projets de loi de financement de la sécurité sociale. Outre des enjeux financiers beaucoup plus limités que la PSC telle que définie ci-dessus (quasiment de 1 à 10), ces dispositifs sont liés à d'autres niches sociales

¹ Cette obligation résulte de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Cf. le rapport IGAS n° 2022-076R et IGF n° 2022-M-054-03 de mars 2023 portant sur l'évaluation de l'efficacité des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale prévue par cette loi organique.

² Cf. articles L.160-9 CSS.

d'épargne retraite, tels que les plans d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) et les plans d'épargne retraite d'entreprise collectif (PERECO) qui devraient ainsi être examinés ensemble.

[21] Pour mener ses travaux, et outre les éléments documentaires collectés, la mission a procédé par entretien, en sollicitant divers types d'acteurs :

- les directions d'administration centrale concernées : DSS ; DG Travail ; DG Trésor (notamment pour les questions de droit des assurances, pour lesquelles la DAJ du ministère des affaires sociales a également été sollicitée) ; DGAFP (pour la question des contractuels et de la niche FP) ; DREES et DARES pour les directions statistiques et de recherche ;
- certains hauts conseils : HCAAM ; HCFiPS ;
- les opérateurs de sécurité sociale des branches recouvrement (URSSAF Caisse nationale, URSSAF Île de France, CCMSA) et maladie (CNAM) ;
- un organisme de recherche (IRDES) ;
- les principaux acteurs de marché : FNMF ; France Assureurs ; CTIP ;
- les partenaires sociaux :
 - au niveau confédéral les principales structures confédérales des organisations syndicales représentatives du secteur privé (CFDT, CGT, CGT-FO, CFTC, CGC) ainsi que les principales organisations patronales (MEDEF, CPME, U2P). Les contributions écrites des organisations ayant souhaité produire un document pour la mission sont regroupées dans une pièce jointe ;
 - au niveau des branches, la mission a sollicité les partenaires sociaux des branches métallurgie et services à la personne ainsi que des présidents de commission mixte (PCM) ayant animé des négociations de branche sur un nouvel accord de prévoyance ou l'ajustement d'un accord déjà existant.

[22] La mission a cherché à mobiliser les données issues de la déclaration sociale nominative et s'est également basée sur les données fournies par la DREES. Elle a également exploité la base de données de la DSS sur les accords de prévoyance complémentaire et, de manière générale, a consulté des accords d'entreprise, des accords de branche et des conventions collectives nationales disponibles en ligne.

[23] Le présent rapport de synthèse est complété de sept annexes détaillant :

- les dispositifs étudiés (annexe 1) ;
- leur environnement juridique (droit des assurances et droit du travail – annexe 2) ;
- la complémentaire santé (annexe 3) ;
- la notion de contrat solidaire et responsable (annexe 4) ;
- la prévoyance complémentaire (annexe 5) ;
- la situation spécifique de la fonction publique (annexe 6) ;
- les éléments de chiffrage (annexe 7).

[24] Ce rapport comporte quatre parties : les trois premières parties visent à apporter des éléments de constat :

- sur le dispositif d'exemption considéré, d'une grande complexité et portant sur une assiette d'environ 20 Md€ ;
- sur la prévoyance complémentaire, domaine relativement mal documenté ;
- sur la complémentaire santé, rendue obligatoire pour la quasi-totalité des salariés depuis le 1^{er} janvier 2016.

[25] La dernière partie du rapport détaille les pistes envisagées par la mission :

- à des fins de documentation et de connaissance fine du dispositif ;
- à moyen terme, avec des scénarios d'assujettissement ou au contraire de maintien de l'exemption dans le cadre de régimes obligatoires de branche ;
- à court terme, avec des mesures d'ajustement ne remettant pas en cause l'architecture globale du dispositif.

1 Un dispositif abscons de soutien public à la protection sociale complémentaire en entreprise, aux enjeux financiers conséquents mais mal connus

[26] La protection sociale complémentaire en entreprise (PSC dans la suite de ce rapport), définie ici comme la complémentaire santé et la prévoyance couvrant les risques dits « lourds » tels que l'invalidité ou le décès, sont financièrement soutenus par des dispositifs publics. L'ensemble des mesures de soutien, de nature sociale et fiscale, prend place dans un ensemble particulièrement complexe (1.1) Leur présentation détaillée figure en annexe 1. Ces soutiens emportent des enjeux financiers d'importance, pour l'ensemble des parties prenantes, qui sont cependant imparfaitement connus (1.2).

1.1 L'exemption, ancienne, de cotisations sociales pour la contribution de l'employeur à la protections sociale complémentaire collective et obligatoire dans l'entreprise, s'inscrit dans un dispositif socio-fiscal de soutien plus vaste

[27] Les contrats d'assurance souscrits au titre de la protection sociale complémentaire en entreprise (PSC) sont financés, à des niveaux variables, par les contributions des employeurs d'une part, et celles des salariés d'autre part.

[28] La contribution de l'employeur fait normalement partie de l'assiette des rémunérations d'un salarié soumise à cotisations et contributions sociales³, qui est composée en principe de tous les revenus issus de son activité. À ce titre, cette contribution de l'employeur est soumise à la CSG et à la CRDS payées par le salarié sur ses revenus, soit un prélèvement⁴ de 9,7 %. En revanche, de façon dérogatoire, la contribution de l'employeur est exemptée de toute cotisation sociale (1.1.1).

[29] Elle est alors redevable d'un prélèvement social dû dans ce cas de figure, le forfait social, mais bénéficie pour celui-ci d'un taux dérogatoire, de 8 % contre 20 % pour le droit commun (1.1.2).

[30] L'exemption de cotisations sociales est par ailleurs conditionnée, s'agissant de la complémentaire santé, à la souscription par l'employeur d'un contrat solidaire et responsable (1.1.3), ce type de contrats étant soumis à une fiscalité spécifique (1.1.4).

[31] Enfin, la contribution de l'employeur (comme d'ailleurs celle du salarié) est soumise, pour l'imposition du revenu du salarié, à un régime particulier, différent en complémentaire santé et en prévoyance complémentaire (1.1.5).

[32] Ces éléments conduisent à décrire un dispositif composé de nombreuses strates et qu'il convient d'examiner dans leur ensemble, c'est-à-dire en prenant en compte les différents aspects sociaux et fiscaux concernant l'employeur, le salarié ou le contrat d'assurance (1.1.6). Si on ajoute que le dispositif ne poursuit explicitement aucun véritable objectif, cela conduit à un exercice évaluatif délicat (1.1.7).

1.1.1 Par assimilation avec les cotisations versées aux régimes obligatoires, l'exemption de cotisations sociales, fixée en 1980, est conditionnée au caractère collectif et obligatoire des garanties mises en place dans l'entreprise

[33] L'exemption de cotisations sociales pour la contribution de l'employeur à la PSC date du 1^{er} janvier 1980. Elle est conditionnée aux modalités de mise en place des garanties dans l'entreprise, qui doivent être à la fois collectives et obligatoires pour les salariés.

1.1.1.1 L'objectif de la loi de décembre 1979 était de sécuriser juridiquement les entreprises sur le traitement social des sommes concernées

[34] L'exemption d'assiette relative à la contribution de l'employeur à la PSC a pour origine la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale. L'objectif originel était un objectif de clarté⁵ : « Cette disposition devrait permettre de clarifier les

³ 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 (CSG). Elle est constituée 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 élective, quelles qu'en soient la dénomination ainsi que la qualité de celui qui les attribue, que cette attribution soit directe ou indirecte ».

⁴ Toutefois, à la différence des salaires, le salarié ne bénéficie pas sur ces sommes de l'abattement de 1,75 % pour frais professionnels.

⁵ Compte-rendu des débats, 1^{ère} séance du mardi 4 décembre 1979.

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 ». Il s'agissait donc d'aligner les positions de l'administration, des caisses et des tribunaux.

1.1.1.2 Les garanties concernées doivent être obligatoires et collectives

[35] L'exemption d'assiette est conditionnée à la nature obligatoire et collective des garanties de PSC.

[36] Les salariés doivent obligatoirement adhérer au contrat collectif souscrit par l'employeur. Il existe cependant des cas de dispense d'adhésion, sous réserve de la demande du salarié et dans des cas limitativement prévus par la loi ou l'acte juridique instituant les garanties obligatoires (accords collectifs de branche, d'entreprise ou décision unilatérale de l'employeur). Certaines de ces dispenses sont spécifiques à la complémentaire santé (cf. 3.1.1.3).

[37] Le caractère collectif est quant à lui établi⁶ lorsque les garanties couvrent « l'ensemble des salariés » ou, 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 ».

[38] La notion de catégorie dite « objective » de salariés est relativement complexe et a dû être précisée par de nombreux textes réglementaires de différents niveaux (décret, circulaire et bulletin officiel de la sécurité sociale). Elle s'apprécie à l'aune de cinq critères :

- l'appartenance aux catégories cadres et non cadres ;
- la rémunération, sous forme de plafonds égaux à une, deux, trois, quatre ou huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), avec interdiction de constituer un groupe regroupant les seules rémunérations supérieures à huit fois le PASS ;
- la classification professionnelle définie dans les conventions collectives de branche ou dans les accords professionnels ou interprofessionnels ;
- les sous-catégories prévues dans ces textes ;
- 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 ».

[39] Enfin, le taux de la prise en charge de l'employeur doit en principe être uniforme au sein d'une même catégorie de salariés. Il est cependant possible, par exemple, 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, ou de moduler le taux de prise en charge en fonction de la composition du foyer du salarié.

⁶ Cf.CSS, [art. R. 242-1-1](#).

1.1.1.3 Le plafond de l'exemption, fixé à 471€ mensuels au maximum pour la contribution versée par l'employeur, est rarement atteint

[40] 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 PASS⁷, soit 5 652 € annuels et 471 € mensuels.

[41] Ce plafond semble élevé. Pour un salarié rémunéré à 1 400 € bruts mensuels, le plafond de l'assiette exonérée s'élève à 256,50 € mensuels pour la contribution employeur ; pour un salaire mensuel brut de 5 000 €, il s'élève à 310,50 € ; pour un salaire mensuel brut de 10 000 €, il s'élève à 385,50 €. En pratique, le plafond de 12 % du PASS, qui correspond à une contribution employeur mensuelle exemptée de 471 €, n'est atteint que pour des salaires bruts mensuels supérieurs à 15 700 €. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer précisément le nombre de salariés concernés par le plafond mais indiquent que moins de 2 % des salariés seraient concernés (cf. annexe 7).

[42] Une analyse fine de la tarification serait nécessaire pour confronter les tarifs des garanties à ce plafond, par exemple dans le cas de salariés âgés de plus de 50 ans, avec ayants-droits, et employés dans des petites entreprises avec une moyenne d'âge élevée des salariés. Selon un représentant du secteur de la protection sociale complémentaire, en l'absence de tarif mutualisé à l'échelle de la branche par exemple, pour ces entreprises, le tarif des garanties santé et prévoyance pourrait être de 1,5 à 2 fois supérieur, compte tenu du risque santé et arrêts de travail très supérieurs de ces classes d'âge.

[43] L'exemption d'assiette pour les contributions de l'employeur à la PSC assimile ces dernières à des cotisations sociales obligatoires qui de ce fait ne sont pas soumises elles-mêmes à cotisations : comme résumé par un interlocuteur de la mission, « on ne verse pas de cotisations sur les cotisations ». Toutefois, depuis 1980, il n'y a pas eu de réexamen de ce traitement et de ses objectifs, alors que l'environnement du dispositif a nécessairement changé et que le contenu de la PSC a évolué, particulièrement avec la mise en place de la complémentaire santé obligatoire ou la fin des clauses de désignation (cf. 4.2.1).

1.1.2 Le forfait social dû en conséquence de l'exemption est fixé au taux dérogatoire de 8 %, les entreprises de moins de 11 salariés étant exonérées

[44] Les revenus soumis à la CSG mais non soumis à cotisations sociales sont redevables du forfait social⁸. Le taux de droit commun du forfait social est de 20 % depuis 2012. Ce niveau correspond approximativement à la somme des taux des régimes de base non contributifs, pour lesquels la perte de cotisation n'entraîne pas de perte de droits.

1.1.2.1 Le forfait social dû sur les contributions à la PSC est au taux réduit de 8 %

[45] Les contributions patronales à la PSC, soumises à CSG mais exemptées de l'assiette des cotisations sociales, entrent dans l'assiette du forfait social. Elles bénéficient cependant d'un taux

⁷ Le montant en 2025 du PASS est de 47 100 € annuels.

⁸ CSS, art. L. 137-15.

réduit à 8 %. 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 rectificative⁹ pour 2012, en attente d'un réexamen ultérieur.

1.1.2.2 Les entreprises de moins de 11 salariés n'en sont pas redevables

[46] Par ailleurs, les entreprises de moins de 11 salariés sont totalement exemptés de forfait social sur les contributions patronales de complémentaire santé et de prévoyance complémentaire. Il s'agit d'un des rares dispositifs d'exemption du forfait social qui soit fonction de la taille de l'entreprise, et le seul à ce seuil de 11 salariés. L'autre dispositif important d'exemption du forfait social concerne l'intéressement (pour les entreprises de moins de 250 salariés, depuis 2019) et la participation aux résultats de l'entreprise (pour celles de moins de 50 salariés) ; il avait un objectif d'incitation à la mise en place de mécanismes d'intéressement et de participation.

[47] En matière de PSC, l'absence de forfait social pour les très petites entreprises semble avoir pour objectif de ne pas alourdir le coût de la PSC dans des entreprises qui ne disposeraient pas de marges de manœuvre importantes pour les dépenses de personnel.

[48] Il emporte toutefois des critiques :

- il s'ajoute aux différents effets de seuil déjà existant et qui peuvent nuire à la croissance des emplois en cas de passage d'un seuil¹⁰ ;
- il peut en partie rater sa cible car la taille de l'entreprise n'est pas parfaitement corrélée avec les niveaux de salaire : des entreprises au-delà de 10 salariés mais qui restent de petite taille peuvent présenter des niveaux de salaire faibles et peu de marges économiques ; inversement des entreprises de très petites tailles peuvent présenter des niveaux de salaires éloignés du SMIC (bureaux d'études ou petits cabinets de conseils par exemple) tandis que des entreprises de taille supérieure pourrait être tentées de se structurer en entreprises de petite taille et optimiser les dispositifs socio-fiscaux sans que cela soit nécessaire à leur survie économique.

1.1.3 Les contrats de complémentaire santé doivent également être « solidaires » et « responsables », condition supplémentaire à l'exemption

[49] L'exemption de cotisations sociales de la contribution versée par les employeurs pour le financement des complémentaires santé est conditionnée à la nature responsable et solidaire des contrats souscrits.

[50] Ceci est le résultat de l'empilement historique de différentes lois, qui se renvoient les unes aux autres. L'article L.242-1 du code de la sécurité sociale subordonne l'exemption au fait que les garanties soient conformes aux dispositions de l'article L.871-1, qui correspondent aux

⁹ Article 33 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

¹⁰ Sur la question d'éventuels effets de seuil, voir par exemple la note d'analyse de France Stratégie d'avril 2025 : [Note d'analyse n°151](#).

caractéristiques des contrats responsables. Par ailleurs, l'article L.911-7, 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 de II et III de l'article L. 911-7 du* » code de la sécurité sociale, lequel 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.

La notion de complémentaire santé solidaire et responsable

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 (cf. 3.2.1 et annexe 4). 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. 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 certaines prises en charge. Les contrats solidaires et responsables représentant 96,4 % des cotisations collectées¹¹ sur le marché de la complémentaire santé.

[51] À travers cet encadrement, le législateur a poursuivi :

- 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 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'équipements d'optique et d'audition).

[52] Les pouvoirs publics ont ainsi renforcé les incitations à la souscription de contrats solidaires et responsables, qu'ils soient collectifs ou individuels (cf. ci-dessous 1.1.4), en y conditionnant l'exemption dans le cas des contrats collectifs.

1.1.4 Les contrats financés par les contributions salariale et patronale sont également exonérés de taxe sur les conventions d'assurance mais, pour la complémentaire santé, ils restent soumis, comme les contrats individuels, à une taxe de solidarité additionnelle

[53] Les contrats d'assurance, non soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), sont soumis à une taxe, la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), codifiée aux articles 991 et suivants du code général des impôts. La TSCA est assise sur les primes d'assurance et ses accessoires.

¹¹ Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES.

[54] Le taux de la TSCA varie, beaucoup, selon la nature des risques couverts par les contrats, de 7 % à 33 %, ce dernier étant le taux applicable pour la responsabilité civile automobile, et il est de 9 % en l'absence de taux spécifique. De larges pans de l'activité du secteur de l'assurance sont toutefois exonérés¹² de TSCA, notamment l'assurance sur la vie, qui représente plus des deux tiers du chiffre d'affaires du secteur¹³.

[55] S'agissant des contrats de PSC souscrits par les employeurs publics et privés au bénéfice des salariés, ils sont exonérés de TSCA :

- lorsqu'ils couvrent des risques de prévoyance complémentaire : les assurances de groupe « *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 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* »¹⁴ ;
- lorsqu'ils couvrent des garanties frais de soins (complémentaire santé) et sont soumis dans ce cas à une autre taxe, la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

[56] Les contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé sont taxés, comme les contrats individuels ou les contrats collectifs à adhésion facultative, à 13,27 % au titre de la TSA¹⁵ lorsqu'ils sont solidaires et responsables. S'ils ne remplissent pas ces critères, le taux est majoré de 7 points, ce différentiel de taxation devant inciter au développement des contrats solidaires et responsables. Ce niveau de la TSA est issu de la fusion à compter de 2016 de l'ancienne TSCA sur les complémentaires santé, au taux de 7 %, qui était complétée depuis 2000 par une contribution au fonds CMU-C, dont le niveau équivalait lors de la fusion à 6,27 %.

[57] Élément moins connu car peu fréquent, la TSA peut aussi concerner des garanties arrêts de travail versant des indemnités complémentaires aux indemnités journalières de la sécurité sociale. La prime correspondante est exonérée de TSCA et de TSA si la garantie entre dans un contrat de prévoyance exonéré de TSCA selon les critères ci-dessus. Si la garantie n'est pas délivrée dans ce cadre (contrat limité aux arrêts de travail ou contrat couvrant à la fois les frais de soins et les arrêts de travail), la prime est redevable de la TSA au taux de 7 % lorsque le contrat est responsable et solidaire, 14 % à défaut¹⁶. En pratique, ces indemnités journalières représentent une faible part de l'assiette de la TSA¹⁷ (3 % en 2023).

¹² CGI, art. 996 et suivants.

¹³ En 2024, le chiffre d'affaires de l'assurance vie représentait 208,3 Md € pour un chiffre d'affaires total du secteur de l'assurance de 283,3 Md € (source : France Assureurs, l'assurance française, données clés 2024).

¹⁴ CGI, art. 998.

¹⁵ Si l'objet principal du contrat est de la prévoyance, au sens où il permet de bénéficier de l'exonération de TSCA, une éventuelle part mineure de la prime consacrée à la couverture des frais de soins est taxée à 6,27 %. Pour les professions agricoles, les contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé bénéficient de ce même taux réduit à 6,27 %.

¹⁶ Cf. [circulaire 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.

¹⁷ Cf. DREES, Rapport 2024 Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

[58] Par ailleurs, il est possible, pour un organisme complémentaire intervenant simultanément en complémentaire santé et en prévoyance complémentaire, d'optimiser cette fiscalité complexe en sous-tarifant la première (soumise à TSA) et en sur-tarifant la seconde (exonérée de toute taxation).

1.1.5 Les modalités d'imposition sur le revenu des salariés sont dérogatoires, et diffèrent entre prévoyance et complémentaire santé

[59] Il faut enfin mentionner les modalités d'imposition des bénéfices des entreprises et des revenus des salariés.

[60] Pour les entreprises, les contributions patronales versées au titre de la PSC au profit de leurs salariés sont des charges déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés¹⁸. S'il ne s'agit pas d'un traitement dérogatoire, cela signifie concrètement qu'en cas d'assujettissement de ces contributions aux cotisations sociales, la masse salariale augmenterait, au moins en temps court¹⁹. Cela aurait alors un impact sur l'impôt sur les sociétés : le surplus d'assiette issu de l'assujettissement augmente les charges déductibles et donc diminue le bénéfice imposable.

Pour les salariés²⁰ :

- 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 (IRPP) ;
- 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.

[61] L'exonération de l'assiette de l'IRPP a été créée par la loi²¹ en 1985 et concernait initialement toutes les contributions à la PSC, salariales comme patronales, qu'il s'agisse de prévoyance ou de complémentaire santé.

[62] La suppression de l'exonération fiscale pour la participation de l'employeur aux contrats collectifs de complémentaire santé a été introduite par la loi de finances pour 2014. 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.

¹⁸ 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 ».

¹⁹ Si dans un premier temps la masse salariale augmenterait, sur une période plus longue l'employeur peut par exemple essayer de contenir cette augmentation par de moindres hausses de salaires.

²⁰ CGI, art. 83.

²¹ Cf. article 17 de la [loi n° 85-695 du 11 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier](#).

[63] 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. »

[64] Cette justification de la suppression partielle de l'exonération d'IRPP pour la complémentaire santé pourrait tout autant concerner la contribution salariale à la complémentaire santé, qui continue aujourd'hui à bénéficier d'une exonération d'IRPP.

1.1.6 Le dispositif composé de différentes strates, complexe, est à examiner dans son ensemble

[65] L'ensemble des dispositions spécifiques concernant la PSC en entreprise est synthétisé dans le tableau ci-dessous.

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	Dispositifs connexes
Contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire (art. L242-1 II 4 du CSS, fiche 75 de l'annexe 2 au PLACSS 2023)	Complémentaire santé (b du L242-1 II 4 du CSS), pour les contrats solidaires et responsables uniquement.	6 % du PASS + 1,5 % de la rémunération du salarié soumise à cotisations sociales, le total ne pouvant dépasser 12 % du PASS.	<p>Pour les entreprises de 11 salariés et plus : forfait social à 8 %.</p> <p>Pour les entreprises de moins de 11 salariés, exemption du forfait social.</p>	<p>Déductibilité de l'assiette de l'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).		Pour les salariés : CSG + CRDS (9,7 %).	<p>Déductibilité de l'assiette de l'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

[66] Cette présentation schématique ne doit pas masquer la complexité réglementaire attachée aux dispositifs étudiés résultant notamment de la multiplicité des références réglementaires et de leur articulation les unes avec les autres. Cette complexité se traduit pour les entreprises dans les résultats des contrôles comptables d'assiette effectués par les Urssaf, qui constatent lors des contrôles que la majorité des entreprises ne vérifie pas le caractère responsable du régime santé souscrit auprès d'un organisme complémentaire et lui fait confiance sur ce point. De même, l'application des plafonds, systématiquement contrôlée, fait l'objet de régularisations, qu'il s'agisse de redressements ou de restitutions à l'entreprise.

1.1.7 Les objectifs peu explicites rendent l'exercice évaluatif délicat

[67] L'évaluation d'un tel dispositif suppose de mesurer son efficacité et ses coûts au regard des objectifs assignés. Mais l'objectif initial de 1980 de l'exemption d'assiette, la sécurisation juridique, paraît désormais peu pertinent et la PSC s'inscrit aujourd'hui dans un cadre très différent de celui de 1980.

[68] *A posteriori*, on peut déceler un objectif incitatif au développement des couvertures collectives de prévoyance et de complémentaire santé protectrices pour les salariés²².

[69] Pour la complémentaire santé, l'objectif d'incitation ne semble plus viser le développement des couvertures, dans la mesure où celle-ci a été rendue obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016, pour l'ensemble des employeurs privés, et à partir du 1^{er} janvier 2026, pour les employeurs publics. Le maintien du dispositif social dérogatoire s'expliquerait par :

- la volonté de limiter le coût pour l'employeur lors la mise en place de l'obligation de financer la couverture complémentaire santé de ses salariés à hauteur de 50 % *a minima* ;
- le souhait des pouvoirs publics d'encourager le développement des contrats responsables et solidaires dans la mesure où le dispositif d'exemption d'assiette est réservé à ces seuls contrats.

[70] Des évolutions éventuelles, clarifiant les objectifs poursuivis, nécessitent d'appréhender l'ensemble de ces mesures. C'est ce que notait la commission des finances de l'Assemblée nationale dans son rapport²³ sur le projet de loi de finances rectificative²⁴ pour 2012, qui a maintenu le taux dérogatoire du forfait social à 8 % : « *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*

²² La fiche 75 figurant à l'annexe 2 du PLACSS 2023 affiche ainsi l'objectif suivant : « *Encourager les employeurs à développer au profit de leurs salariés des garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire remplissant des conditions de sécurité financière et d'équité de tous les salariés et agents publics devant la protection sociale complémentaire* ».

²³ Rapport fait par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances rectificative pour 2012, présenté par M. Christian Eckert, rapporteur général, page 334.

²⁴ Article 33 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

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 ».

[71] Un réexamen d'ensemble, qui n'a jusqu'à présent pas été mené, devrait inclure l'exemption d'assiette, la taxation des contrats de PSC, la complémentaire santé solidaire et les contrats solidaires et responsables. Il devrait s'appuyer sur une concertation avec les partenaires sociaux.

1.2 Les enjeux financiers sont majeurs pour l'ensemble des parties prenantes

[72] L'exemption d'assiette pour la contribution de l'employeur à la PSC, dont le montant est mal connu (1.2.1), emporte des enjeux financiers pour les régimes de sécurité sociale (1.2.2), pour les assurés sociaux en matière de droits (1.2.3), et pour les entreprises (1.2.4). Le dispositif de la PSC en entreprise influe également sur le pouvoir d'achat des salariés (1.2.5)

1.2.1 L'assiette exemptée s'élève à environ 20 milliards d'euros, mais ce montant est entouré de fortes incertitudes

[73] La mission a identifié trois sources possibles pour chiffrer l'assiette exemptée liée à la PSC en entreprise.

[74] La première source est celle des états prudentiels et statistiques (dénommés « états nationaux spécifiques ») que les organismes complémentaires doivent transmettre à l'ACPR. Ils enregistrent notamment le chiffre d'affaires hors taxes des assureurs, les taxes (telle que la TSA) étant enregistrées en compte de tiers et mises à charge directement des payeurs des primes d'assurance. Mais, s'ils identifient pour certaines données les contrats collectifs, ils n'identifient plus les seuls contrats collectifs obligatoires de salariés. De plus, la distinction entre les contributions patronales et salariales n'existe pas et nécessitent de recourir à la seule source en la matière, l'enquête PSCE de 2017, qui ne donne qu'un taux moyen et est ancienne. Enfin, la qualité de ces états est améliorable ; l'ACPR a indiqué à la mission qu'elle allait travailler sur ce point, pour l'ensemble des états concernés, ceux à destination de l'ACPR comme ceux à destination de la DREES (états statistiques).

[75] Ainsi, selon les données du PLACSS 2024 (annexe 2) reproduites ci-dessous, constituées à partir des données des états transmis à l'ACPR par les organismes complémentaires, l'assiette exemptée était en 2024 de 23,4 milliards d'euros.

Tableau 7 • Évolution des principales exemptions d'assiette entre 2000 et 2024

	Montants des assiettes concernées en M€									Taux d'évolution annuel moyen*
	2000	2010	2016	2018	2020	2021	2022	2023 (p)	2024 (p)	
Participation	4 930	6 480	6 400	7 080	8 050	6 950	9 760	10 740	11 350	3,5%
Intéressement	3 770	6 290	8 190	9 320	10 000	8 360	10 670	11 620	12 280	5,0%
Plans d'épargne en entreprise	1 020	1 470	1 700	1 990	1 880	2 020	1 920	2 050	2 160	3,2%
TOTAL épargne salariale	9 720	14 230	16 290	18 380	19 940	17 340	22 350	24 410	25 800	4,1%
Titres restaurant	1 560	2 700	3 390	3 760	3 870	4 330	4 760	5 170	5 360	5,3%
Santé et prévoyance complémentaire	n.d.	n.d.	17 460	18 580	19 080	20 080	21 090	22 630	23 380	3,4%
Retraite supplémentaire	n.d.	n.d.	3 050	3 000	2 750	3 160	2 410	2 450	2 500	-0,2%
Masse salariale	354 450	476 870	538 900	577 680	564 160	618 830	675 200	713 270	736 810	3,1%

(*) Le taux d'évolution annuel moyen est calculé entre 2000 et 2024 quand la donnée est disponible, ou entre 2012 et 2024 pour la santé, la prévoyance complémentaire et la retraite supplémentaire.

Source : Annexe 2 du PLACSS 2024, juin 2025

[76] Le montant recouvré au titre du forfait social à 8 % peut constituer une deuxième source, par calcul de l'assiette concernée. Toutefois, le taux de 8 % concerne également les sommes affectées à la réserve spéciale de participation au sein des sociétés coopératives de production, et il a concerné à compter de 2016 les nouveaux accords de participation et d'intéressement dans les entreprises qui n'étaient pas soumises à l'obligation d'en avoir. De plus, cela omet l'assiette de la PSC des entreprises de moins de 11 salariés qui sont exonérées de forfait social. Quoiqu'il en soit, l'assiette concernée par le forfait social à 8 % en 2024 était de 15,9 milliards d'euros.

Tableau 2 : Evolution du montant du forfait social à 8 % de 2013 à 2024

(en M€)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
montant collecté	805	823	846	884	922	943	960	965	1 007	1 075	1 199	1 276
assiette concernée	10057	10291	10574	11048	11529	11791	12003	12068	12591	13441	14993	15949
% 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 juin 2025)

[77] Il y a ainsi un écart d'au moins 7,5 milliards d'euros avec la première source. Cet écart est trop important pour s'expliquer à lui seul par l'exemption de forfait social pour la contribution à la PSC des entreprises de moins de 11 salariés, qui pèsent environ 16 % du total des contributions patronales à la PSC selon des données individuelles²⁵. Une explication très plausible à l'importance de cet écart concerne les primes d'assurance payées par les seuls salariés (garanties pour les conjoints, contrats surcomplémentaires, options) : rattachées au contrat collectif de l'entreprise, elles sont comptabilisées dans le chiffre d'affaires des organismes assureurs, mais n'apparaissent pas dans l'assiette du forfait social en raison de l'absence de contributions patronales.

[78] Enfin, troisième source possible, les données individuelles (par salarié) des déclarations sociales nominatives (DSN) comprennent dans le bloc 54 (« autre élément de revenu ») la contribution patronale à la complémentaire santé ainsi qu'à la prévoyance et à la retraite supplémentaire, la prévoyance n'étant pas isolée. Selon cette source²⁶ (hors entreprises du secteur agricole pour lesquelles le recouvrement relève de la CCMSA), en 2024, le montant des contributions patronales à la complémentaire santé s'élève à 8,87 milliards d'euros pour le secteur privé, celui relatif aux contributions employeur à la prévoyance et retraite supplémentaire s'élève

²⁵ Si l'assiette de 16 milliards d'euros couvre 84 % des contributions patronales, alors l'assiette totale serait de 19 milliards d'euros.

²⁶ Qui peut cependant comporter des omissions. Selon le site de l'Urssaf Caisse nationale, l'oubli de déclarer les parts patronales relatives aux frais de santé, à la prévoyance et à la retraite supplémentaire fait partie des sept anomalies les plus fréquemment détectées, et signalées aux entreprises et tiers déclarants.

à 9,16 milliards d'euros, soit 18,0 milliards d'euros au total qui incluent toutefois l'assiette exemptée relative à la retraite supplémentaire dont le montant serait de 2,5 milliards d'euros²⁷. L'intérêt des données individuelles réside également dans la possibilité de produire des analyses en fonction de l'entreprise (taille, secteur d'activité) et en fonction de la rémunération du salarié.

1.2.2 À comportements inchangés, la perte théorique de cotisations sociales est estimée à environ 6 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base, tandis que le forfait social rapporte 1,2 milliard d'euros à la CNAV

[79] La présente sous-partie présente les enjeux financiers pour les régimes de sécurité sociale. En préambule, il convient de souligner de façon générale que les dispositifs d'exemption d'assiette, anciens, ne font pas l'objet d'une compensation financière pour les régimes, à la différence des exonérations ou réductions de cotisations, qui elles sont en principe compensées intégralement par crédits du budget de l'État, depuis la loi n°94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale²⁸. Par ailleurs, les dispositifs d'exemption d'assiette sont habituellement mal cernés, à la différence des exonérations de cotisations, faute parfois de données déclaratives concernant cette assiette exemptée.

1.2.2.1 Les enjeux financiers pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale

[80] Dans le cadre des annexes aux projets de loi de financement de la sécurité sociale, la DSS estime les cotisations sociales dites « équivalentes », c'est-à-dire les cotisations qui auraient théoriquement été payées en l'absence de dispositif d'exemption, sous l'hypothèse que les comportements des acteurs soient inchangés. Ce calcul²⁹ nécessite de reconstituer l'assiette exemptée, puis de simuler les taux de cotisations applicables. Ces derniers sont calculés avant application des allègements généraux, ce qui détermine les « cotisations équivalentes brutes », et après allègements généraux (cotisations équivalentes dites « nettes »). Enfin, les deux résultats obtenus sont présentés par la DSS après déduction du montant recouvré par la CNAV au titre du forfait social à 8 % soit 1,2 milliards d'euros en 2023.

[81] Pour 2023, à partir des données mises à jour transmises par la DSS à la mission, ces éléments permettent d'indiquer que :

- à comportements inchangés, l'exemption réduit en théorie les cotisations sociales perçues par les régimes obligatoires de base de 6,1 milliards d'euros ; cette perte théorique de recettes n'est pas compensée par le budget de l'État ;
- le dispositif des allègements généraux prend en charge notamment pour les bas salaires 1,9 milliards d'euros ; en l'absence de ce dispositif, les cotisations équivalentes seraient de 8 milliards d'euros (cotisations équivalentes dites « brutes ») ;

²⁷ Cf. fiche 72 de l'annexe 2 au PLACSS 2024.

²⁸ CSS, art. L.131-7.

²⁹ Les modalités du calcul sont détaillées en annexe 7.

- enfin, la CNAV bénéficie avec le forfait social correspondant d'une recette nette, sans nouveaux droits contributifs associés, de 1,2 milliards d'euros (montant que la DSS déduit des calculs précédents dans les annexes à destination du Parlement).

[82] Pour 2024, l'annexe 2 au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale 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).

Tableau 3 : Estimation des cotisations sociales théoriques équivalentes (en milliards d'euros)

	2022	2023	2024
Cotisations équivalentes brutes (1)	7,4	8,0	n.d.
Impact des allègements généraux (2)	1,7	1,9	n.d.
Cotisations équivalentes nettes (3) = (1) – (2)	5,7	6,1	6,4
Montant recouvré du forfait social à 8 % (4)	1,1	1,2	1,3
Total net présenté en annexe au PLACSS (3)-(4)	4,6	4,9	5,1

Source : DSS (SD6), fiche 72 de l'annexe 2 au PLACSS pour 2024 et données Urssaf Caisse nationale pour le forfait social en 2022, 2023 et 2024

[83] Dans l'hypothèse où l'assiette exemptée est de 20 (et non 23,4) milliards d'euros, l'application d'une règle homothétique, faute de mieux, conduit à des cotisations théoriques équivalentes nettes de 5,5 milliards d'euros (au lieu de 6,4).

1.2.2.2 Une exemption d'assiette se traduisant par de moindres recettes au-delà des régimes de base, notamment pour l'ARRCO-AGIRC et l'Unedic

[84] L'évaluation des impacts financiers figurant dans les annexes aux lois de financement de la sécurité sociale ne concerne que les régimes obligatoires de base. Elle ne comprend pas les régimes complémentaires ou le régime d'assurance chômage gérés par les partenaires sociaux.

[85] Or ces régimes sont également concernés par le dispositif étudié car leur assiette de cotisations est définie en lien avec celle des régimes de base, pour l'assurance chômage³⁰ et

³⁰ L'article L5422-9 du Code du travail précise que les contributions employeurs à l'assurance chômage "sont assises sur les rémunérations brutes dans la limite d'un plafond" tandis que l'article 4 de la convention UNEDIC du 15 novembre 2024 indique que « Les contributions des employeurs mentionnées à l'article L.5422-9 du code du travail et destinées à la couverture des dépenses relatives au régime d'assurance chômage sont assises sur les rémunérations dans la limite de 4 fois le plafond du régime général d'assurance vieillesse de la sécurité sociale prévu par l'article L.241-3 du code de la sécurité sociale ».

régimes obligatoires de retraites complémentaires³¹. Ainsi, leur assiette de cotisations est également amoindrie par l'exemption.

[86] Toutefois, on peut noter que, s'agissant de régimes à logique contributive, l'impact financier de l'exemption pour l'équilibre du régime est limité, si on fait l'hypothèse que la tarification des droits est à l'équilibre (cf. ci-dessous).

1.2.3 Les salariés perdent des droits contributifs, notamment en retraite

[87] L'exemption entraîne une perte de recettes pour les régimes de sécurité sociale. Cette perte de recettes s'interprète différemment selon que :

- les droits à prestation ne s'en trouvent pas affectés : c'est en particulier le cas dans la branche maladie où les frais de soins sont pris en charge indépendamment des revenus de l'assuré social. Pour ces branches dites à logique non contributive (maladie et AT/MP pour leur partie – très majoritaire – de frais de soins ; famille ; autonomie), la perte de recettes est sèche au sens où elle ne s'accompagne pas d'une diminution corrélative des prestations ;
- les droits à prestations s'en trouvent modifiés : c'est en particulier le cas pour les prestations en espèces des branches maladie et AT/MP (indemnités journalières et invalidité), en branche vieillesse, en retraite complémentaire et pour l'assurance chômage. Pour ces branches dites à logique contributive, la perte de recettes est compensée, en tout ou partie, par la perte de droits à prestations.

[88] Sur cette base, la mission a calculé, pour une contribution employeur de 100 € mensuels à la PSC qui serait assujettie, l'augmentation de droits associée pour le salarié³² :

- les indemnités journalières maladie seraient augmentées de 1,64 € pour les salaires jusqu'à 1,4 SMIC, l'augmentation devenant sans effet au-delà en raison de l'écrêtement des rémunérations à ce niveau ;
- les indemnités journalières AT/MP seraient augmentées de 1,97 € les 28 premiers jours et 2,60 € au-delà³³ ;
- s'agissant de l'invalidité, l'effet de l'assujettissement se fait sentir sur la plage où les montants minimaux et maximaux ne jouent pas, et pour lesquels la pension d'invalidité vaut respectivement 30, 50 et 90 % du salaire de référence. Un assujettissement de 100 € conduit donc à un gain de 30, 50 et 90 € mensuels ;
- en matière de retraite, les calculs sont beaucoup plus complexes car des effets de trajectoire et de seuils (à un et huit plafonds de la sécurité sociale) ainsi que les évolutions des modalités de calcul existent. Il n'en demeure pas moins que les droits à retraite de base seraient augmentés pour les salaires jusqu'au plafond de la sécurité sociale. De même

³¹ L'assiette de cotisations des retraites complémentaires ARRCO-AGIRC est identique à celui des cotisations sociales (article 30 de l'ANI du 17 novembre 2017).

³² Les prestations sont proportionnelles au salaire, sauf sur les plages où les rémunérations commencent à être plafonnées (par exemple, à 1,4 SMIC pour les indemnités journalières maladie).

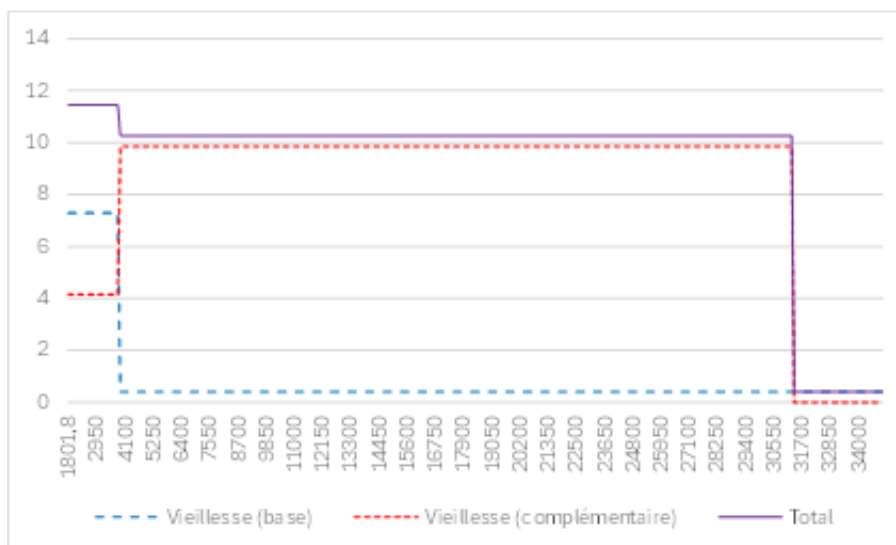
³³ Un plafond de l'ordre de 12 000 € mensuels existe également, au-delà duquel l'assujettissement cesse de faire effet.

l'augmentation se traduirait par des points supplémentaires ARRCO-AGIRC. Cette augmentation des droits serait d'autant plus importante que l'assujettissement se prolonge sur la carrière. On peut estimer, en première approximation et afin de fixer des ordres de grandeur, qu'un assujettissement de 100 € mensuels correspondrait à une augmentation des droits au taux de remplacement, selon les cas types considérés, entre 50 et 80 € mensuels (pour la génération née en 1962, les taux de remplacement allant décroissant avec les générations³⁴).

- En matière d'allocations chômage, l'effet varie fortement. Il est :
 - nul pour certaines plages de rémunération (les salaires au-dessus de quatre plafonds de la sécurité sociale ainsi que les salaires compris approximativement entre 1 300 et 1 700 €) ;
 - de 57 € mensuels pour les salaires compris approximativement entre 1 700 € et 2 400 € ;
 - de 40,4 € mensuels pour les salaires compris entre 2 400 € et quatre plafonds de la sécurité sociale.

[89] Il convient de rappeler que les droits ainsi acquis le sont au prix, en cas d'assujettissement, d'une baisse de la rémunération nette sociale du salarié d'environ 10€ mensuels, les cotisations vieillesse et de retraite complémentaire comportant une part salarié. Cette diminution dépend du niveau de salaire, comme le montre le graphique suivant :

Graphique 1 : Coût pour le salarié d'un assujettissement d'une contribution employeur de 100 € mensuels



Source : Mission

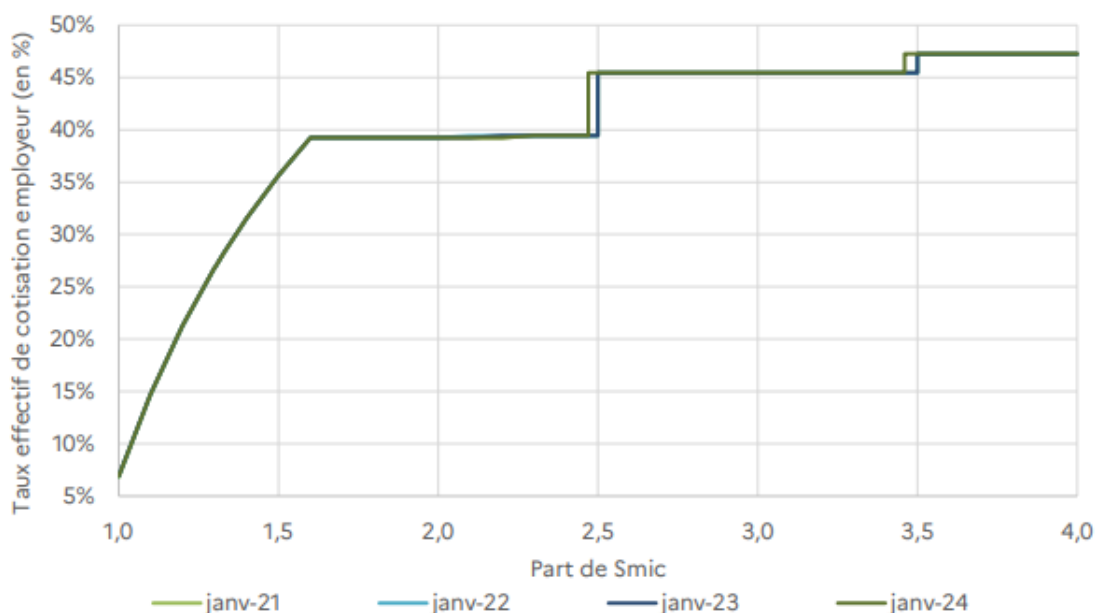
³⁴ Source : COR, rapport annuel 2024.

1.2.4 L'impact sur le coût du travail est d'autant plus favorable que les salaires sont élevés, induisant un risque de substitution avec du salaire

1.2.4.1 Un avantage comparatif de l'exemption par rapport à l'assujettissement, croissant avec les niveaux de salaire

[90] L'impact de l'exemption de cotisations sociales sur le coût du travail dépend de la structure des cotisations sociales. Or, du fait des dispositifs d'allègements généraux, dans leur version existant jusqu'en 2025 incluse, le taux de cotisation employeur est croissant avec le niveau de salaire : de 6,9 % au niveau du SMIC, il avoisine 40 % à partir de 1,6 SMIC (voir annexe 7), comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 2 : Évolution du taux de cotisation employeur en fonction du niveau de salaire exprimé en part de Smic entre 2020 et 2024



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 : Antoine Bozio et Etienne Wasmer, *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*, octobre 2024.

[91] Cette structure devrait perdurer à partir de 2026 dans le dispositif annoncé en annexe³⁵ au PLFSS pour 2025, les effets de sauts des taux de cotisation visibles sur le graphique ci-dessus devant toutefois disparaître avec la suppression des « bandeaux » famille et maladie.

³⁵ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, annexe 9, fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi. Les principales modifications portent sur une extension de la plage bénéficiant des réductions générales de cotisations (de 1,6 à 3 SMIC) d'une part et d'autre part sur la suppression des « bandeaux » famille et maladie.

[92] Or, l'exemption de cotisations sociales entraîne l'assujettissement au forfait social. Celui-ci est constant avec la rémunération, et son taux, pour la complémentaire santé et la prévoyance complémentaire, est de 8 % (sauf pour les entreprises de 10 salariés ou moins qui en sont exemptées).

[93] Il existe ainsi un « biais social » qui fait que les contributions employeur sont soumises à un taux significativement plus favorable dans le cas de l'exemption (avec un forfait social à 8 % indépendamment de la rémunération) que dans le cas de l'assujettissement (avec des taux pouvant dépasser 40 %).

[94] Ce constat doit toutefois être nuancé pour les rémunérations autour du SMIC, pour lesquelles le forfait social est légèrement plus onéreux pour l'employeur que l'assujettissement en raison du mécanisme de réductions générales de cotisations. Cela peut d'ailleurs en théorie inciter les employeurs de salariés rémunérés autour du SMIC à limiter l'étendue des garanties complémentaires santé (cf. annexe 7 pour les données sur la contribution patronale par tranche de SMIC).

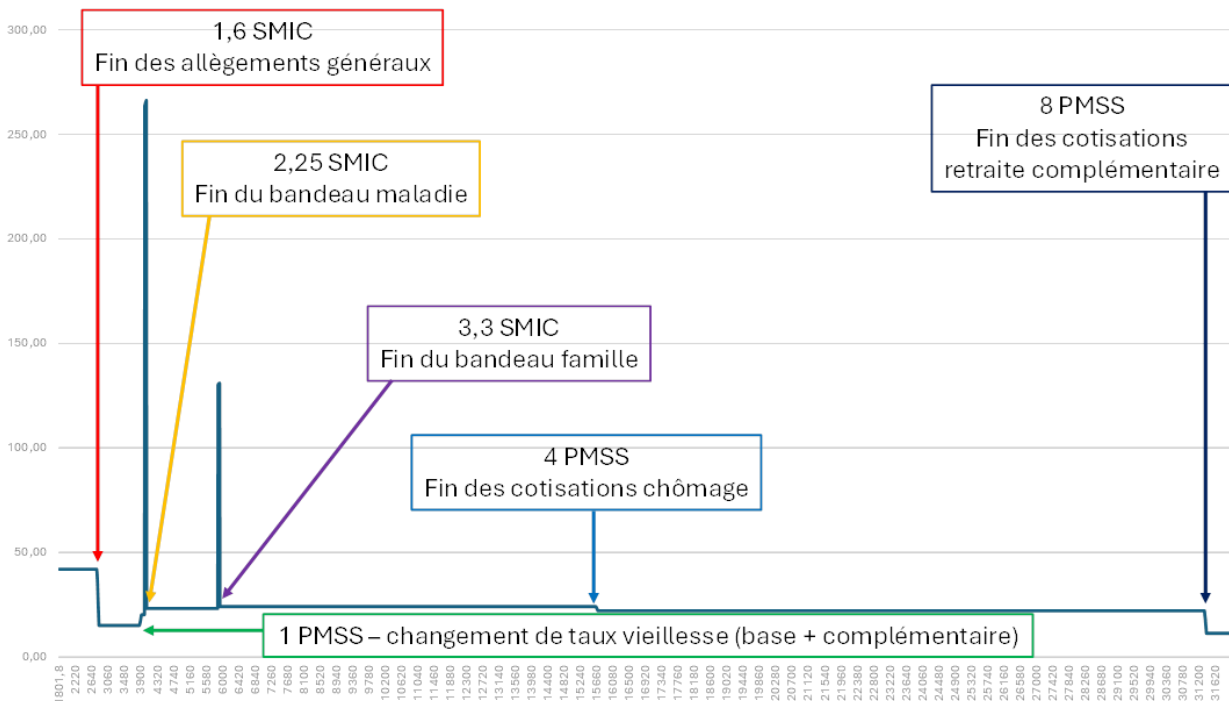
1.2.4.2 Des risques de substitution avec du salaire

[95] Les partenaires sociaux, organisations syndicales comme patronales, ont indiqué à la mission que l'employeur raisonne en montant superbrut, et qu'il peut y avoir substitution avec du salaire à court ou moyen terme, sans que les représentants des salariés ne soient toujours à même d'ailleurs de reconstituer les coûts respectifs superbruts pour l'employeur. L'augmentation des garanties ou de la contribution patronale à la PSC peut ainsi être mise en balance dans le cadre des négociations salariales. La mission a effectivement constaté ponctuellement des accords de négociation annuelle obligatoire (NAO) incluant la PSC, et plus particulièrement la complémentaire santé.

1.2.4.3 En raison des plafonds de cotisations, un assujettissement aux cotisations sociales coûte plus cher sur les bas salaires

[96] L'assujettissement des contributions employeur aux cotisations sociales aurait le même effet qu'une augmentation de salaire du même montant. Or, avec les conditions applicables en 2025, l'effet serait très différent selon les rémunérations, comme le montre le graphique ci-dessous pour une contribution employeur de 50 € :

Graphique 3 : Effet sur les cotisations patronales de l'assujettissement selon les niveaux de salaire, dans l'hypothèse d'une hausse de salaire brut de 50€ mensuels (2025)



Source : Mission. Les cotisations prises en compte sont les suivantes : maladie ; famille ; AT/MP (au taux standard) ; autonomie ; vieillesse de base et complémentaire ; chômage.

[97] On constate :

- Un coût marginal plus élevé pour les bas salaires, en raison de la diminution de réductions générales de cotisations patronales : conçues pour être linéaires entre 1 et 1,6 SMIC, une augmentation de rémunération brute de 1 € dans cette plage se solde, en sus des augmentations marginales de cotisations patronales, par une diminution de réduction générale de cotisation patronale de presque 0,54 € ;
- des effets de seuil limités à un (changement de taux de cotisation pour l'assurance vieillesse de base et complémentaire), quatre (limite de cotisation pour l'assurance chômage) et huit plafonds de la sécurité sociale (fin des cotisations de retraite complémentaire) ;
- des sauts brutaux à 2,25 et 3,3 SMIC aux bornes des « bandeaux » maladie et famille (taux de cotisation minorés en deçà de ces bornes). Ces pointes auraient dû disparaître à compter du 1^{er} janvier 2026, avec la suppression des bandeaux prévue à l'annexe 9 du PLFSS 2025. Le décret n°2025-887 du 4 septembre 2025 supprime les seuils précédents mais en introduit un nouveau au point de sortie désormais fixé par la LFSS à 3 SMIC.

[98] Ainsi, être augmenté de 50 € coûte :

- près de 43 € de cotisations à l'employeur lorsqu'on est rémunéré au SMIC (soit 93 € en coût total pour l'employeur), en raison du caractère dégressif des réductions générales de cotisations patronales ;

- lorsqu'on est rémunéré à 3 000 € bruts mensuels (soit plus que 1,6 SMIC, mais moins que le plafond mensuel de la sécurité sociale), les cotisations associées à l'augmentation ne s'élèvent plus qu'à 16 € ;
- à 4 100 € bruts mensuels (soit plus que 2,25 SMIC), elles montent à 24 € ;
- puis 25 € vers 6 000 € bruts mensuels (soit plus que 3,3 SMIC) ;
- elles redescendent ensuite à 23 € à 16 000 € bruts mensuels (au-delà de quatre plafonds mensuels de la sécurité sociale) ;
- et enfin à 12 € à 32 000 € bruts mensuels (au-delà de huit plafonds mensuels de la sécurité sociale).

1.2.5 Le coût pour les salariés s'accompagne d'un dispositif fiscal de soutien au pouvoir d'achat croissant avec le niveau de vie

[99] Pour les salariés, en contrepartie des garanties, la PSC d'entreprise constitue une ponction obligatoire immédiate sur le salaire, sauf en principe pour la prévoyance des cadres et assimilés financée à 100 % par une contribution patronale. Le montant total est estimé à 16 milliards d'euros en 2023.

Tableau 4 : Estimation des contributions salariales au financement des garanties complémentaire santé et prévoyance (en milliards d'euros)

	2021	2022	2023
Contributions totales complémentaire santé	19,65	20,18	21,52
Part employeur (1)	11,40	11,70	12,48
Part salarié (1bis)	8,25	8,48	9,04
Contributions totales prévoyance	14,72	15,90	17,20
Part employeur (2)	8,68	9,38	10,15
Part salarié (2bis)	6,04	6,52	7,05
Contribution totale employeurs (1)+(2)	20,1	21,1	22,6
Contribution totale salariés (1bis)+(2bis)	14,3	15,0	16,1

Source : Mission à partir des données DSS sur les contributions patronales.

[100] Par ailleurs, la contribution patronale peut se substituer à plus long terme à des hausses de salaire que les salariés auraient pu préférer (cf. 4.2.3.2 sur la théorie de l'incidence et la question de qui paie *in fine* les cotisations sociales). Ces éléments peuvent contribuer à expliquer que certains salariés expriment le souhait d'être dispensés de la PSC obligatoire (cf. 3.1.1.3 pour la complémentaire santé).

[101] Quant à l'aide publique de soutien au pouvoir d'achat via l'exonération d'IRPP, elle a surtout un effet anti redistributif : l'avantage fiscal, au regard des taux marginaux d'imposition, favorise les revenus fiscaux les plus élevés. Pour la complémentaire santé, la DREES a chiffré cet impact sur le niveau de vie des ménages (cf. 3.3.2 et annexe 3).

Tableau 5 : Montant de l'abattement d'IRPP pour la complémentaire santé d'entreprise par décile de niveau des ménages (en euros)

Dispositif	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Abattement d'IR sur les contrats d'entreprise	0	1	3	8	19	31	36	48	61	89

Lecture : les ménages du sixième décile 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

Source : DREES, 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

[102] Dans cette même étude, la DREES avait estimé l'aide publique constituée par l'exonération d'IRPP pour la part salariale de la complémentaire santé à 830 millions d'euros par an.

[103] La mission n'a pas eu de données équivalentes pour la prévoyance mais note que cet impact anti-redistributif serait encore plus marqué car :

- les montants sont plus conséquents, la totalité des contributions salariales et patronales étant exemptée ;
- la prévoyance concerne prioritairement les cadres aux niveaux de revenus les plus élevés.

[104] En masse, l'avantage fiscal tiré de l'exonération d'IRPP pour les contributions salariales et patronales à la prévoyance complémentaire serait au moins le double de celui concernant la complémentaire santé, soit au moins 1,6 milliards d'euros.

2 Des garanties de prévoyance essentielles pour les salariés dans le cas des risques lourds mais inégalement diffusés parmi les salariés

[105] Les garanties de prévoyance complémentaire, qui ne sont pas légalement obligatoires, couvrent les salariés pour des risques lourds souvent mal couverts par les régimes de base (2.1). Leur mise en place est effectuée majoritairement par voie d'accords de branche, qui en constituent ainsi le socle (2.2). La couverture des salariés peut toutefois fortement varier, notamment en fonction de la taille de l'entreprise ou du statut du salarié (2.3).

2.1 Les garanties de prévoyance complémentaire viennent compléter les prestations limitées des régimes de base pour des risques peu fréquents mais aux conséquences graves

[106] La prévoyance complémentaire regroupe plusieurs types de garanties, venant en complément de la prise en charge, souvent relativement modeste, par les régimes de base des branches maladie et AT/MP (2.1.1) :

- les garanties dites d'incapacité de travail, avec un enchevêtrement de prises en charge entre employeur, régimes de base et organisme complémentaire ;
- les garanties décès, qui peuvent revêtir la forme du versement d'un capital décès ou du service de rentes de conjoint³⁶ ou d'éducation ;
- les garanties d'invalidité. Ces prestations complémentaires sont le plus souvent alignées sur la prise en charge à trois niveaux du régime général ;
- les garanties dépendance, assez peu diffusées, ce qui conduira à ne pas les considérer dans ce rapport. Ces garanties posent des problèmes spécifiques³⁷ qui incitent à une certaine prudence dans leur déploiement.

[107] Il convient de distinguer les prestations de prévoyance lourde (2.1.2) de l'incapacité de travail, le caractère exceptionnel de la survenance du risque rendant plus difficile son appréhension et son appropriation par les salariés et leurs organisations (2.1.3).

2.1.1 Le régime de base est peu couvrant pour les risques d'invalidité et de décès

[108] L'incapacité de travail est prise en charge par plusieurs tiers payeurs :

- l'employeur est tenu, sous conditions d'ancienneté, au « maintien de salaire » pendant l'arrêt de travail, alors même que le contrat de travail est suspendu. Plus précisément, 90 % de la rémunération brute doit être maintenues pendant les 30 premiers jours d'arrêt indemnisés, puis deux tiers de la rémunération brute pendant les 30 jours suivants. Ces durées croissent avec l'ancienneté (jusqu'à 90 jours à 90 % puis 90 jours aux deux tiers de la rémunération brute). L'employeur peut prévoir en outre une période de carence (jusqu'à sept jours) avant d'intervenir, et il déduit, le cas échéant, les indemnités journalières payées par les organismes de sécurité sociale de sa propre prise en charge (qui est donc différentielle³⁸) ;
- la sécurité sociale, au titre des indemnités journalières maladie³⁹ (qui comprennent une période de carence de trois jours et une durée de prise en charge maximale de trois ans), maternité (avec une durée de prise en charge de 16 – premier et deuxième enfant – ou 26 semaines – troisième enfant et au-delà) ou AT/MP (qui ne comprennent ni période de

³⁶ La notion de conjoint est définie par les accords collectifs. A titre d'exemple, la CCN des télécommunications prévoit le versement d'un capital décès au profit « du conjoint non divorcé ou non séparé judiciairement » alors que la CCN de la métallurgie attribue le capital décès « au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la personne liée par le PACS, au concubin ».

³⁷ Voir *Financement de la dépendance par l'assurance privée, un éclairage technique*, Vincent Ruol, Droit social, n°7/8, juillet-août 2011. La difficulté vient de la durée de la couverture (temporaire, ce qui ne couvre les salariés que pendant leur période d'activité, c'est-à-dire quand ils n'en ont pour l'essentiel pas besoin ; viagère, ce qui couvre le besoin mais pose des problèmes prudeniels et de partage du risque entre assureur et assuré).

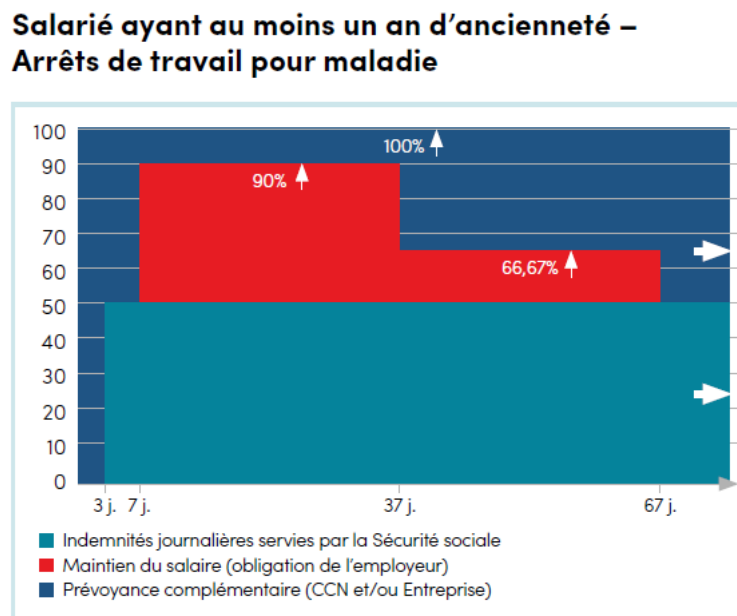
³⁸ Ainsi, un abaissement du plafond des IJ pris en charge par l'assurance maladie de 1,8 à 1,4 SMIC (cf. décret 2025-160 du 20 février 2025) conduit à un transfert de prise en charge de la sécurité sociale vers l'employeur.

³⁹ Pour une description plus précise des indemnités journalières, voir le rapport n° 2023023R1, l'organisation du service du contrôle médical de l'Assurance maladie, janvier 2024.

carence, ni durée maximale de prise en charge). Le montant des indemnités journalières est limité⁴⁰ à 41,47 € bruts en maladie, 101,94 € en maternité et 392,81 € bruts en AT/MP ;

- l'organisme assureur complémentaire, qui peut prévoir des garanties additives (un montant, le plus souvent une fraction du salaire brut, est versé tant que l'arrêt de travail perdure) ou, plus fréquemment, différentielles (le montant versé par l'assureur complémentaire permet de compléter le revenu du salarié en arrêt de travail jusqu'à concurrence d'une certaine quotité de sa rémunération brute, déduction faite des prestations versées par l'employeur et la sécurité sociale). Le schéma ci-dessous décrit ce cas de figure pour une prise en charge au premier jour et une rémunération cible de 100 % :

Schéma 1 : Prise en charge des arrêts de travail maladie



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

[109] S'agissant de l'invalidité, celle-ci est prise en charge différemment selon qu'elle relève de la branche maladie ou de la branche AT/MP :

- en maladie, la pension d'invalidité est versée tant que perdure la situation d'invalidité, et au plus tard jusqu'à la liquidation des droits à pension. Son montant dépend de la catégorie d'invalidité :
 - pour l'invalidité de 1^{ère} catégorie, la pension d'invalidité est égale à 30 % du salaire brut annuel sans pouvoir être inférieure à 335,29 € mensuels ni supérieure à 1 177,50 € mensuels ;
 - pour l'invalidité de 2^{ème} catégorie, la pension d'invalidité est égale à 50 % du salaire brut annuel sans pouvoir être inférieure à 335,29 € mensuels ni supérieure à 1 962,50 € mensuels ;

⁴⁰ Montants applicables lors de la rédaction du rapport (au 1^{er} juillet 2025).

- pour l'invalidité de 3^{ème} catégorie, la pension d'invalidité est égale à 90 % du salaire brut annuel sans pouvoir être inférieure à 1 601,89 € mensuels ni supérieure à 3 229,10 € mensuels ;
- en AT/MP, et sous réserve d'une modification des règles⁴¹, la prise en charge est viagère lorsqu'elle se fait sous forme de rente (elle ne cesse pas avec la liquidation des droits à pension). Son montant dépend du taux d'incapacité permanente (IPP) :
 - si le taux d'IPP est inférieur à 10 %, alors un capital est versé à l'assuré social ;
 - si le taux d'IPP est supérieur à 10 %, alors une rente est versée, dont le montant dépend du salaire brut (il est intégralement pris en compte jusqu'à 42 655,11 € bruts annuels, pris en compte pour un tiers pour sa fraction comprise entre la somme précédente et 170 620,44 € bruts annuels, et pas pris en compte au-delà) et du taux d'IPP (le taux de remplacement est calculé sur la base du taux d'IPP, en divisant celui-ci par deux lorsque le taux est inférieur à 50 % et, lorsqu'il est supérieur à 50 %, en ajoutant la fraction au-delà de 50 % augmentée de moitié⁴²). Le montant de la rente est égal au produit du taux de remplacement par le salaire de référence.

[110] La prestation décès⁴³ s'élève à 3 977 €.

[111] En conclusion, ces prestations se caractérisent par leur relative modicité – hors prestations AT/MP – pouvant conduire, en cas de réalisation du sinistre, à une diminution sensible du revenu de substitution servi par les régimes de base :

- approximativement au niveau du SMIC pour les indemnités journalières maladie ;
- entre 30 et 50 % de la rémunération brute – si celle-ci n'est pas trop élevée – en cas d'invalidité de 1^{ère} ou de 2^{ème} catégorie ;
- un montant de capital décès permettant au mieux de couvrir les frais d'obsèques.

[112] La faiblesse de ces niveaux de prise en charge explique l'intérêt particulier des indemnités journalières complémentaires au-delà de la durée du maintien de salaire, notamment pour les salariés dont la rémunération s'éloigne du SMIC (du fait de l'écrêtement induit par la formule de calcul de la rémunération de référence) et, dans presque tous les cas, pour les garanties d'invalidité de la branche maladie.

[113] La branche AT/MP assure toutefois des prestations d'un niveau sensiblement plus élevé.

⁴¹ Voir rapport n° 2024-058R de l'IGAS et n° 2024-M-039-02 de l'IGF sur le recours contre tiers des organismes de sécurité sociale et des employeurs publics, janvier 2025.

⁴² Ainsi, pour un taux d'IPP de 20 %, on aura un taux de remplacement de 10 %, 25 % pour un taux d'IPP de 50 %, mais 40 % pour un taux d'IPP de 60 %, 55 % pour un taux d'IPP de 70 %, 70 % pour un taux d'IPP de 80 % et 100 % pour un taux d'IPP de 100 %.

⁴³ Voir rapport n° 2019-107 de l'IGAS sur la situation des veufs précoces et des orphelins dans un contexte de réforme des retraites.

2.1.2 La prévoyance complémentaire présente un double visage entre des risques catastrophiques, rares mais de grande intensité, et l'incapacité de travail, fréquente mais de plus faible intensité

[114] La prévoyance complémentaire regroupe des risques de nature diverse :

- des risques attritionnels, c'est-à-dire fréquemment mis en jeu lors de la vie d'un salarié et mettant en jeu des sommes relativement faibles, comme la couverture des arrêts de travail (risque incapacité de travail). Ce type de garanties est parfois inclus dans les offres complémentaires santé ;
- des risques catastrophe, c'est-à-dire ne pouvant intervenir qu'une fois lors de la carrière d'un salarié et pouvant avoir des conséquences pécuniaires importantes pour l'intéressé : décès (sous ses diverses formes) et invalidité.

[115] Le risque lourd regroupe la seconde catégorie, qui cumule plusieurs propriétés :

- une probabilité de survenance faible ;
- une prise en charge du régime de base faible en invalidité à très faible en décès (voir *supra*), ce qui rend relativement d'autant plus importante la prise en charge par la prévoyance complémentaire ;
- l'absence d'effets de deuxième tour négatifs sur le système de protection sociale de base : ces prestations ne relevant pas du champ des soins, ils n'ont pas d'impact sur la demande de soins et donc sur l'offre de soins. Au surplus, en augmentant le revenu des bénéficiaires, ces prestations complémentaires peuvent conduire à les éloigner d'une prise en charge par les prestations légales des régimes de base (en particulier de la branche famille).

2.1.3 Bien qu'essentielles, les garanties de prévoyance sont peu connues

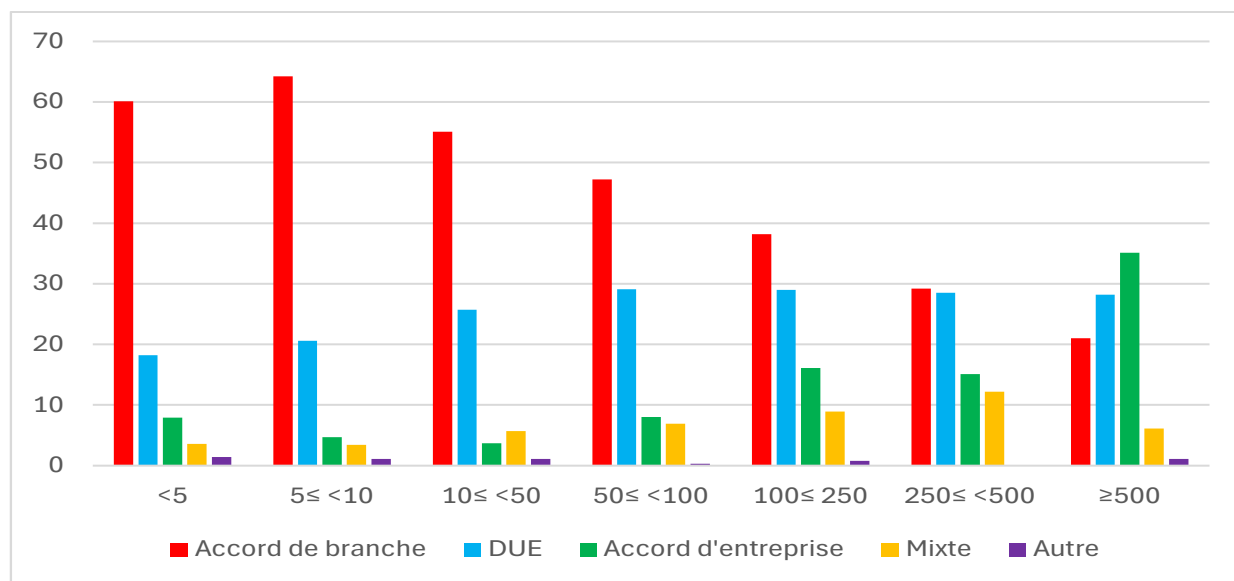
[116] Les risques décès et invalidité sont des risques difficiles à appréhender pour les salariés. En effet, les intéressés n'ont guère d'appétence à envisager des situations objectivement désagréables et pénibles, qui au surplus ne sont pas perçues comme probables (et ne le sont d'ailleurs pas). En outre, s'agissant de prestations rarement mises en jeu, les salariés, s'ils connaissent le coût des frais de soins ou d'appareillage courants dont ils bénéficient régulièrement, ignorent le niveau de prise en charge du risque lourd par l'assurance maladie.

[117] Les organisations syndicales rencontrées par la mission, conscientes de l'intérêt de ce type de couverture, insistent cependant sur la difficulté de convaincre les salariés de leur intérêt, en particulier en l'absence d'événement récent mettant en jeu ces garanties dans l'établissement. Pour autant, elles reconnaissent qu'il entre dans leurs missions d'informer les salariés sur cette thématique dans les établissements.

2.2 Les accords de prévoyance sont majoritairement mis en place au niveau de la branche

[118] Contrairement à la complémentaire santé (cf. 3.1.2), la prévoyance complémentaire est surtout mise en place à la suite d'accords de branche. C'est d'ailleurs la voie privilégiée pour la couverture des petites entreprises, comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 4 : 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).

2.3 Les niveaux de garanties et de contribution de l'employeur sont disparates selon le statut des salariés et la branche professionnelle, et la prévoyance en entreprise reste non généralisée

[119] Initialement instaurée pour les cadres dès 1947 (2.3.1), la prévoyance complémentaire n'a pas fait l'objet depuis cette date d'une généralisation au niveau interprofessionnel. Cependant, elle couvre aujourd'hui une très grande majorité des salariés : en 2017, 77 % des établissements regroupant 91 % des salariés proposaient une ou plusieurs garanties de prévoyance selon l'IRDES.

[120] Pour autant, des disparités de couverture existent :

- en termes d'équipement, en fonction notamment de la taille de l'entreprise (2.3.2) ;
- en termes de garanties et de prise en charge par l'employeur, entre cadres et non cadres (2.3.3).

2.3.1 Les cadres bénéficiaient historiquement d'une prise en charge par l'employeur à hauteur de 1,5 % de la rémunération

[121] La convention collective nationale du 14 mars 1947 prévoyait que les employeurs devaient verser 1,5 % de la rémunération des cadres, limitée à la tranche sous le plafond de la sécurité sociale, « affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès ».

[122] Rognée progressivement par la jurisprudence, qui permet par exemple d'imputer la contribution employeur à la complémentaire santé ou par l'ANI de 2017, qui permet à un accord de branche de déroger au financement minimal par l'employeur à hauteur de 1,5 %⁴⁴, l'esprit en demeure. Ainsi, la métallurgie a par exemple retenu un taux de cotisation plus faible (1,12 %) compensé par une assiette plus grande (jusqu'à huit plafonds de la sécurité sociale), incluant au passage les non-cadres dans le dispositif.

2.3.2 La couverture en prévoyance complémentaire est croissante avec la taille de l'entreprise

[123] La couverture en prévoyance complémentaire augmente sensiblement, et quel que soit le type de garantie considéré, avec la taille de l'établissement comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : 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 %

⁴⁴ En l'absence de stipulations conventionnelles de branche en matière de prévoyance des cadres, une entreprise devra respecter le cadre fixé par l'ANI de 2017 reprenant le cadre posé en 1947.

	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 %

Source : Données IRDES – PSCE 2017. En proportion des entreprises.

[124] La couverture en décès, obligatoire pour les seuls cadres, a été étendue aux non-cadres dans un grand nombre d'entreprises, conduisant à des taux de couverture supérieurs à 75 % dès que l'établissement dépasse 10 salariés.

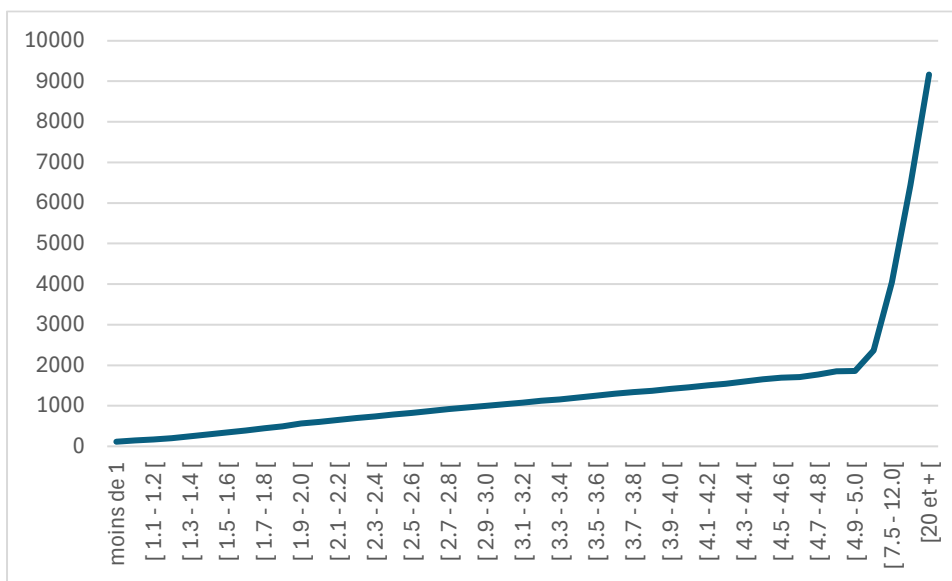
2.3.3 Cadres et non cadres ne bénéficient pas toujours des mêmes conditions de prise en charge

[125] Au-delà de la seule existence d'une couverture en prévoyance complémentaire, cadres et non cadres se distinguent par des taux de prise en charge ainsi que des niveaux de prise en charge différents et plus favorables aux cadres. Sur les onze accords de branche couvrant plus de 4,5 millions de salariés étudiés par la mission, on retrouve trois situations :

- deux branches regroupant plus de 1,8 millions de salariés, pour lesquelles le traitement préférentiel des cadres se fait par un taux de cotisation – et donc des garanties associées – plus élevé, le taux de participation employeur demeurant identique entre cadres et non-cadres ;
- quatre branches employant 2,2 millions de salariés, 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 :
- cinq branches, salariant 450 000 personnes, 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.

[126] Cette situation est cohérente avec la prise en charge de l'employeur croissante avec la rémunération de son salarié (voir annexe 7) :

Schéma 2 : Montant individuel moyen de la contribution patronale en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire en fonction du salaire



Source : Données URSSAF Caisse nationale

3 Un dispositif favorisant la diffusion en entreprise des contrats responsables en santé, mais amplifiant les défauts attachés à la couverture complémentaire santé

3.1 L'ANI de 2013 a favorisé la généralisation de la couverture complémentaire santé collective des salariés du privé, qui s'opère au niveau de l'entreprise plutôt que de la branche

3.1.1 Une quasi-généralisation de la couverture complémentaire santé collective des salariés qui se poursuit aujourd'hui au sein de la fonction publique d'État

3.1.1.1 L'ANI de 2013 a surtout favorisé une substitution des contrats collectifs aux contrats individuels, la part de la population couverte par une complémentaire santé ayant faiblement progressé

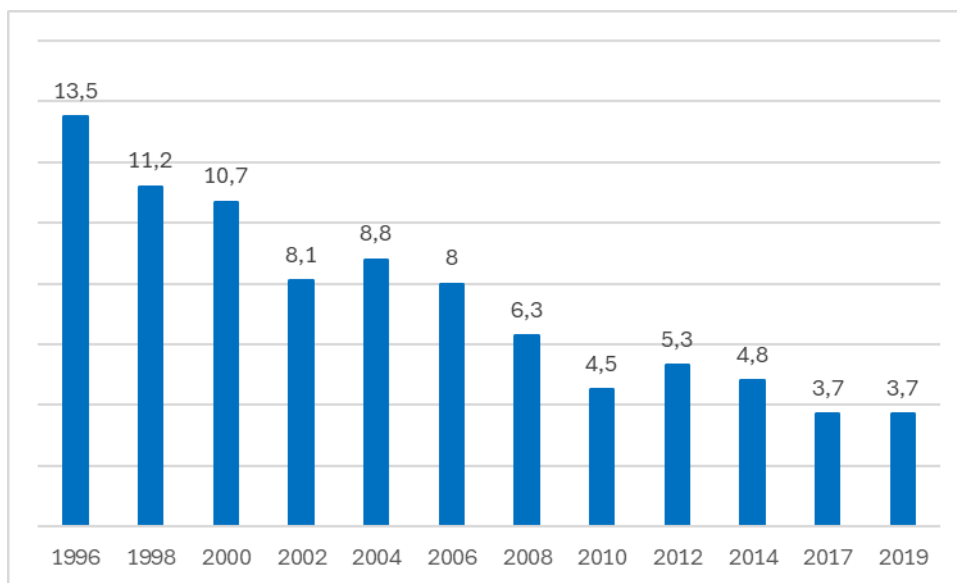
[127] La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui transpose l'ANI du 11 janvier 2013, a instauré, à compter du 1er janvier 2016, une obligation pour tous les employeurs du secteur privé de proposer à leurs salariés une couverture collective complémentaire santé dont ils financent au minimum 50 % du montant de la prime TTC. Les contrats collectifs doivent respecter un socle minimal de garanties correspondant au socle des contrats solidaires et responsables, auxquelles s'ajoutent des garanties plus favorables en matière de soins dentaires et d'optique (cf. Schéma 2 :). Ces contrats devant être solidaires et responsables, ils doivent respecter un certain

nombre de restrictions, notamment dans le domaine de l’optique, mais aussi en ce qui concerne la prise en charge maximale des dépassements d’honoraires pour les professionnels n’ayant pas adhéré à l’Optam, ou encore respecter certaines interdictions portant notamment sur la prise en charge des franchises et participations forfaitaires (cf. 3.2.2 et annexe 4).

[128] Avant la mise en œuvre de cette loi, de nombreux employeurs proposaient déjà une couverture collective à leurs salariés (51 % des établissements regroupant 75 % des salariés au 31 décembre 2015⁴⁵), les autres salariés ayant généralement recours à un contrat individuel ou étant couverts en tant qu’ayants droit. L’absence de couverture complémentaire santé touchait principalement les chômeurs (16 % d’entre eux en 2014) ou les inactifs non retraités (9 % pour les personnes au foyer et 11 % pour les autres inactifs), qui n’étaient pas concernés par la généralisation⁴⁶.

[129] Dans ces conditions, conformément à ce que prévoyait l’évaluation *ex ante* menée par l’IRDES⁴⁷ en 2015, le taux de non-couverture de la population a faiblement diminué à la suite de la mise en œuvre de la loi. Il s’élevait à 4,5 % en 2010 et 4,8 % en 2014 et s’est stabilisé à 3,7 % à partir de 2017, un an après la mise en place de la généralisation dans le secteur privé.

Graphique 5 : Evolution du taux de non-couverture par une complémentaire santé (15 ans et plus, France métropolitaine)



Source : DREES, fiche 12, *La complémentaire santé édition 2024*

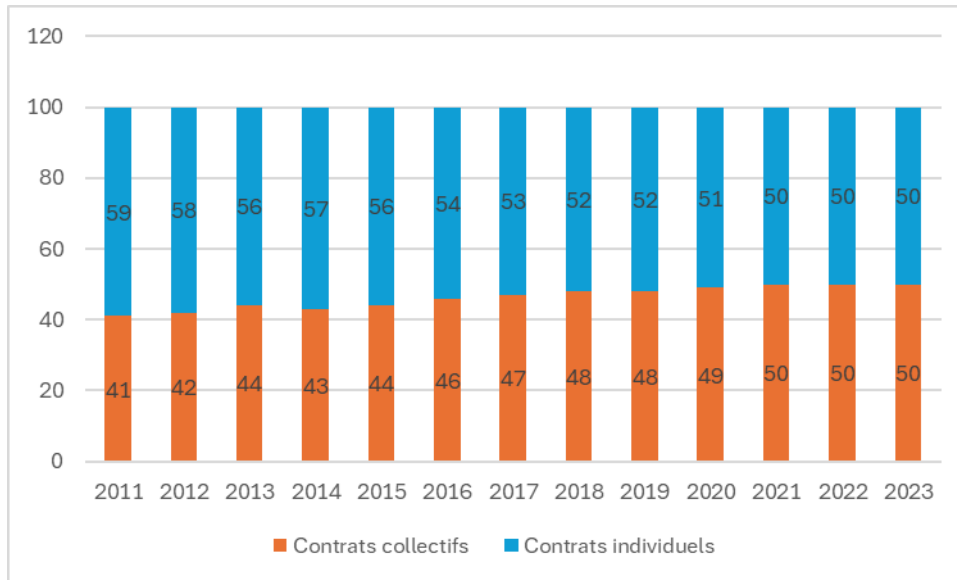
⁴⁵ IRDES, enquête PSCE 2017

⁴⁶ La loi du 14 juin 2013 améliore toutefois le dispositif de portabilité des droits de prévoyance en l’inscrivant dans la loi. Un dispositif de portabilité des droits avait été créé par l’ANI du 11 janvier 2008 mais son inscription dans la loi a permis de l’étendre à des catégories précédemment non concernées (notamment les professions libérales, les professions agricoles ou le secteur de l’économie sociale et solidaire). De plus la loi allonge la durée maximale de portabilité de 9 à 12 mois.

⁴⁷ Cette évaluation prévoyait un taux de non-couverture après généralisation variant entre 2,7 % (scénario le plus favorable) et 4,4 % (scénario le moins favorable). Jusot, F., Pierre, A. (2015). « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d’entreprise sur la non-couverture en France ? ». Irdes, Questions d’économie de la santé, n° 209.

[130] La loi du 14 juin 2013 a donc davantage favorisé une substitution entre contrats collectifs et contrats individuels, qui était déjà engagée, qu'elle n'a fait progresser la couverture complémentaire santé des salariés du secteur privé.

Graphique 6 : Evolution de la part des contrats individuels et collectifs (en % du total des cotisations collectées)



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

[131] S'agissant du taux de participation de l'employeur, qui doit être de 50 % au minimum, il s'élevait selon l'enquête PSCE de 2017⁴⁸ à 61 %.

[132] Ces données globales concernant la couverture des salariés et le taux de participation des employeurs masquent certaines disparités en fonction de la taille et du secteur de l'entreprise :

- on constate un fort effet de taille pour les très petites entreprises concernant la proportion d'établissements proposant une complémentaire santé, qui est moins marqué en ce qui concerne le taux de participation de l'employeur : il avoisine 60 %, avec un taux de participation le plus élevé de 64 % pour les entreprises de 500 salariés et plus :

⁴⁸ L'édition 2017 est la dernière édition disponible de l'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise (2017) menée par l'IRDES. Les précédentes éditions dataient de 2003 et 2009 et une nouvelle édition a été lancée le 27 mai 2025.

Tableau 7 : Taux de participation employeur et % d'établissements proposant une complémentaire santé en fonction de la taille de l'entreprise

Taille de l'entreprise dont dépend l'établissement (en nombre de salariés)	% d'établissements proposant une complémentaire santé	Taux de participation employeur par contrat
1 à 4	75	61
5 à 9	94	57
10 à 49	98	59
50 à 99	98	59
100 à 249	98	62
250 à 499	99	60
500 ou plus	99	64

Source : DREES, Fiche 13, La complémentaire santé édition 2024

- les variations sont en revanche plus importantes en fonction du secteur d'activité concernant la proportion d'établissements proposant une couverture complémentaire santé, les écarts étant moins prononcés en ce qui concerne le taux de participation de l'employeur :

Tableau 8 : Taux de participation employeur et % d'établissements proposant une complémentaire santé en fonction du secteur d'activité

Secteur d'activité	% d'établissements proposant une complémentaire santé	Taux de participation employeur par contrat
Transports	97	61
Industrie	92	61
Information et communication, finance, assurance, immobilier	88	65
Hébergement et restauration	89	55
Construction	90	62
Commerce	85	60
Activités scientifiques et techniques, services administratifs	83	60
Agriculture	79	57
Enseignement, santé et action sociale	75	57
Autres activités de services	68	60

Source : DREES, Fiche 13, La complémentaire santé édition 2024

[133] S'agissant des garanties offertes et du coût du contrat, la loi semble avoir eu des effets contrastés. Un an après sa mise en œuvre, 18 % des établissements proposant une couverture collective avant la généralisation déclaraient avoir modifié le niveau des garanties, à la hausse dans un tiers des cas et à la baisse pour un autre tiers. 16 % de ces établissements déclaraient également que la généralisation avait entraîné une modification du coût de la couverture, à la hausse pour une moitié des cas et à la baisse pour l'autre moitié.

3.1.1.2 Dans la fonction publique, la généralisation est en cours de mise en place uniquement dans la fonction publique d'État

[134] Au sein de la fonction publique, qui n'était pas concernée par la loi du 14 juin 2013, la situation diffère entre fonction publique d'État, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière.

- Dans la fonction publique d'État, un déploiement en cours, des contrats négociés au sein de chaque département ministériel, des garanties minimales dépassant le socle des CSR et une prise en charge par l'employeur pouvant être inférieure à 50 %

[135] L'accord interministériel du 26 janvier 2022 transposé dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État, impose la mise en place progressive, à compter du 1^{er} janvier 2025 et jusqu'en 2026, d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire⁴⁹.

[136] Cette obligation de couverture concerne les administrations de l'État, les autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes, et les établissements publics de l'État, à l'exception des structures employant des fonctionnaires hospitaliers. Il convient de noter que le décret fixe un cadre national mais que chaque département ministériel doit définir et négocier le contenu de son contrat et sélectionner l'organisme assureur.

[137] S'agissant des garanties, le décret impose que les contrats soient solidaires et responsables, un arrêté du 30 mai 2022 précisant le niveau minimal de garanties que les contrats doivent offrir, ce niveau minimal étant supérieur au « socle » des contrats solidaires et responsables avec notamment l'obligation de prendre en charge le ticket modérateur pour les médicaments à service médical rendu faible et les cures thermales, les dépassements d'honoraires jusque dans une certaine limite pour les médecins spécialistes, ou encore deux séances par an de « médecines douces » (voir annexe 6 pour des données plus détaillées).

[138] Concernant le taux de prise en charge par l'employeur, ce dernier doit prendre en charge 50 % de la cotisation d'équilibre (somme du montant de la cotisation des garanties socle du contrat et du coût par contrat des garanties de solidarité⁵⁰), tandis que le bénéficiaire actif devra s'acquitter d'une part forfaitaire égale à 20 % de la cotisation d'équilibre et d'une part individuelle dépendant de la rémunération brute de l'agent (dans la limite d'un plafond de sécurité sociale). Compte tenu de ces paramètres, la prise en charge par l'employeur peut donc être inférieure à 50 % du coût du contrat pour un agent donné.

- Dans la fonction publique territoriale, les employeurs ont seulement obligation de participer à hauteur de 15 euros par mois et par agent au financement de la couverture complémentaire santé à laquelle souscrivent leurs agents

[139] Au sein de la fonction publique territoriale, l'ordonnance du 24 novembre 2021 a introduit pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics une obligation de participation au financement⁵¹ « *des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient* », ces garanties devant être au minimum celles correspondant au socle des contrats responsables. Cette participation mensuelle doit être au minimum de la moitié d'un montant fixé par décret⁵² à 30 euros par agent, soit 15 euros pour le risque santé⁵³, ce montant minimal de participation apparaissant relativement faible rapporté au coût d'un contrat de complémentaire

⁴⁹ Un tableau d'avancement du déploiement de la couverture complémentaire santé par ministère est disponible en annexe 6.

⁵⁰ Garanties destinées à assurer un plafonnement du montant de la cotisation pour les retraités, à assurer la couverture des enfants de moins de 21 ans et à permettre un maintien des garanties durant 12 mois aux agents publics et ayants droit cessant leur activité (voir annexe 6).

⁵¹ CGFP, art. L.827-9.

⁵² Décret n°2022-581.

⁵³ Et 20 % d'un montant de référence fixé par le même décret à 35 euros, soit 7 euros pour la prévoyance.

santé (cf. annexe 7). Toutefois, selon un rapport d'information récent du Sénat⁵⁴, « 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 ».

[140] On notera que la cadre juridique applicable à la fonction publique territoriale n'impose pas à l'employeur de mettre en place une couverture collective obligatoire, dont les tarifs et les garanties sont généralement plus favorables que ceux proposés par les contrats individuels (voir annexe 3). Un accord collectif imposant la mise en place d'un contrat collectif obligatoire pour la seule prévoyance des agents territoriaux est en cours de transposition législative mais sa mise en œuvre n'interviendrait pas avant le 1^{er} janvier 2029⁵⁵.

- Dans la fonction publique hospitalière, en l'absence d'accord, les agents ne bénéficient que d'un dispositif de soins gratuit peu adapté à leurs besoins

[141] Les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) ne bénéficient à ce stade que d'un dispositif de gratuité des soins pour les soins médicaux dispensés dans leur établissement et les produits pharmaceutiques délivrés par la pharmacie de leur établissement et prescrits par un médecin de ce même établissement. Un tel dispositif ne prend donc pas en charge certains types de soins ou de biens (optique et dentaire notamment) et ne permet pas de couvrir les membres de la famille des agents, si bien que les agents de la FPH recourent largement à une couverture complémentaire santé. Or, une telle couverture mixte comportant, d'une part, dispositif de soins gratuits pour les agents hospitaliers et pour certains soins 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.

3.1.1.3 Une généralisation de la couverture collective des salariés qui n'est pas tout à fait complète

[142] Outre les agents de la FPH et de la FPT, un certain nombre de salariés du secteur privé ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire obligatoire souscrite par leur employeur :

- Les salariés qui bénéficient, à leur demande, d'une dispense d'adhésion au contrat collectif :
 - soit parce qu'ils bénéficient déjà d'une couverture collective en tant qu'ayant droit ;
 - soit parce qu'ils sont déjà couverts à titre individuel au moment de l'embauche ou de la mise en place de la couverture collective (la dispense ne s'appliquant toutefois que jusqu'à échéance du contrat individuel) ;

⁵⁴ Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français, rapport d'information n° 770, 24 septembre 2024.

⁵⁵ Le 2 juillet 2025, le Sénat a adopté en première lecture la proposition de loi visant à transposer dans la loi l'accord collectif national du 11 juillet 2023 en repoussant de deux ans la date d'entrée en application des mesures, initialement fixée au plus tard au 1^{er} janvier 2027.

- soit parce qu'ils étaient déjà présents dans l'entreprise lors de la mise en place de la couverture collective par une décision unilatérale de l'employeur avec participation financière du salarié (dispense d'ordre public, non conditionnée à la souscription par ailleurs d'un contrat individuel) ;
 - soit parce qu'ils sont bénéficiaires de la CSS ;
 - soit parce qu'ils sont en CDD ou en contrat de mission de moins de 3 mois ou à temps partiel (15 heures ou moins par semaine) et qu'ils justifient d'une couverture complémentaire santé solidaire et responsable souscrite à titre individuel, ces salariés bénéficiant en contrepartie du « versement santé » (voir annexe 1 et encadré annexe 2). Le mode de calcul 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 euros mensuels en 2025⁵⁶ ;
 - soit parce que l'acte instituant la couverture complémentaire santé prévoit des cas de dispense pour les apprentis, salariés en CDD et intérimaires⁵⁷.
- Les salariés employés par un particulier employeur. Le particulier employeur n'a en effet pas obligation de proposer une couverture complémentaire santé au salarié qu'il emploie car la loi du 14 juin 2013 vise seulement les entreprises. Ces salariés ne bénéficient pas non plus du versement santé.

[143] Si les cas où des salariés peuvent ne pas être couverts par une complémentaire collective obligatoire d'entreprise sont relativement circonscrits, il convient de noter qu'ils concernent un nombre non négligeable de salariés. Ainsi, selon la DREES, en 2017, 21 % des salariés du secteur privé n'étaient pas couverts par un contrat d'entreprise (16 % des salariés étant dispensés d'adhésion), cette proportion étant plus forte parmi les plus précaires et ceux dont les salaires sont les plus bas. On peut également remarquer que parmi les salariés couverts par la complémentaire santé de leur entreprise, 24 % déclaraient en 2017 qu'ils auraient préféré ne pas y souscrire si cela avait été possible.

3.1.2 Contrairement à la prévoyance, la couverture complémentaire santé des salariés relève davantage du niveau de l'entreprise que de la branche

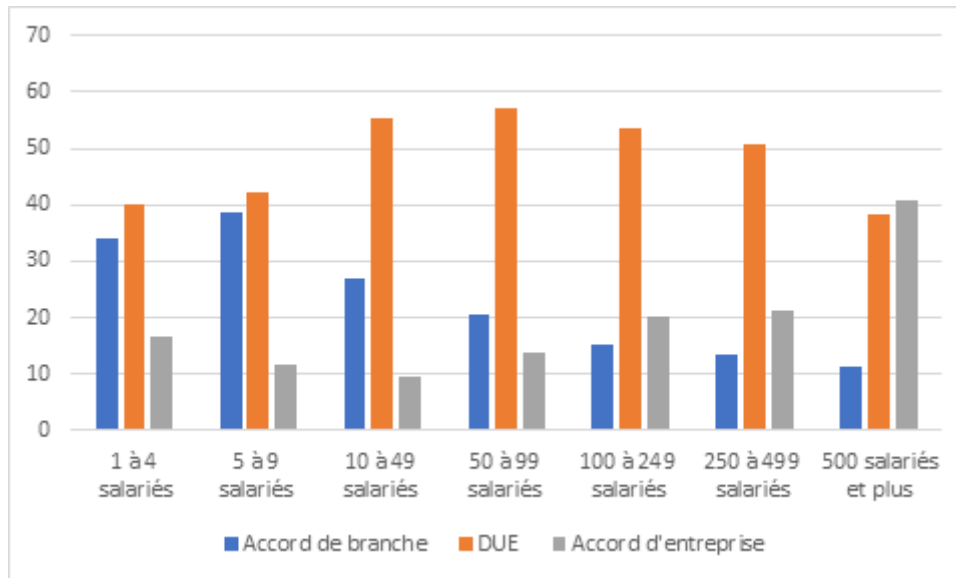
[144] Selon l'enquête PSCE menée par l'IRDES en 2017, la mise en place des garanties en santé relève bien plus souvent du niveau de l'entreprise que de la branche. En effet 44,1 % avaient été mises en place via décision unilatérale de l'employeur (DUE) et 17 % via un accord d'entreprise contre 29,9 % qui avaient été décidées au niveau de la branche. On notera que ces proportions sont inversées en matière de prévoyance (voir 2.2 et annexe 5) avec des garanties qui ont été

⁵⁶ Arrêté du 19 mars 2025 (JORF du 25 mars 2025).

⁵⁷ Ces cas de dispenses peuvent être conditionnés ou non à la justification d'une couverture complémentaire santé individuelle, un autre cas de dispense pouvant aussi être mis en place pour les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à régler une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

décidées au niveau de 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 7 : Modalité de mise en place des garanties complémentaires santé



Source : IRDES, enquête PSCE 2017

[145] Au-delà de ces données globales, on constate que la mise en place de garanties complémentaires santé via accord de branche décroît avec la taille de l'entreprise.

[146] Si d'après l'enquête PSCE l'existence ou non d'une couverture complémentaire santé d'entreprise avant le 1^{er} janvier 2016 ne semble pas avoir d'effet sur les modalités de mise en place des garanties complémentaires santé, 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.

[147] L'enquête PSCE montre également que les garanties sont plus favorables quand elles sont définies au niveau de l'entreprise. L'accord de branche, s'il en existe un, semble donc jouer un rôle de définition de garanties minimales auxquelles les entreprises disposant de faibles marges de manœuvres financières ou pouvant, compte tenu de l'état du rapport de forces dans la négociation sociale, se permettre de ne pas mettre en place de garanties plus favorables que ce socle, semblent se limiter. Il peut aussi traduire l'antériorité des garanties définies en entreprise sur l'accord de branche intervenu postérieurement dans le cadre de la généralisation. La diversité préexistante des situations selon les entreprises a pu conduire à des accords socle ne remettant pas en cause les contrats préexistants.

[148] En appui à cette hypothèse d'accords de branche définissant un socle minimal, on peut souligner que ces accords ne comportent pas toujours de clauses de recommandation : selon le CTIP, 10 accords sur les 22 accords de branche de plus de 100 000 salariés comportaient en 2022 de telles clauses. En outre, lorsque de tels accords de branche existent, ils peuvent être assez peu prescriptifs en ne définissant qu'un montant minimal de cotisations et un socle de garanties comme dans le cas de l'accord de branche « bureaux techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils

et société de conseils », ou en se limitant à la seule question du montant des cotisations, comme dans le cas de l'accord de branche des industries chimiques⁵⁸. S'agissant des clauses de recommandation, il convient par ailleurs de noter que leur existence ne garantit pas le recours par les entreprises aux organismes recommandés puisque, selon l'enquête PSCE 2017, lorsqu'une recommandation existait, seulement 53 % des entreprises souscrivaient un contrat auprès des organismes recommandés.

[149] Cette prépondérance de l'accord d'entreprise ou de la DUE concernant la mise en place de garanties santé présente l'inconvénient de limiter la mutualisation et de renchérir le coût des contrats pour les petites entreprises ou celles composées de salariés considérés comme présentant un niveau élevé de risque, par opposition aux grandes entreprises ou à celles employant des salariés considérés comme peu risqués (salariés jeunes notamment), qui peuvent bénéficier de tarifs plus intéressants.

[150] La fonction publique d'État a en partie reproduit cette pratique présentant des inconvénients, en prévoyant que chaque ministère négocie son propre contrat plutôt que de négocier un contrat couvrant la fonction publique d'État dans son ensemble (cf. 3.1.1.2).

3.2 En réduisant le coût de la couverture complémentaire santé et en étant réservée aux contrats solidaires et responsables, l'exemption favorise l'extension des garanties et la diffusion de ce type de contrat

3.2.1 Les avantages socio-fiscaux sont réservés aux couvertures complémentaire santé solidaires et responsables qui doivent offrir un niveau minimal de garanties et exclure ou limiter certaines prises en charge

[151] Comme cela a été indiqué au 1.1.3, l'exemption de cotisations sociales, tout comme le taux de TSA à 13,27 % ainsi que la déduction du revenu imposable des contributions salariés au contrat de complémentaire santé, sont notamment conditionnées au fait que le contrat soit solidaire et responsable (une analyse plus détaillée est disponible en annexe 4) :

- Pour être solidaire, un contrat ne doit ni recourir à un questionnaire médical ni appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé de l'assuré.
- Pour être responsable un contrat doit respecter un certain nombre de conditions concernant les garanties minimales qu'il doit offrir (plancher du contrat responsable) mais aussi certaines conditions portant sur des interdictions ou des plafonds maximaux de prise en charge (plafond du contrat responsable).

⁵⁸ Voir encadré relatif à ces deux accords de branche en annexe 3

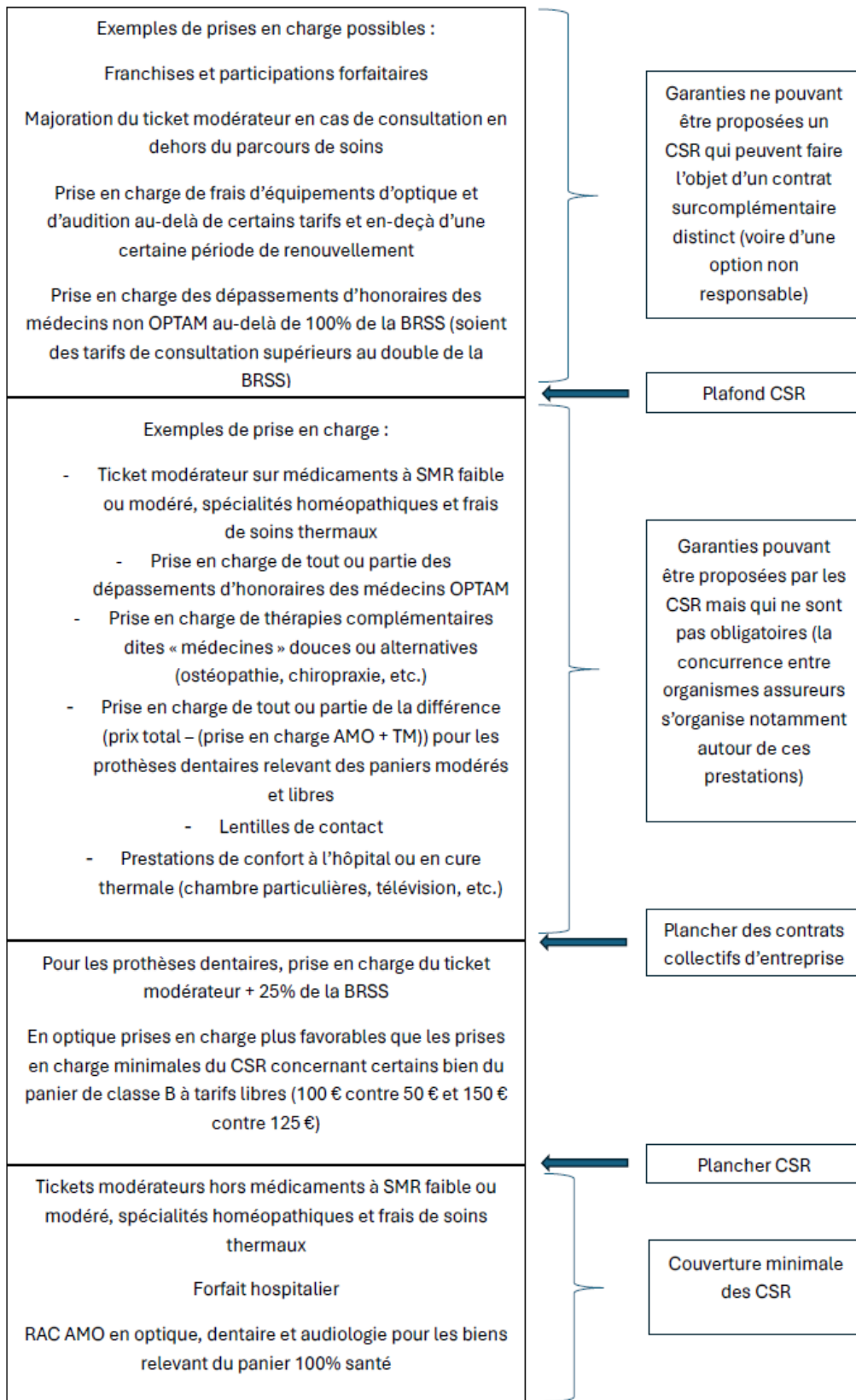
- S'agissant des garanties minimales de prise en charge, celles-ci concernent notamment la couverture obligatoire des tickets modérateurs (à l'exception des médicaments à SMR faible ou modéré et des frais de soins thermaux pour lesquels la prise en charge du ticket modérateur est facultative), la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier et des obligations de prise en charge dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audiologie, qui ont évolué avec la mise en place du 100 % santé.
- Concernant les interdictions de prise en charge, elles portent sur les franchises et participations forfaitaires ainsi que sur les majorations et dépassements d'honoraires prévues en cas de non-respect du parcours de soins.
- Enfin, s'agissant des plafonnements ou minorations de prises en charge, elles concernent notamment la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les professionnels n'ayant pas adhéré à l'Optam⁵⁹ (le dépassement doit respecter une double limite, en ne dépassant pas 100 % de la BRSS de l'acte et en restant inférieure de 20 % à la prise en charge du dépassement des médecins ayant adhéré à l'Optam) et la prise en charge des équipements à tarifs libres en optique et en audiologie.

[152] Il convient de noter que le socle de garanties des contrats collectifs de salariés est légèrement plus favorable que le socle des contrats solidaires et responsables (CSR) en optique et en dentaire (prise en charge à hauteur de 125 % contre 100 % de certains soins dentaires prothétiques et soins d'orthopédie dento-faciale et prise en charge supérieure de certains équipements optiques).

[153] Le schéma ci-dessous décrit de façon synthétique le périmètre des CSR :

⁵⁹ Option pratique tarifaire maîtrisée, voir encadré en annexe 4

Schéma 1 : Plancher et plafond de prise en charge des contrats solidaires et responsables (CSR)



Source : Mission IGAS

[154] Le « champ des possibles » des garanties pouvant être offertes dans le cadre du CSR (espace situé entre le plancher et le plafond des CSR) est loin d’être négligeable et permet de proposer des niveaux de garanties très variables entre les contrats les plus protecteurs et les contrats les moins protecteurs.

[155] Selon la DREES, qui a classé les contrats en trois catégories (les contrats de classe 1 étant les moins protecteurs et les contrats de classe 3 les plus protecteurs), les contrats de classe 3 offrent en moyenne des niveaux de prise en charge près de trois fois supérieurs à ceux des contrats de classe 1⁶⁰ (369 € contre 126 € hors prise en charge de l’AMO en optique simple, 2336 € contre 679 € hors prise en charge de l’AMO pour une paire d’audioprothèses, 445 % de la BRSS contre 174 % en prenant en compte la prise en charge AMO pour une couronne céramo-céramique, 314 % de la BRSS contre 126 %, en prenant en compte la prise en charge AMO, pour une consultation d’un professionnel Optam, 92 € contre 36 € pour une chambre particulière à l’hôpital).

3.2.2 L’exemption de cotisations sociales participe activement à la diffusion des contrats solidaires et responsables et au développement de garanties au-delà de ce socle

[156] En réservant le bénéfice de l’ensemble des dispositifs socio-fiscaux attachés à la couverture complémentaire santé aux seuls contrats solidaires et responsables, les pouvoirs publics semblent, à travers cette incitation à la souscription de CSR, avoir poursuivi plusieurs objectifs :

- combiné à la complémentaire santé solidaire (CSS), les CSR permettent de garantir un niveau minimal de prise en charge plutôt favorable pour les bénéficiaires d’une complémentaire santé et préviennent ainsi le développement de contrats « low cost » alors même que certains organismes assureurs rencontrés par la mission plaident en faveur d’une réduction des couvertures minimales ;

CSS et plancher de garanties des CSR

Le panier de soins pris en charge dans le cadre de la 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.

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.

⁶⁰ Des exemples plus détaillés issus de publications de la DREES sont disponibles au 3.2 de l’annexe 3.

- 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.

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.

Source : *Mission*

- en rendant plus supportable pour les salariés et les employeurs le coût de la couverture complémentaire santé, les dispositifs socio-fiscaux attachés aux CSR favorisent le développement de garanties supplémentaires s'inscrivant entre le plancher et le plafond des CSR (de nombreux CSR collectifs d'entreprise proposent des garanties supérieures au socle des CSR et les représentants des employeurs rencontrés par la mission ont indiqué raisonner en coût « superbrut » de la couverture santé si bien qu'une réduction/suppression de l'exemption de cotisations sociales pourrait se traduire par une réduction des garanties offertes afin de tenter de maintenir un coût constant de la couverture santé). En effet, l'espace situé entre le plancher et le plafond des CSR permet de proposer des niveaux de garanties très différents (cf. 3.3.1.1). En dehors du tarif, c'est d'ailleurs dans cet « espace d'offre » que s'organise la concurrence entre organismes assureurs ;
- en interdisant ou en limitant certaines prises en charge, les CSR tentent de prévenir un désalignement trop fort des politiques menées par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, notamment en ce qui concerne les politiques visant à contenir la consommation de soins via le maintien d'un reste à charge pour les assurés (interdiction de prise en charge des franchises et participations forfaitaires) ou les politiques visant à maîtriser les dépassements d'honoraires ou à respecter les parcours de soins.

[157] Dans la mesure où les contrats solidaires et responsables représentent en 2023, 96,4 % des cotisations collectées de l'ensemble des contrats de complémentaire santé⁶¹, on peut estimer que cette incitation socio-fiscale à la souscription de CSR est particulièrement efficace.

[158] Compte tenu de son coût pour les finances publiques (cf. 1.2), on peut toutefois s'interroger sur la possibilité de recourir à une réglementation plus contraignante, conduisant par exemple à interdire les contrats non solidaires et non responsables, plutôt qu'à s'appuyer sur une telle incitation socio-fiscale. Interrogée à ce sujet, la Direction des affaires juridiques des ministères sociaux indique que le Conseil constitutionnel pourrait estimer disproportionnée une telle interdiction (atteinte aux libertés contractuelle et d'entreprendre) au regard des objectifs d'intérêt général poursuivis.

⁶¹ Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES.

3.3 L'exemption de cotisations ne permet pas de limiter certains défauts de la couverture complémentaire santé, voire les amplifie

3.3.1 Combinée au caractère peu limitant du plafond des contrats responsables et aux possibilités de contournement des surcomplémentaires, l'exemption favorise des garanties paraissant peu responsables

[159] Comme cela a été montré au 3.2.1, le cadre des CSR permet de proposer un large éventail de garanties. Or, celles-ci peuvent concerner certains soins ou biens dont l'utilité sur le plan médical n'est pas démontrée (notamment les cures thermales, les médicaments à SMR faible ou encore certains soins relevant de pratiques de soins⁶² « non conventionnelles »), des prestations de confort (prise en charge de la chambre particulière à l'hôpital⁶³), ou qui peuvent présenter un caractère inflationniste du fait de la solvabilisation des dépenses qu'elle engendre (prise en charge des dépassements d'honoraires) pouvant nuire à l'accessibilité financière aux soins de l'ensemble de la population.

[160] L'exemption de cotisations réduisant le coût pour l'employeur et le salarié de la protection complémentaire santé, elle favorise le développement de ce type de garanties, qui sont très fréquemment mises en avant par les organismes assureurs pour se différencier, et auxquelles les représentants des salariés et les employeurs semblent être sensibles, si l'on se fie au contenu des contrats collectifs d'entreprise proposés. En effet, 58 % des bénéficiaires de contrats collectifs disposent d'un contrat de classe 3 contre seulement 12 % des bénéficiaires de contrats individuels (inversement 48 % des bénéficiaires de contrats individuels disposent d'un contrat de classe 1 contre 20 % des bénéficiaires de contrats collectifs), sachant que les contrats de classe 1 proposent des garanties déjà supérieures au plancher des contrats collectifs d'entreprise⁶⁴.

⁶² Cette catégorie assez disparate regroupe des pratiques telles que l'ostéopathie, la chiropraxie, l'hypnose, la mésothérapie ou l'auriculothérapie. Jouant parfois sur l'utilisation du terme médecine (médecine douce, médecine alternative, médecine naturelle) ces pratiques ne sont pourtant pas reconnues sur le plan scientifique par la médecine conventionnelle et ne sont pas enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé (<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>)

⁶³ Ce domaine ne faisant d'ailleurs pas l'objet d'un encadrement spécifique de la part des pouvoirs publics, il est loisible aux organismes complémentaires d'en maîtriser les risques et coûts en usant des outils « classiques » de l'assurance (franchises ; plafonds ; exclusions ; conventionnement ; intéressement aux résultats etc).

⁶⁴ Les contrats de classe 1 proposent en effet la prise en charge de la chambre particulière (à hauteur en moyenne de 36 euros par nuit), la prise en charge des dépassements d'honoraires des professionnels ayant adhéré à l'Optam à hauteur de 26 % de la BRSS, et 76 % d'entre eux assurent la prise en charge du ticket modérateur sur les médicaments à SMR faible. Les prises en charge en dentaire pour ces contrats les moins protecteurs sont aussi systématiquement supérieures à la prise en charge minimale imposée aux contrats collectifs d'entreprise (de l'ordre de 170 % de la BRSS contre une obligation de prise en charge minimale de 125 %).

[161] En outre, l'analyse par la mission d'un certain nombre d'accords de branche montre que la prise en charge de soins non conventionnels est fréquemment imposée, dans la limite d'un tarif plafonné. La DREES montre ainsi que ces prises en charge sont systématiquement plus développées dans les contrats collectifs⁶⁵ que dans les contrats individuels.

Tableau 9 : Part des contrats collectifs et des contrats individuels assurant certaines garanties non obligatoires dans le cadre des CSR

	Contrats collectifs	Contrats individuels
Prise en charge de la chambre particulière à hauteur d'au moins 60 euros par nuit	60 %	30 %
Prise en charge d'un dépassement d'honoraire à l'hôpital pour une opération de la cataracte conduisant à un RAC après intervention de l'AMO de 350 euros	>60 %	20 %
Prise en charge d'un dépassement d'honoraire + TM d'un spécialiste Optam à hauteur d'au moins 39 euros	70 %	20 %
Prise en charge d'un dépassement d'honoraire + TM d'un spécialiste non Optam à hauteur d'au moins 29,9 euros	60 %	10 %
Prise en charge intégrale du TM sur les médicaments à SMR faible	90 %	71 %
Prise en charge de soins non conventionnels	88 %	75 %

Source : DREES

[162] On notera que l'État en tant qu'employeur n'échappe pas à cette tendance puisque l'arrêté du 30 mai 2022, qui fixe le niveau minimal de garanties qui doit être offert par les contrats négociés au sein de chaque ministère, impose notamment la prise en charge de la chambre particulière à hauteur de 50 euros par nuit, la prise en charge des dépassements d'honoraires des spécialistes Optam à hauteur de 50 % de la BRSS, la prise en charge du ticket modérateur des médicaments à SMR faible, la prise en charge de l'homéopathie à hauteur de 70 euros par an, ou encore la prise en charge des « médecines douces » à hauteur de deux séances par an pour un maximum de 40 euros par séance.

[163] Interrogés par la mission sur l'intérêt de développer ce type de garanties qui ne sont pas obligatoires et dont l'intérêt pour l'utilisateur n'est pas toujours démontré⁶⁶, certains représentants d'organismes assureurs, qui déploraient parallèlement les conséquences tarifaires de certaines prises en charge obligatoires dans le cadre du CSR (notamment celles liées à la réforme du 100 % santé), ont déclaré être obligés de proposer de telles garanties pour remporter des appels d'offres. En effet non seulement certains appels d'offres mentionnent explicitement⁶⁷ ce type de

⁶⁵ Catégorie à laquelle sont rattachés les contrats complémentaires santé d'employeur.

⁶⁶ Certaines pratiques pouvant par ailleurs même être dangereuses, d'après un rapport de l'Académie de médecine du 5 mars 2013 (Thérapies complémentaires – acuponcture, hypnose, ostéopathie, tai-chi et leur place parmi les ressources de soins).

⁶⁷ Par exemple, dans son appel d'offres 2025-0011-00-00-MPF publié le 21 août 2025, le groupement public NUMIH France (lié au secteur hospitalier et donc non soumis aux règles applicables à l'État et ses établissements publics) demandait la prise en charge des cures thermales à hauteur de 110 % de la BRSS (140 % pour l'option de niveau 2) et la prise en charge de trois séances par an à hauteur de 30 € par séance (cinq séances à hauteur de 50 € par séance pour l'option de niveau 2) pour les spécialités suivantes : acupuncteur, chiropraticien, diététicien diplômé d'État, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue.

garanties mais même quand ce n'est pas le cas, certains concurrents les intégrant d'office dans leur offre, le risque est alors d'apparaître « moins-disant » quand on ne les propose pas.

[164] Au-delà de cette participation au financement de ce type de garanties, l'exemption de cotisations sociales participe plus indirectement au développement de dispositifs amplifiant cette « inflation des garanties », qui prennent pour support le contrat collectif de base d'entreprise, et qui peuvent s'inscrire dans le cadre du CSR ou en dehors du CSR, à travers les options et les surcomplémentaires⁶⁸.

- S'agissant des options, souvent au nombre de deux ou trois, elles s'inscrivent dans le cadre du contrat collectif « de base » ou « socle » et permettent de bénéficier de garanties plus favorables que ce dernier (meilleure prise en charge en optique ou dentaire, meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires). Ces options sont le plus souvent payées par le seul salarié même si le financement conjoint par l'employeur est possible⁶⁹, le financement de l'option bénéficiant alors dans ce dernier cas de l'exemption de cotisations sociales. 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). Toutefois, il peut exister des options non responsables et qui sont financées par le seul salarié. Dans cette hypothèse, en appliquant une politique de discernement, les Urssaf dans leurs contrôles comptables d'assiette ne remettent pas en cause l'exemption de cotisations sociales pour la contribution de l'employeur au socle du contrat. Pour la TSA, cette option facultative financée par le seul salarié est considérée comme un contrat distinct (comme un contrat surcomplémentaire, cf. ci-dessous) du contrat socle du fait de son financement uniquement salarial. L'option est donc taxée à 20.27 % et le contrat socle reste taxé à 13.27 %
- Concernant les surcomplémentaires, elles relèvent, contrairement aux options, d'un contrat distinct du contrat de complémentaire santé dont elles ont 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 forcément dans le cadre du CSR tout en permettant au contrat socle de continuer à

⁶⁸ Voir encadré sur les options et les surcomplémentaires dans l'annexe 3.

⁶⁹ 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 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)

bénéficiaire des avantages socio-fiscaux attachés aux CSR, ce qui peut s'apparenter à une forme de contournement du cadre du CSR dont on a pourtant vu qu'il offrait des possibilités étendues en termes de garanties. Selon la DREES, les surcomplémentaires sont très majoritairement (plus des deux tiers) proposées dans un cadre collectif et 2,8 millions de personnes bénéficiaient de ce type de couverture en 2021.

[165] L'enquête PSCE 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.

[166] En favorisant le développement de ce type de garanties, l'exemption de cotisations et les autres dispositifs socio-fiscaux attachés aux CSR contribuent donc :

- à renchérir la couverture complémentaire santé, la prise en charge de prestations connexes (c'est à dire de prestations non couvertes au moins partiellement par l'assurance maladie obligatoire) représentant par exemple en 2023, 6 % du montant des cotisations perçues par les complémentaires santé (2,2 Mds €) ;
- à maintenir ou à développer des pratiques qui peuvent engendrer du renoncement aux soins (dépassements d'honoraires notamment).

3.3.2 L'exemption de cotisations et les avantages fiscaux qui lui sont en partie liés contribuent à amplifier le caractère inégalitaire de la couverture complémentaire santé

3.3.2.1 Des inégalités entre salariés d'entreprises différentes mais aussi au sein d'une même entreprise

[167] Contrairement à l'AMO, la couverture complémentaire santé est caractérisée dans son ensemble (contrats collectifs et contrats individuels) par un niveau de garanties qui croît avec le revenu et par une très faible redistributivité (le niveau d'inégalité après intervention de la complémentaire santé est très faiblement réduit⁷⁰).

[168] Or en ne se limitant pas à un socle de garanties, en permettant le financement direct d'options quand celles-ci sont co-financées par l'employeur et en ne prévoyant aucune condition de prise en compte des revenus dans la tarification des contrats, l'exemption de cotisations entretient entre salariés, y compris d'une même entreprise, ce caractère inégalitaire et cette très faible redistributivité :

- La couverture complémentaire santé étant majoritairement définie au niveau de l'entreprise et l'exemption de cotisations n'étant pas réservée à un socle de garanties qui serait applicable à l'ensemble des contrats, cette exemption participe de la différenciation des offres de couverture complémentaire santé aussi bien sur plan des garanties offertes que du taux de participation de l'employeur et, ce faisant, des inégalités de couvertures qui peuvent exister entre entreprises et entre branches. Ainsi, en comparant les niveaux de

⁷⁰ Voir 3.4 de l'annexe 3, DREES, Etudes et Résultats 1220 : L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu et DREES, Les dossiers de la DREES 101 : Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie.

garanties pour un panier de soins et de biens type⁷¹, l'enquête PSCE 2017 montrait que les entreprises de 100 salariés et plus offraient des niveaux de garanties supérieurs aux entreprises de moins de 100 salariés. S'agissant des disparités entre secteurs d'activité, sur le même panier de biens, les garanties offertes au sein de l'industrie étaient très nettement supérieures à celles du secteur « autres activités de service » (de 17 % pour les honoraires de praticiens hospitaliers à 62 % et 67 % pour la chambre particulière et les prothèses auditives).

- De plus, comme cela a été dit au 3.3.1, au sein d'une même entreprise, l'exemption peut financer des options lorsque ces dernières sont financées conjointement par l'employeur et le salarié, contribuant ainsi au développement des inégalités de couverture santé entre salariés d'une entreprise pourtant couverts par le même contrat. Si l'enquête PSCE 2017 ne fournit pas de données entre catégories socioprofessionnelles appartenant à une même entreprise on peut cependant noter que pour le panier de biens type précité, à l'exception des honoraires de spécialistes où l'écart est de 7 %, les garanties dont bénéficient les cadres sont supérieures de 19 % à 47 % à celles des employés et supérieures de 12 % à 36 % à celles des ouvriers non qualifiés.
- Enfin, dans la mesure où seulement 26 % des contrats collectifs pratiquent une tarification qui tient compte du revenu, les autres contrats pratiquant une tarification forfaitaire indépendant du niveau de revenu du salarié, on peut également considérer que l'exemption de cotisations sociales contribue au financement de couvertures complémentaires santé très faiblement redistributives, voire probablement anti-redistributives si l'on intègre la déduction de la contribution salarié à la complémentaire santé de l'assiette des revenus soumis à l'IRPP⁷².

3.3.2.2 Un dispositif qui renforce les inégalités entre salariés et personnes non couvertes par une couverture employeur et amplifie le caractère inégalitaire de la couverture complémentaire santé

[169] Au-delà des inégalités qu'elle peut favoriser dans le champ de la couverture complémentaire collective en entreprise, l'exemption de cotisations contribue également à renforcer les inégalités entre salariés bénéficiant d'un contrat collectif et les non-salariés (hors indépendants⁷³), notamment les retraités et les chômeurs, mais aussi les étudiants et les agents du secteur public avant mise en œuvre de la réforme en cours dans la fonction publique d'État.

[170] Les contrats collectifs sont en effet généralement moins coûteux et plus couvrants que les contrats individuels. Selon la DREES, qui a construit un indicateur synthétique de niveau de couverture des contrats de complémentaire santé variant de 0 à 1 (0 pour les contrats n'offrant

⁷¹ Honoraires de médecins généralistes, honoraires de praticiens hospitaliers, chambre particulière, lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives.

⁷² Ce caractère anti-redistributif semble assez marqué entre un salarié imposable et un salarié non imposable couverts par un même contrat dont les cotisations sont forfaitaires mais il convient néanmoins de prendre en compte l'effet joué par le gradient social de santé.

⁷³ Ces derniers 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.

aucune prise en charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) et 1 pour les contrats offrant une prise en charge complète du RAC AMO), pour un panier de soins mixtes composés de biens relevant du panier 100 % santé et de biens à tarifs libres, les contrats collectifs obtiennent un score moyen de 0,78 contre 0,59 pour les contrats individuels⁷⁴.

Tableau 10 : Score moyen de couverture des contrats individuels et collectifs⁷⁵ en fonction du type de consommation

	Contrats collectifs	Contrats individuels
Consommation de soins et de biens au sein d'un panier mixte	0,78	0,59
Consommation exclusive de soins et de biens dans le panier 100 % santé	0,94	0,86
Consommation exclusive de soins et de biens dans le panier libre	0,74	0,51

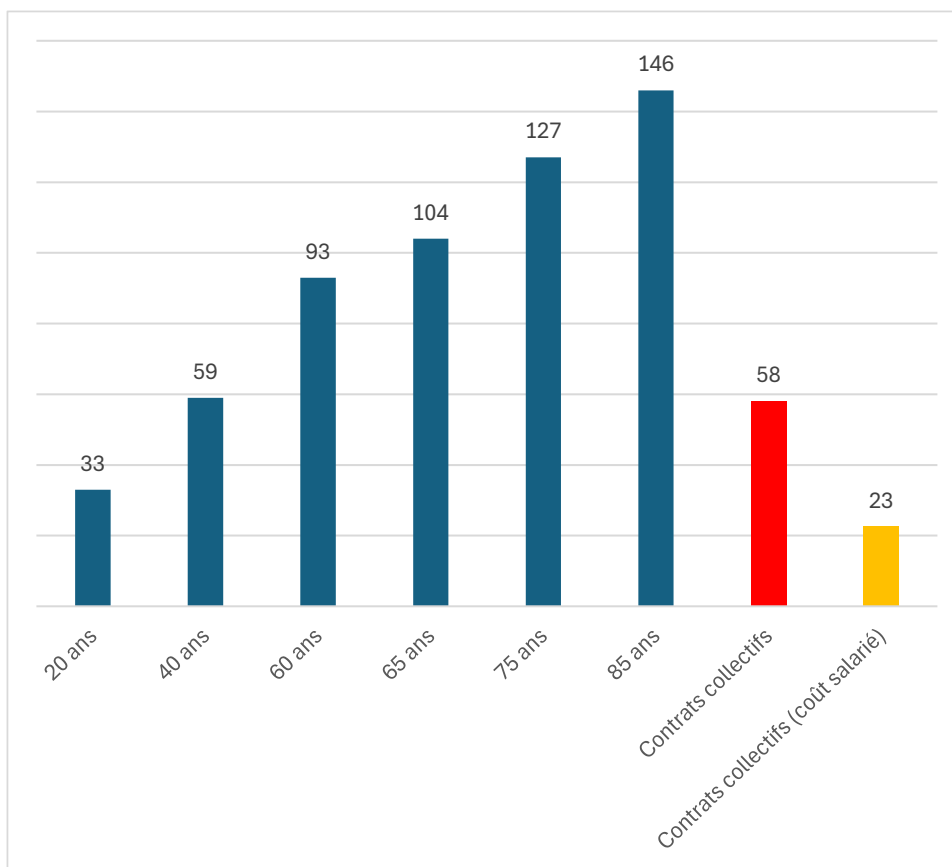
Source : DREES, Fiche 27, *La complémentaire santé, édition 2024*

[171] S'agissant des tarifs, si le montant moyen des primes des contrats individuels est inférieur au montant moyen de la prime des contrats collectifs pour les assurés âgés de 20 ans, il est systématiquement supérieur à partir de 40 ans. De plus, une fois appliqué le taux de prise en charge moyen par l'employeur qui s'élève à 61 %, le coût pour le salarié du contrat collectif est systématiquement inférieur à celui d'un contrat individuel quelle que soit la classe d'âge considérée.

⁷⁴ DREES, *La complémentaire santé - édition 2024, Fiche 27*

⁷⁵ Les données présentées dans ce tableau englobent l'ensemble des contrats collectifs, dont les contrats collectifs obligatoires d'employeurs mais aussi d'autres types de contrats collectifs tels que les contrats dits « Madelin ».

Graphique 8 : Montant en euros des primes mensuelles pour un assuré de référence en fonction de l'âge et du type de contrat (2021)



Source : DREES, retraitement mission IGAS. Le coût salarié est le coût du contrat collectif diminué de la contribution de l'employeur.

[172] On peut craindre une amplification de cet écart de tarifs entre contrats individuels et contrats collectifs, notamment pour les personnes de plus de 60 ans, puisque selon la DREES, sur la période 2019-2021, si les tarifs des contrats collectifs ont augmenté de 3 %, cette augmentation a été respectivement de 6,9 %, 10,6 %, 10,4 % et 12,3 % pour les personnes âgées de 60 ans, 65 ans, 75 ans et 85 ans⁷⁶.

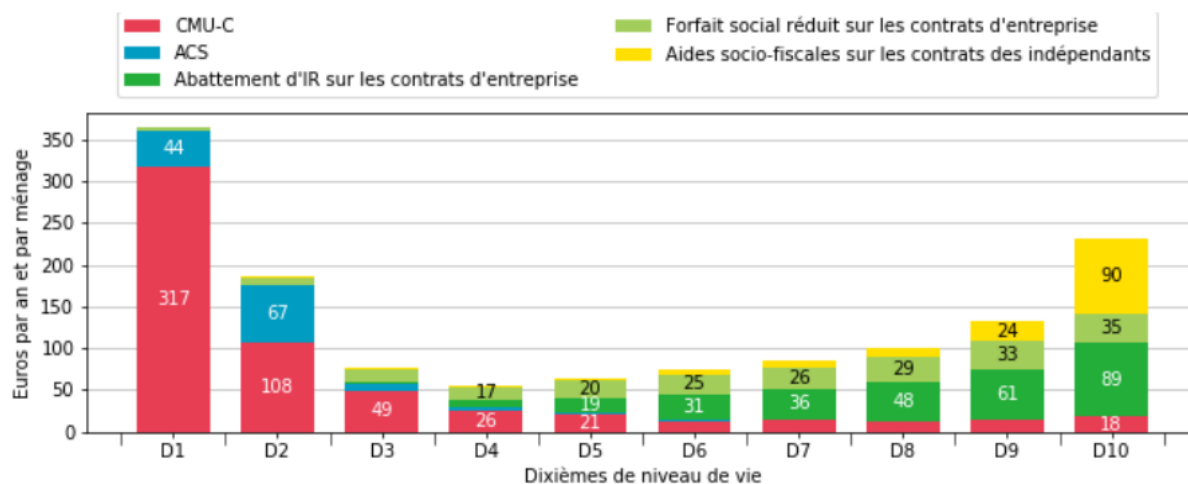
[173] L'exemption de cotisations amplifie donc les inégalités entre assurés pouvant bénéficier d'un contrat collectif et ceux devant recourir à un contrat individuel, sachant de plus que la contribution des salariés au financement de leur couverture complémentaire santé bénéficie d'une déduction du revenu imposable (cf. 1.1.4 et 1.2.5), dont ne bénéficient pas les assurés ayant recours à un contrat individuel, rendant encore moins coûteuse la couverture complémentaire santé des assurés concernés.

[174] Au-delà de cet effet d'amplification des inégalités entre contrats collectifs et contrats individuels, l'effet anti-redistributif induit par l'exemption de cotisations et la déduction de la contribution salarié du revenu imposable que l'on pouvait supposer entre salariés couverts par un

⁷⁶ Voir 3.3.1 de l'annexe 3 et Fiche 11 de La complémentaire santé, édition 2024, DREES

même contrat (cf. 3.3.2.1), est avéré à l'échelle de la population dans son ensemble, avec un gain qui croît avec le niveau de vie :

Graphique 9 : 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

4 Généraliser la prévoyance et limiter les défauts actuels de la couverture complémentaire santé en entreprise, sans renoncer à une perspective de refonte plus ambitieuse à moyen terme

[175] Compte tenu des constats dressés dans les parties précédentes, la mission préconise d'améliorer la disponibilité et la fiabilité des données et de renforcer la connaissance par les parties prenantes des enjeux attachés à la protection sociale complémentaire (4.1). Après avoir envisagé les évolutions majeures à moyen terme que sont la suppression de l'exemption ou son maintien dans le cadre de régimes de branche (4.2), la mission propose plusieurs mesures permettant de favoriser une généralisation de la prévoyance et de limiter les défauts actuels de la couverture complémentaire santé, qui peuvent être déployées à court terme (4.3).

4.1 La connaissance de la protection sociale complémentaire par les parties prenantes et les pouvoirs publics doit être améliorée

4.1.1 Les employeurs et les salariés devraient bénéficier d'informations plus transparentes afin de mieux identifier les enjeux attachés à la protection sociale complémentaire

[176] Il ressort des entretiens menés par la mission, notamment auprès des représentants des salariés, que la connaissance et la compréhension des enjeux liés à la protection sociale complémentaire pourraient être renforcées notamment au niveau de l'entreprise.

[177] L'attention portée à la couverture complémentaire santé et notamment à certaines garanties (soins non conventionnels, médicaments à SMR faible), au détriment parfois de la protection sociale contre des risques plus graves (cf. 2.1.3), la difficulté à comparer et évaluer les offres⁷⁷ ou le risque de survaloriser les garanties offertes par la protection sociale complémentaire en contrepartie de faibles revalorisations salariales ont été plusieurs fois évoqués lors des entretiens.

[178] Du côté des employeurs la difficulté à évaluer la pertinence et la qualité de l'offre, notamment pour les TPE/PME, a aussi été mentionnée. Au niveau des branches, des partenaires sociaux ont évoqué la nécessité de recourir à des expertises actuarielles indépendantes pour analyser les offres des organismes complémentaires. Dans la fonction publique, l'Etat employeur recourt également à des compétences actuarielles pour la mise en place de la nouvelle PSC obligatoire.

[179] Les représentants des salariés et des employeurs ont également confirmé que si les salariés connaissaient assez bien les garanties attachées à leur couverture complémentaire santé car ils y ont fréquemment recours, c'est beaucoup moins le cas pour la prévoyance contre les risques graves. L'information des salariés à propos de la prévoyance complémentaire se limite en général à celle qui est faite au moment de l'embauche des salariés.

[180] Afin de renforcer l'information disponible pour les représentants des salariés, et ainsi contribuer à la transparence du dialogue social, dans la mesure où la prévoyance complémentaire relève de la politique sociale de l'entreprise pour laquelle le comité social et économique doit être consulté, la base de données économiques, sociales et environnementales mentionnée à l'art. L2312-8 du code du travail pourrait notamment comporter des éléments relatifs à la protection sociale complémentaire mise en place au sein de l'entreprise, par exemple :

- les évolutions de tarifs et/ou de garanties sur l'année écoulée ;
- les garanties supérieures aux garanties minimales imposées par la loi du 14 juin 2013 pour la complémentaire santé et pour la prévoyance contre les risques lourds, le contenu des

⁷⁷ Si des travaux sont menés depuis plusieurs années par le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) afin de favoriser une expression harmonisée des garanties des contrats, des associations d'usagers ainsi que certains interlocuteurs rencontrés par la mission estiment que les offres sont encore difficilement comparables.

obligations conventionnelles ainsi que tout élément allant au-delà de celles-ci (couverture portant sur d'autres catégories de personnels que les cadres et assimilées, etc.) ;

- la mention des différents types de garanties lorsque celles-ci existent (options, garanties différentes en fonction des catégories de personnel) et la répartition des choix des salariés par catégorie de personnel ;
- le taux de participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire, en différenciant la complémentaire santé et la prévoyance contre les risques lourds, et, le cas échéant, en indiquant les différents de taux de participation en fonction des catégories de salariés ;
- les montants totaux consacrés par l'employeur à la PSC en distinguant prévoyance et complémentaire santé ;
- pour la couverture complémentaire santé, le rapport entre le montant des prestations versées et le montant des cotisations versées ainsi que le montant des frais de gestion tels que mentionnés à l'art. L871-1 du code de la sécurité sociale ;
- les résultats techniques des contrats de prévoyance et de complémentaire santé ainsi que plus généralement les informations déjà transmises au chef d'entreprise au titre de l'article 15 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989.

Recommandation n°1 Inclure les informations relatives à la protection sociale complémentaire dans la base de données économiques sociales et environnementales.

[181] L'application de cette recommandation supposerait de modifier les articles R.2312-8 et R.2312-9 du code du travail.

4.1.2 Un meilleur pilotage de la protection sociale complémentaire nécessite de disposer de données fiables et suffisantes

[182] La protection sociale complémentaire constitue un angle mort des administrations, car au carrefour du droit du travail et de la négociation collective et du droit de la sécurité sociale.

[183] Au surplus, les données statistiques disponibles apparaissent insuffisantes. En particulier, en matière de prévoyance complémentaire, elles sont inexistantes ou datées : la mission n'a pu mobiliser que l'enquête PSCE de l'IRDES de 2017. Bien que cette enquête soit mise en œuvre à nouveau en 2025, une périodicité de huit ans ne permet pas une connaissance fine de ce type de prestations. Une périodicité de deux à trois ans pour cette enquête pourrait être envisagée. Son coût est actuellement d'environ 1,5 M €, à comparer aux enjeux financiers de la PSC en entreprise.

[184] Au demeurant, il n'existe pas d'obligation de transmission annuelle d'information de la part des organismes complémentaires en prévoyance, alors qu'il pourrait être demandé, a minima et sur le modèle de l'existant en complémentaire santé⁷⁸, des données en matière de décès,

⁷⁸ L'instruction de l'ACPR (Instruction n° 2025-I-02 relative aux documents prudentiels annuels à communiquer par les organismes assujettis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) relevant du régime dit « Solvabilité II » remplaçant l'instruction n° 2023-I-13 du 12 octobre 2023)

d'invalidité et d'incapacité de travail. S'agissant de risques longs à la différence de la complémentaire santé, des éléments sur les résultats techniques et le jeu de provisions seraient souhaitables.

Recommandation n°2 Rendre obligatoire pour les organismes complémentaires la transmission annuelle d'informations statistiques concernant les garanties de prévoyance complémentaire en distinguant *a minima* les garanties décès, invalidité et incapacité de travail.

[185] En ce qui concerne la complémentaire santé, une transmission annuelle d'états statistiques existe déjà et la DREES publie annuellement son analyse du marché en se basant sur ces données. Toutefois, les catégories réglementaires actuelles (contrats collectifs / individuels) ne permettent pas une appréhension fine de la situation car elles regroupent des jeux d'acteurs et des positionnements radicalement différents (voir encadré *infra*). C'est pourquoi la mission propose une modification du jeu de données que devraient transmettre les organismes complémentaires :

- contrats collectifs obligatoires souscrits par les employeurs et couvrant les salariés ;
- contrats collectifs obligatoires (hors contrats souscrits par les employeurs) ;
- contrats collectifs facultatifs ;
- contrats individuels.

Contrats collectifs et individuels

La définition juridique des contrats collectifs (dont les contrats de groupe) et individuels est précisée en annexe 2.

Pour autant, les contrats collectifs de dommages corporels peuvent relever de plusieurs types (et de marchés distincts) :

- les contrats collectifs obligatoires d'entreprise, qui sont l'objet de ce rapport ;
- les contrats collectifs qui peuvent parfois être souscrits par certains organismes (comme des fédérations sportives qui souhaitent protéger leurs licenciés contre les blessures qu'ils recevraient sans qu'un tiers en soit responsable) qui imposent la souscription à leurs membres et qui sont donc des contrats obligatoires ;
- les contrats collectifs facultatifs souscrits par un organisme indépendant de l'organisme complémentaire (cas, par exemple des fédérations sportives qui, sans la rendre obligatoire avec la licence, proposent une protection contre les blessures reçues sans qu'un tiers soit responsable) ;
- les contrats collectifs facultatifs souscrits par un intermédiaire proche d'un organisme complémentaire. C'est par exemple souvent le cas des contrats dits « Madelin » à destination des travailleurs indépendants. Ces contrats collectifs sont en pratique traités comme des contrats individuels ;
- les contrats collectifs d'emprunteurs bancaires, qui sont par ailleurs isolés dans les états statistiques ;

prévoit actuellement quatre états statistiques, exploités par la DREES, mais dont aucun ne porte spécifiquement sur la prévoyance complémentaire. Ces quatre états sont les suivants :

FR.14.01 - Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties

FR.14.02 - Primes et prestations par type de garanties

FR.14.03 - Frais de soins payés au cours de l'exercice

FR.14.04 – Compléments sur les frais de soins : frais de gestion, gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, complémentaire santé solidaire et taxe de solidarité additionnelle

- les contrats individuels.

En outre, certains types de contrats de dommages corporels relèvent de marchés très éloignés de la complémentaire santé mais relèvent bien des états statistiques de dommages corporels. C'est par exemple le cas de la garantie individuelle du conducteur (qui permet de couvrir les dommages corporels que le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur subit en l'absence de tiers responsable) ou de celles comprises dans les contrats de type « garantie des accidents de la vie ».

Source : *Mission*

[186] Une telle modification n'est pas complexe pour les organismes complémentaires puisque ces données sont celles utilisées en gestion ; d'ailleurs, certains états réglementaires ⁷⁹ distinguaient avant 2016 les contrats souscrits par les employeurs, des autres contrats.

Recommandation n°3 Identifier, au sein des états statistiques, les contrats collectifs obligatoires couvrant les salariés et agents publics, aussi bien pour la complémentaire santé que pour la prévoyance collective.

[187] Par ailleurs, la qualité des états statistiques apparaît améliorable. En effet, sans conséquence fiscale ni prudentielle, la production de données de faible qualité n'a guère d'impact pour les organismes complémentaires.

[188] La question d'un contrôle *a priori* (par l'ACPR ou les commissaires aux comptes, à qui il serait possible de demander la certification de ces états statistiques) ou *a posteriori* (qui supposerait alors l'instauration d'un jeu de sanctions en cas de non respect du cahier des charges) devrait être étudiée, et au besoin faire l'objet d'un ajustement des textes.

Recommandation n°4 Dans le cadre de la fiabilisation des états transmis à l'ACPR, mettre en place des contrôles qualité, en s'appuyant sur des contrôles de l'ACPR, pour tous les états transmis aux directions statistiques concernant la complémentaire santé et la prévoyance.

[189] S'agissant des données figurant dans la déclaration sociale nominative, il serait nécessaire de distinguer dans les données individuelles la contribution patronale relative à la prévoyance et celle concernant la retraite supplémentaire (cf. 1.2.1).

Recommandation n°5 Distinguer dans le bloc 54 de la déclaration sociale nominative (DSN) les contributions patronales pour la prévoyance et celles pour la retraite supplémentaire

[190] Enfin, au-delà des organismes complémentaires, la mission a été confrontée à la difficulté d'obtenir des données de la part de l'ensemble des administrations et organismes intervenant sur le sujet. Cela provient le plus souvent d'approches cloisonnées : à titre d'exemple, la DREES s'intéressera plus au contenu des garanties complémentaires santé, quand la DARES s'intéressera plutôt à la manière dont ce contenu a été élaboré, sans qu'il existe de lieu d'échange au-delà des initiatives individuelles. Ainsi, un lieu de travail inter-administrations regroupant la sphère « protection sociale » (DSS, DREES, IRDES, URSSAF Caisse nationale, CCMSA, GIP MDS), la sphère « travail » (DG Travail, DARES) et la sphère « économie et finances » (DG Trésor, ACPR) permettrait de mieux identifier les informations manquantes et les voies pour les obtenir.

⁷⁹ Par exemple, les états C10 distinguaient, parmi les « dommages corporels-contrats collectifs » ceux « visés à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 » (CAss, art. 344-10 aujourd'hui abrogé).

[191] A titre d'exemple, la mission a pu bénéficier de la part de la DARES d'une analyse test à l'aide de l'IA du contenu de la base publique des accords d'entreprise. Ce type de démarche peut utilement compléter la base des accords de branche en prévoyance que tient la DSS. De même, l'URSSAF en charge des contrôles de la TSA pourrait utilement bénéficier d'un rapprochement avec l'ACPR pour fiabiliser son fichier des organismes d'assurance autorisés à diffuser en France des contrats soumis à la TSA (par exemple en libre prestation de services).

4.1.3 Les salariés pourraient être davantage sensibilisés à l'importance de la couverture contre les risques lourds

[192] La négociation collective a porté en 2012 sur la complémentaire santé plutôt que sur la prévoyance complémentaire. Une organisation syndicale l'a déploré tandis qu'une autre a indiqué qu'il s'agissait alors de généraliser, au profit des salariés des plus petites entreprises, un dispositif déjà largement diffusé auprès des entreprises les plus grandes.

[193] Or, complémentaire santé et prévoyance complémentaire – entendue ici au sens de prévoyance lourde – ne présentent pas les mêmes caractéristiques :

- la complémentaire santé a un caractère assez largement forfaitaire (donc ne dépendant pas de la rémunération, comme c'est le cas pour l'assurance maladie obligatoire). Inversement, les cotisations de prévoyance complémentaire sont le plus souvent proportionnelles au revenu (puisque relatives à des prestations en espèces elles-mêmes proportionnelles au revenu) ;
- la complémentaire santé couvre généralement un risque attritionnel (sauf cas particulier de certaines hospitalisations longues et onéreuses en médecine à l'hôpital) alors que la prévoyance complémentaire couvre un risque catastrophe (décès ou invalidité). La première est donc fréquemment mise en jeu – et parfois à l'initiative de l'assuré⁸⁰ – alors que la seconde l'est très rarement ;
- la complémentaire santé, en solvabilisant certains agents, peut inciter les offreurs de soins à augmenter leurs tarifs⁸¹, ce qui pose un problème d'équité vis-à-vis des publics moins bien ou non couverts (retraités en particulier mais aussi fonctionnaires hospitaliers et territoriaux, chômeurs après la période de maintien de droits,) qui doivent également supporter les effets de ces hausses de tarifs. Inversement, la prévoyance complémentaire n'a que des effets de bord négligeables sur le public non couvert.

[194] Ces éléments auraient dû inciter les partenaires sociaux – et les pouvoirs publics – à se soucier en priorité de la protection des salariés contre ces risques « extrêmes », celle-ci n'ayant par ailleurs pas d'effet de second tour majeur associé. L'inscription du sujet à l'agenda social autonome des partenaires sociaux est de ce point de vue une bonne nouvelle.

[195] Au niveau des entreprises, la mission ne peut qu'encourager les organisations syndicales, mais aussi les directions des ressources humaines, à s'emparer de ce sujet, qui ne devrait pas se

⁸⁰ Par exemple pour la prise en charge en optique.

⁸¹ Dépassements d'honoraires pour certains médecins ou certaines pratiques en optique, dentaire ou équipement audiolgique, tarifs journaliers de prestations avant leur réforme s'agissant des établissements ex-DG.

limiter à la prise en charge des arrêts maladie mais viser aussi à protéger les salariés et leurs ayants-droits contre les événements extrêmes de la vie.

[196] Du point de vue strictement économique, les marges dégagées en limitant certaines garanties offertes par la complémentaire santé d'entreprise pourraient utilement être redéployées vers la prévoyance lourde complémentaire.

4.2 Dans le cadre actuel où la protection sociale complémentaire est au milieu du gué, deux scénarios polaires, de suppression ou de maintien-extension de l'exemption, sont théoriquement envisageables

4.2.1 Si l'existence de l'exemption et son caractère obligatoire et collectif rapprochent la PSC des régimes obligatoires, elle s'en différencie sur de nombreux points et n'en présente pas tous les avantages

[197] L'exemption de cotisations sociales de la part employeur rapproche la protection sociale des régimes de sécurité sociale (régime étendu aux cotisations patronales chômage et de retraite complémentaire), qui présentent les caractéristiques suivantes :

- non assujettissement des cotisations patronales aux cotisations sociales ;
- non assujettissement des cotisations patronales et salariales à l'impôt sur le revenu dont est redevable le salarié.

[198] Dans le cas de la PSC, depuis le 1^{er} janvier 2014, la part employeur en complémentaire santé est passible de l'impôt sur le revenu du salarié ce qui constitue la seule différence de traitement socio-fiscal entre la PSC en entreprise et un régime obligatoire de sécurité sociale.

[199] Dans le cadre juridique antérieur à la mise en place de l'exemption en 1980 par voie législative, le Conseil d'État⁸² avait d'ailleurs dénié l'assimilation d'un accord d'entreprise à un « régime légalement obligatoire de sécurité sociale ». Il avait 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* ».

[200] Cette grille de lecture, basée sur le cadre socio-fiscal, ne doit toutefois pas masquer les différences essentielles qui les séparent de véritables régimes obligatoires de protection sociale complémentaire :

- dans un régime obligatoire, l'organisme assureur est unique, une entreprise donnée, ne peut par conséquent pas le choisir. Or, depuis la censure en 2013 par le Conseil constitutionnel de la clause de désignation, le choix donné à l'entreprise conduit nécessairement à l'existence d'antisélection : les entreprises qui sont, du point de vue de la protection sociale complémentaire, des bons risques, ont un intérêt objectif à sortir de la mutualisation et

⁸² Assemblée du CE, 2 décembre 1983, n° 43.760.

donc à souscrire de manière isolée leur propre contrat, dégradant ainsi la qualité de la mutualisation qu'elles ont quittée. Cette situation est, aux dires de plusieurs partenaires sociaux, avérée dans plusieurs branches ;

- l'antisélection du fait du salarié et surtout ses ayants droit n'est pas possible dans le cadre d'un véritable régime, puisque ceux-ci ne peuvent faire valoir d'options et sont donc tenus de s'affilier en fonction de leur employeur (ou de leur situation particulière lorsqu'ils ne sont pas salariés, étudiants, chômeurs ou retraités). Or, l'existence des cas de dispense dans le système actuel ne répond pas à cette problématique et introduit par conséquent un élément d'antisélection dans le système⁸³ ;
- l'aléa moral portant sur l'organisme d'assurance qui peut assurer un temps l'ensemble d'une branche, pour constituer une base de connaissance des caractéristiques des entreprises relevant de celle-ci, puis dans un deuxième temps cibler les seules entreprises qui lui apparaissent les plus rentables ; cette situation a été rencontrée dans une branche, selon un interlocuteur de la mission ;
- l'existence d'un régime suppose une mutualisation en son sein : l'obligation d'affiliation, pour l'entreprise comme pour le salarié, permet d'organiser des transferts des bons risques (salariés en bonne santé ou avec une faible probabilité de décéder ou d'entrer en invalidité) vers les mauvais risques (salariés à la santé précaire ou plus susceptibles de décéder ou d'entrer en invalidité). Dans la situation actuelle, dans le cas d'une couverture au niveau de l'entreprise ou d'un accord de branche sans clause de recommandation, et en supposant la concurrence entre organismes assureurs pure et parfaite, aucune mutualisation à une échelle plus grande que l'entreprise n'est envisageable⁸⁴ ;
- toute entreprise est certaine de trouver à s'assurer dans un régime, ce qui n'est pas le cas dans la situation actuelle. Des personnes rencontrées par la mission ont relevé que, s'il n'était pas difficile, en dehors de la question du tarif, de trouver un organisme complémentaire santé, tel n'était pas le cas en prévoyance complémentaire, en particulier pour les entreprises de petite taille et employant des salariés présentant un risque d'invalidité plus élevé par exemple ;
- les accords de branche permettent de limiter la concurrence entre entreprises de la même branche. Toutefois, lorsque le contenu de ces accords ne verrouille pas simultanément les garanties et les tarifs, la concurrence entre organismes assureurs peut s'exercer sur la ou les modalités laissées libres par l'accord ;
- la clause de désignation prévoyait une durée maximale de cinq ans ; en pratique, les contrats sont fréquemment annuels ou peuvent l'être en application de la possibilité qu'ont les parties de le résilier. Or, les actions de prévention que peut mettre en œuvre un organisme assureur dépendent de l'horizon attendu du retour sur investissement. Il est illusoire d'attendre d'un assureur qu'il investisse des sommes pour des actions de prévention dont

⁸³ Par exemple, un salarié jeune dans une entreprise à la moyenne d'âge élevée peut avoir intérêt à bénéficier en tant qu'ayant droit de la couverture de son conjoint, laissant ainsi ses collègues payer une prime plus élevée.

⁸⁴ Cela conduit soit à considérer qu'il est possible de mutualiser des risques lourds à l'échelle d'une très petite entreprise, ce qui est absurde, soit à considérer qu'en réalité les conditions de la concurrence sont sous-optimales

les résultats sont attendus au-delà de l'horizon temporel de son contrat, car il courrait le risque d'investir pour que son concurrent recueille les fruits de son investissement ;

- dans la situation actuelle, les organismes assureurs sont en concurrence au niveau de l'entreprise. Dans une logique de branche, la négociation se déroulerait au niveau de la branche, laissant espérer une diminution des frais d'acquisition, tout en équilibrant le pouvoir de négociation (expertise actuarielle ou juridique, pouvoir de marché) des deux cocontractants ;
- enfin, les régimes de sécurité sociale ont un caractère pérenne alors que les accords d'entreprise ont une durée limitée à la vie active (et un peu plus en tenant compte de la loi Évin de 1989).

[201] En l'état, la PSC se différencie donc des régimes obligatoires de sécurité sociale sur de nombreux points, ce qui questionne la légitimité d'un alignement du régime socio-fiscal qui lui est appliqué sur celui des régimes obligatoires de base.

4.2.2 Les pouvoirs publics pourraient inviter les partenaires sociaux à construire des régimes complémentaires obligatoires de branche, voire un régime interprofessionnel unique de protection sociale complémentaire

[202] La situation actuelle (atomisation en une multiplicité de pseudo-régimes spéciaux⁸⁵) emporte l'ensemble des inconvénients décrits *supra*. Or, la clause de désignation, qui permettait d'en écarter certains, a été jugée inconstitutionnelle ; la prohibition de la clause de désignation, elle, a été jugée inconstitutionnelle (voir annexe 2). Afin de sortir de cette situation, la solution de la mise en place de régimes obligatoires de branche permettrait de dépasser cette contradiction tout en bénéficiant des bonnes propriétés des régimes obligatoires.

[203] En effet, la mise en place de tels régimes, par exemple au niveau de la branche ou de regroupements de branches :

- serait constitutionnelle tout en étant conventionnelle ;
- éviterait, comme la clause de désignation, l'antisélection de l'organisme assureur (choix des entreprises assurées) ;
- rendrait possible, comme la clause de désignation, la mutualisation au niveau de la branche ;
- éviterait, contrairement à la clause de désignation, l'aléa moral du salarié pouvant, dans certains cas (en particulier lorsqu'il est ayant droit) opter pour une couverture qu'il juge plus intéressante en périmètre ou en coût ;

⁸⁵ Au sens strict, un régime spécial est un régime relevant du livre VII du code de la sécurité sociale. La mission utilise ce terme, par abus de langage, en se référant à des régimes bénéficiant d'un cadre socio-fiscal dérogatoire, des prestations particulières. La mission note que les régimes spéciaux de sécurité sociale voient leur nombre diminuer (en particulier en retraite), alors que les accords collectifs d'entreprise sont par définition très significativement plus nombreux et comportent par conséquent les mêmes inconvénients que les régimes spéciaux (par exemple en ce qui concerne la mobilité des travailleurs).

- permettrait les adaptations liées à l'activité propre des branches; il permettrait en outre de bénéficier de la connaissance qu'ont les partenaires sociaux des métiers s'agissant de la gestion du risque, comme c'est le cas pour la branche AT-MP.

[204] Cette solution confierait aux partenaires sociaux les manettes d'un dispositif dont ils définiraient les principaux paramètres (en matière de garanties, de financement et de ses modalités, de gestion à tel ou tel organisme). Le pilotage serait donc paritaire et rétablirait un certain équilibre face à des organismes assureurs, qui ont souvent actuellement une surface économique et une maîtrise technique qui leur donnent une situation avantageuse, particulièrement face aux plus petites entreprises.

[205] Cela permettrait en outre d'ouvrir un espace de discussion (avec les organismes gestionnaires des régimes de branche) lorsque les pouvoirs publics souhaitent transférer ou reprendre des postes de dépense en matière en particulier d'assurance maladie, ces transferts, souvent opérés par voie réglementaire sans négociation avec les partenaires sociaux suscitant un agacement croissant parmi ceux-ci.

[206] Enfin, si les partenaires sociaux le souhaitent, ces régimes pourraient évoluer vers un régime interprofessionnel unique, organisant une solidarité entre branches (via une structure faitière, sur le modèle ARRCO-AGIRC).

[207] Comme la prévoyance s'appuie aujourd'hui plus généralement sur des accords de branche et que les risques couverts sont liés à la rémunération dans l'entreprise, une évolution vers des régimes obligatoires pourrait concerner en premier ce risque (cf.4.3.2).

4.2.3 Une suppression de l'exemption comporte des risques mais permettrait d'augmenter les recettes de la sécurité sociale, d'éviter la substitution avec du salaire et les pertes de droits contributifs pour les salariés et peut s'envisager pour la complémentaire santé

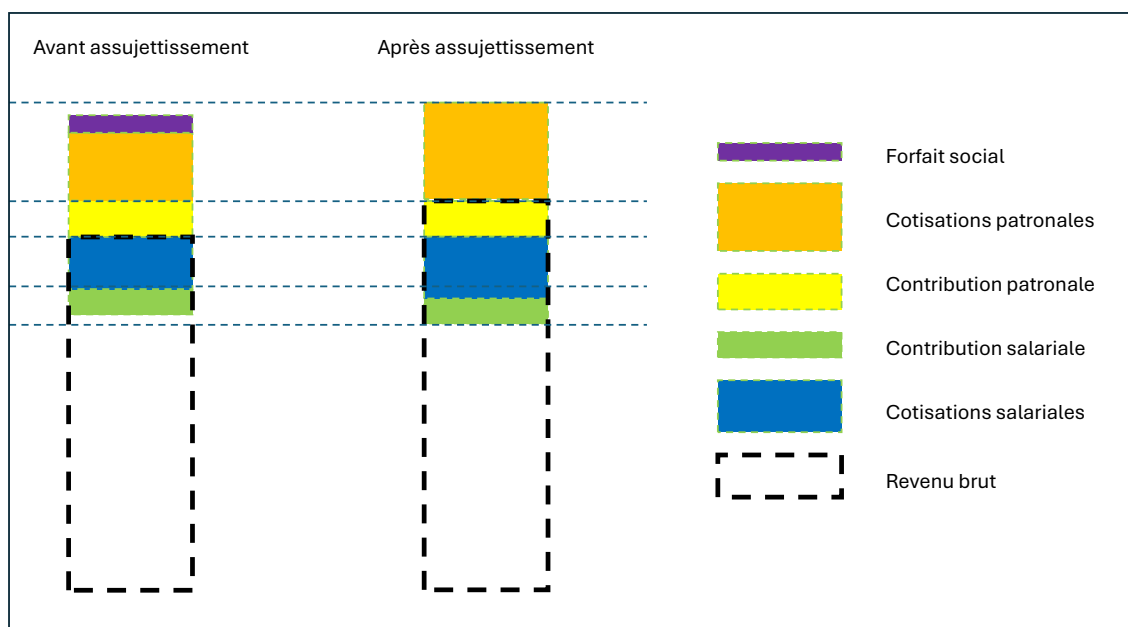
[208] Outre les nouvelles recettes pour la sécurité sociale, une suppression de l'exemption aurait le mérite de supprimer les risques de substitution avec du salaire : avec un forfait social au taux de 8 %, l'avantage comparatif avec les taux de cotisations sociales après allègements généraux incite à augmenter la PSC plutôt que les salaires, d'autant plus que les salaires sont élevés (cf. 1.2.4). Le mécanisme est donc structurellement inflationniste.

4.2.3.1 À court terme, la suppression de l'exemption se traduirait en théorie par une hausse du coût pour l'employeur et des droits pour les salariés, tout en augmentant significativement les recettes de la sécurité sociale

[209] En temps court, la fin de l'exemption se traduirait (voir annexe 7 et schéma ci-dessous) :

- par une diminution du revenu net disponible des salariés⁸⁶, couplée à une augmentation de leurs droits contributifs (prestations en espèces des branches maladie et AT/MP ; vieillesse de base et retraite complémentaire ; assurance chômage) ;
- et par une augmentation du coût total pour l'employeur, sauf pour les salaires proches du SMIC (pour lesquels le taux de l'actuel forfait social est supérieur au taux des cotisations sociales après allègements généraux).

Schéma 3 : Effets de l'assujettissement de la contribution patronale aux cotisations sociales (employeur et salarié)



Source : Mission. Le revenu net disponible est la zone dans la zone hachurée demeurant en blanc.

[210] Pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et en l'absence de tout changement par ailleurs, la suppression de l'exemption conduirait à des recettes supplémentaires (estimées de façon théorique dans l'annexe au PLACSS à 5,1 milliards d'euros en 2024 – voir 1.2.2.1), issues des nouvelles cotisations sociales perçues, après prise en compte des allègements généraux.

⁸⁶ Il s'agit de la rémunération nette sociale moins les contributions employeur et salarié à la protection sociale complémentaire.

4.2.3.2 À plus long terme, la suppression de l'exemption comporte des risques de modération salariale et pourrait conduire à une réduction de la couverture complémentaire des salariés

[211] Le raisonnement, exact juridiquement⁸⁷ et en temps court, doit être fortement nuancé en temps long et dans une logique plus économique.

[212] En effet, et cela a été confirmé à l'occasion des entretiens menés par la mission avec les partenaires sociaux, le raisonnement de l'entreprise s'effectue en coût total employeur (super brut) plutôt qu'en rémunération brute.

[213] De ce point de vue, un assujettissement, qui en temps court serait essentiellement supporté par l'employeur, pourrait se traduire par une modération salariale à plus long terme, et serait donc *in fine* supporté par les salariés. Toutefois, selon certains universitaires⁸⁸, il conviendrait de nuancer ce phénomène :

- les hausses de cotisations des branches à logique contributive seraient *in fine* supportées par les salariés, qui supporteraient une modération salariale ;
- les hausses de cotisations de branches à logique non contributive, inversement, seraient *in fine* supportées par les entreprises, qui supporteraient une hausse du coût du travail.

[214] Ainsi⁸⁹, « les réformes portant sur des cotisations employeurs pour lesquelles le lien contributif entre cotisations et prestations est faible ont *in fine* une incidence sur les employeurs. Ces cotisations à faible lien contributif sont perçues d'un point de vue économique comme des taxes sur les entreprises. A contrario, les cotisations employeurs à fort lien contributif [...] ont *in fine* une incidence sur les salariés : tout se passerait comme si les salariés acceptaient, dans les négociations salariales individuelles, une réduction de leur salaire horaire en contrepartie d'une augmentation des droits à pension induite par la hausse des cotisations retraite. La cotisation employeur serait alors perçue par le salarié comme le financement d'un revenu différé ».

[215] Par ailleurs, alternativement ou complémentaiement à de la modération salariale, les entreprises pourraient faire le choix de réduire le coût des couvertures complémentaires, par la baisse du niveau des couvertures ou par celle de la contribution patronale lorsqu'elle est supérieure au minimum légal.

⁸⁷ D'autant plus que le législateur juge généralement utile de prohiber la substitution entre ce type de dispositifs et la rémunération, preuve qu'il n'est pas dupe de l'existence de ce phénomène.

⁸⁸ Antoine Bozio, Thomas Breda, Julien Grenet, Arthur Guillouzouic. *Does Tax-Benefit Linkage Matter for the Incidence of Payroll Taxes ?* 2024.

⁸⁹ Des mêmes auteurs, en français : COR, séance plénière du 17 octobre 2019, document n° 4, *L'incidence socio-fiscale : qui paie in fine les cotisations sociales ?*

4.2.3.3 La situation des entreprises où les salaires sont les plus faibles et les couvertures complémentaires minimales doit faire l'objet d'une attention particulière

[216] Les possibilités d'ajustement de certaines entreprises peuvent être très réduites lorsque les salaires sont faibles et stagnants, car il n'est pas possible de reporter la charge sur des modérations salariales ultérieures ni d'abaisser les salaires en-dessous du SMIC. Par ailleurs, les accords en vigueur doivent être respectés, notamment la prise en charge à 50 % de la couverture minimale complémentaire santé, outre les accords de branche en prévoyance éventuellement applicables dans ces entreprises.

[217] Le tableau ci-dessous présente les impacts comparatifs par rapport à la situation actuelle sur les bas salaires pour les entreprises selon leur taille d'un assujettissement d'une contribution patronale mensuelle de 50€, niveau constaté dans les données pour la complémentaire santé (voir annexe 7) :

Tableau 11 : Impact d'un assujettissement de 50 € mensuels de contribution employeur

Rémunération brute mensuelle		Cotisations patronales (2)	FNAL (3)	RGC (4)	Coût total employeur (1)+(2)+(3)-(4)	Forfait social
Équivalent SMIC	En € (1)					
1 SMIC (a)	1801,80	745,22	9,01	1832,97	1832,97	-
1 SMIC + 50 € (b)	1851,80	765,90	9,26	1933,12	1933,12	-
Écart (b)-(a)	50 €	20,68	0,25	-29,22	100,15	-4 €
1,1 SMIC (c)	1981,98	819,75	9,91	2187,28	2187,28	-
1,1 SMIC+50€ (d)	2031,98	840,43	10,16	2282,62	2282,62	-
Écart (d)-(c)	50,00	20,68	0,25	-24,41	95,34	-4 €
1,2 SMIC (e)	2162,2	894,27	10,81	541,57	2525,67	-
1,2 SMIC+50€ (f)	2212,2	914,95	11,06	520,96	2617,21	-
Écart (f)-(e)	50,00	20,68	0,25	-20,61	91,54	-4 €

Source : Mission. RGC = réductions générales de cotisations patronales, ici telles qu'issues du décret n° 2025-887 du 4 septembre 2025. Les taux utilisés dans ce tableau sont de 13 % en maladie, 5,25 % en famille, 2,02 % en AT/MP, 0,3 % en autonomie, 10,57 % en vieillesse de base, 6,22 % en vieillesse complémentaire et 4 % en chômage. La contribution au FNAL à 0,5 % de la rémunération brute est due par les entreprises dont l'effectif est supérieur à 50 salariés (sinon, le taux est de 0,1 % mais les RGC sont diminuées à due concurrence), qui sont soumises au forfait social au taux de 8 % (qu'elles cesseraient de payer en cas d'assujettissement aux cotisations sociales).

[218] Le surcoût pour l'employeur s'explique :

- par l'augmentation de la rémunération brute de 50 € ;
- et, pour la partie cotisations sociales et FNAL, par la perte de réductions générales de cotisations patronales (presque 60 % du surcoût employeur au SMIC, plus de la moitié du surcoût employeur à 1,2 SMIC).

4.2.3.4 La suppression de l'exemption est à envisager pour la complémentaire santé, et pourrait s'accompagner d'une éventuelle baisse de la TSA, bénéficiant également aux contrats individuels

[219] S'agissant de la complémentaire santé compte tenu du caractère obligatoire du financement par l'employeur et du fait que l'exemption favorise le développement de garanties apparaissant peu responsables (cf. 3.3.2), la suppression de cette dernière pourrait être privilégiée.

[220] Une telle suppression offrirait l'avantage d'augmenter les recettes de la sécurité sociale (et dans une moindre mesure d'autres régimes obligatoires tels que l'UNEDIC et les régimes complémentaires obligatoires) mais entraînerait un surcroît de dépenses pour l'Etat. En effet, l'augmentation de ressources liée à l'assujettissement des seules contributions patronales en complémentaire santé (qui représentent environ la moitié des contributions de protection sociale complémentaire d'entreprise – voir annexe 7) se traduirait, en ordre de grandeur⁹⁰, par une augmentation des cotisations de sécurité sociale d'environ 4 Mds € (pour une assiette retenue de 20 Md€ dont la moitié pour la complémentaire santé), une diminution du produit du forfait social perçu par la CNAV d'environ 600 M€ (en supposant son taux maintenu à 8 %), et un surcoût pour l'État au titre de la compensation par le budget de l'État des réductions générales de cotisations patronales d'environ 1,0 Md €. Cela conduirait à une augmentation des ressources d'environ 2,4 Mds € pour la sécurité sociale et une augmentation de dépenses de 1,0 Md € pour l'État (qui pourrait être compensée partiellement par les modifications de plafonds d'exonération d'IRPP proposés au 4.3.1.2).

[221] Outre cette augmentation globale des ressources, l'assujettissement entraînerait une amélioration des droits contributifs des salariés et mettrait fin à une forme de transfert actuellement organisé depuis les retraités, chômeurs, indépendants (sous réserve du cadre fiscal favorable), fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, au bénéfice des employeurs du secteur privé et de leurs salariés.

[222] La fin de l'exonération se traduirait en revanche, à niveau égal de garanties par des coûts supplémentaires immédiats pour les salariés (+ 0,6 Md €) et les employeurs (+ 1,8 Md €). A plus long terme la hausse du coût du travail induite par l'assujettissement risquerait d'être supportée par les seuls salariés sous forme de modération salariale et/ou de réduction des garanties de la couverture complémentaire santé (cf. 4.2.3.3).

⁹⁰ Compte tenu de la difficulté à disposer de données fiables exposée au 1.2.2, la mission n'a pu réaliser que des estimations très approximatives des effets d'un assujettissement.

[223] Ces coûts supplémentaires pourraient être atténués par une baisse concomitante du taux de la TSA sur les contrats solidaires et responsables, qui aurait également comme avantage de profiter à l'ensemble des assurés des contrats solidaires et responsables, qu'ils soient salariés ou non, du fait d'une baisse des tarifs TTC des contrats, sous réserve que les organismes assureurs ne captent pas la baisse de la taxe à leur profit, via une hausse des tarifs à garanties égales.

[224] Cette baisse du taux de TSA limiterait toutefois le gain pour les finances publiques voire l'annulerait.

[225] En effet, dans le cas où le taux de droit commun pour les contrats solidaires et responsables (13,27 %) serait aligné sur celui applicable aux garanties frais de soins solidaires et responsables lorsqu'elles sont souscrites dans un contrat collectif majoritairement de prévoyance (soit une baisse de 7 points de 13,27 % à 6,27 %⁹¹), la perte de recettes de TSA⁹² serait d'environ 2,8 Md€ (soit plus que le solde de la TSA après financement de la C2S, entraînant un besoin de ressources nouvelles pour cette dernière). Dans un tel cas, les finances publiques feraient donc face à une perte globale d'environ 400 M€ tandis que pour les employeurs, le coût de l'assujettissement (environ 2,4 M€) ne serait que partiellement compensé par la baisse du taux de TSA, à hauteur de 800 M€. Cette baisse de la TSA serait neutre pour les salariés mais profiterait aux assurés non salariés (+ 1,4 Md €) puisque la TSA s'applique également aux contrats individuels (toujours sous réserve que les organismes assureurs ne captent pas la baisse de la taxe à leur profit).

[226] Un assujettissement combiné à une baisse du taux de TSA de 3,5 points engendrerait un gain global pour les finances publiques d'environ 1 Md € mais ne permettrait que de limiter partiellement les inconvénients associés à la fin de l'exemption. Le surcoût pour les employeurs serait d'environ 1,4 Md €, induisant ainsi un risque de modération salariale et/ou de réduction des garanties de la couverture complémentaire santé, cette baisse des niveaux de garanties de ces couvertures pouvant toutefois être souhaitable (cf. 3.3.2.1). Le gain théorique pour les salariés serait de 300 M€ et de 700 M€ pour les assurés à titre individuel.

Tableau 12 : Estimation théorique des effets à court terme d'un assujettissement de la contribution employeur à la complémentaire santé

	Assujettissement seul	Assujettissement et baisse du taux de TSA à 6,27 %	Assujettissement et baisse du taux de TSA à 9,77 %
<i>Cotisations sociales supplémentaires liées à l'assujettissement</i>	+ 4 Mds	+ 4 Mds	+ 4 Mds
<i>Diminution des recettes issues du forfait social</i>	- 0,6 Md	- 0,6 Md	- 0,6 Md

⁹¹ Le taux de 6,27 % est aussi celui applicable aux contrats solidaires et responsables souscrits par les employeurs relevant du régime agricole, dont par exemple dans le secteur bancaire le Crédit agricole.

⁹² En 2023, l'assiette de la TSA à 13,27 % s'élevait à 39,3 Md € (source : DSS, la complémentaire santé solidaire, rapport annuel 2024).

Compensation par l'Etat des exonérations de cotisations sociales	- 1,0 Md	- 1,0 Md	- 1,0 Md
Perte de recettes de TSA	0	- 2,8 Mds	- 1,4 Mds
Bilan « Finances publiques » (hors UNEDIC et régimes de retraite complémentaire)	+ 2,4 Mds	- 0,4 Md	+ 1,0 Md
Surcoût net de l'assujettissement pour les salariés	+ 0,6 Md	0 Md	+ 0,3 Md
Surcoût net de l'assujettissement pour les employeurs	+ 1,8 Md	+ 1 Md	+ 1,4 Md
Gain théorique lié à la baisse de la TSA pour les assurés à titre individuel	0	+1,4 Md	+ 0,7 Md

Source : Mission.

[227] Un tel scénario d'assujettissement devrait donc être étudié plus finement notamment en s'appuyant sur des données de meilleure qualité (cf. 4.1.2) et en étudiant précisément les effets notamment en fonction de la taille et du secteur des entreprises.

Recommandation n°6 Étudier un assujettissement de la contribution patronale à la complémentaire santé qui pourrait être éventuellement couplé à une baisse du taux de TSA.

4.3 Les dispositifs socio-fiscaux actuels peuvent être aménagés pour généraliser la prévoyance et limiter les défauts attachés à la couverture complémentaire santé

4.3.1 Le relèvement du taux de forfait social ainsi que la séparation et la baisse des plafonds d'exemption et d'exonération de l'impôt sur le revenu doivent être envisagés pour la prévoyance et la couverture complémentaire santé

4.3.1.1 Si l'exemption est maintenue, relever le forfait social à un niveau permettant d'assurer la neutralité pour les régimes non contributifs et limiter les effets de substitution avec du salaire

[228] Le taux de forfait social de droit commun s'établit à 20 %. La protection sociale complémentaire en entreprise bénéficie d'un régime doublement dérogatoire (voir annexe 1 et 1.1.2) :

- 8 % pour les entreprises de plus de 10 salariés ;

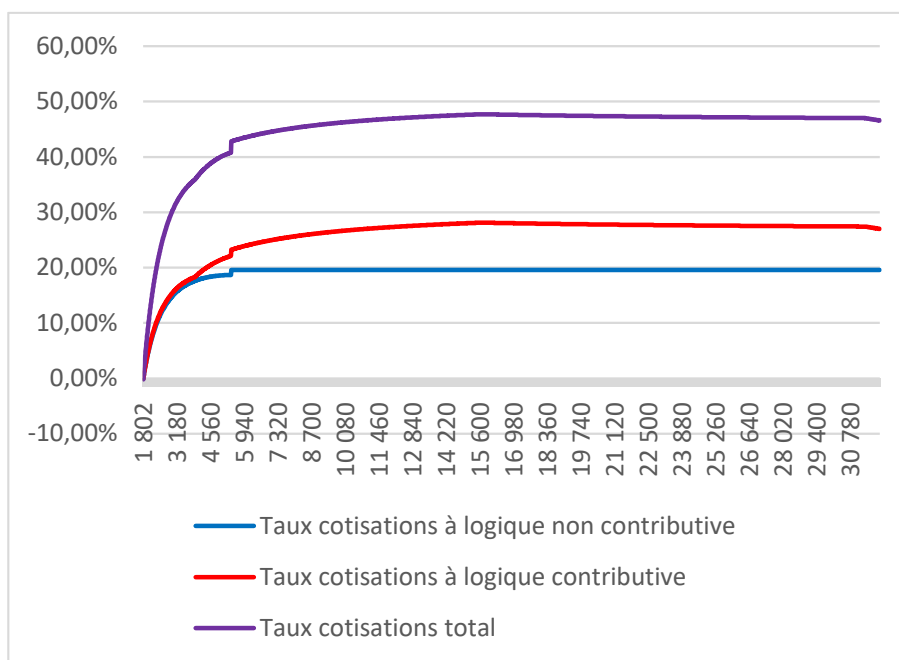
- exemption totale pour les entreprises de 10 salariés ou moins.

[229] Or, le forfait social permet de limiter les risques de substitution avec le salaire, en diminuant l'écart de coût pour l'employeur avec l'assujettissement. Toutefois, pour le salarié, cette alternative entre forfait social et assujettissement n'est pas neutre puisque l'assujettissement emporterait, outre des cotisations salarié, l'ouverture de droits nouveaux pour les branches à logique contributive (voir annexe 7). Pour ces branches, l'exemption se traduit par de moindres ressources couplées à de moindres droits, ce qui, en supposant l'équilibre des cotisations et prestations, est neutre pour ces branches. Inversement, pour les branches à logique non contributive (essentiellement maladie, famille et autonomie), l'exemption se traduit par une moindre ressource couplée à un maintien des droits, et donc à une perte de financement.

[230] Par conséquent, le taux de forfait social devrait :

- être fixé au taux assurant une « neutralité » avec les ressources qu'auraient obtenu les branches à logique non contributive, c'est-à-dire environ 20 % (voir schéma ci-dessous) ;
- voir son produit abonder les ressources des branches à logique non contributive et non de la CNAV comme c'est aujourd'hui le cas.

Schéma 4 : Taux de cotisation employeur contributif/non contributif en fonction de la rémunération



Source : Mission. Réductions générales de cotisations patronales à compter de 2026.

[231] On observe toutefois que, pour la partie gauche de la courbe (salaires les moins élevés), le taux de cotisations patronales s'établit en dessous du taux de 20 % pour les salaires bruts inférieurs à 2 000 € mensuels, en raison principalement des réductions générales de cotisations patronales (qui s'étendront, à compter de 2026, jusqu'à trois SMIC, soit environ 5 400 € mensuels bruts). Pour les salaires inférieurs à ce montant, l'assujettissement coûterait moins cher que le forfait social, situation existant par ailleurs déjà dans le dispositif actuel au niveau du SMIC.

[232] Idéalement, il conviendrait prévoir la possibilité pour l'employeur de déroger à l'exemption. L'assujettissement ayant pour conséquence une diminution du revenu net disponible pour l'ensemble des salariés concernés, cette dérogation devrait se faire par la voie d'un accord collectif, ce qui serait une source de complexité supplémentaire.

Recommandation n°7 Porter le taux du forfait social à 20 % et réorienter son produit vers les branches à logique non contributive.

[233] Avec un taux du forfait social à 20 % et à comportements inchangés des acteurs, la recette supplémentaire pour la sécurité sociale serait de 1,8 milliards d'euros⁹³.

[234] On remarquera par ailleurs que le raisonnement ici tenu est valable quel que soit le dispositif exempté, et qu'il ne se limite donc pas à la seule protection sociale mais peut être généralisé à l'ensemble des dispositifs exemptés et soumis à forfait social.

4.3.1.2 Les plafonds de l'exemption et de l'exonération d'impôt sur le revenu doivent être abaissés et distingués selon les risques couverts

[235] Le dispositif actuel comprend deux plafonds, l'un pour l'exemption de cotisations sociales, l'autre pour l'exonération d'impôt sur le revenu, qui sont tous deux très élevés et communs à la prévoyance et à la complémentaire santé (cf. partie 1 et annexe 1).

- Le plafond de l'exemption

[236] En cas de maintien de l'exemption, le plafond de l'exemption devrait être distingué selon les risques car leur tarification fonctionne différemment : la prime de la complémentaire santé est généralement un montant forfaitaire, tandis que les risques de prévoyance sont généralement tarifés en pourcentage de la rémunération en cohérence avec les prestations qui en dépendent. Séparer les deux plafonds permettrait de contraindre spécifiquement la contribution patronale à la complémentaire santé, pour limiter ses effets inflationnistes, et laisser de la marge de manœuvre pour une généralisation de la couverture prévoyance.

[237] Le plafond de l'exemption pour la contribution patronale à la complémentaire santé pourrait être fixé à 50 € mensuels par salarié, c'est-à-dire à un niveau proche du montant moyen constaté par salarié. Ce montant contraindrait les contributions patronales à la complémentaire santé au-delà de deux SMIC (cf. annexe 7).

[238] Pour la prévoyance, le plafond pourrait être fixé à hauteur de l'obligation des entreprises pour les cadres et assimilés, hors accord de branche prévoyant des dispositions différentes, c'est-à-dire 1,50 % de la rémunération jusqu'à un plafond à définir, qui pourrait viser un montant annuel d'environ 2 000 €, montant constaté autour de 5 SMIC. Il faudrait s'assurer en toute hypothèse

⁹³ Le rendement du forfait social serait alors de 3 milliards d'euros soit un supplément de recettes de 1,8 milliards.

que le plafond fixé par la prévoyance ne remette pas en cause⁹⁴ les accords de branche récents étendant la prévoyance aux non-cadres.

- Le plafond d'exonération pour l'impôt sur le revenu

[239] L'exonération actuelle d'impôt sur le revenu, qui organise un soutien public croissant avec les revenus fiscaux, est particulièrement critiquable sur le plan de la redistribution (cf. 3.3.2). En l'absence de régime obligatoire de branche (cf. 4.2.1), elle ne se justifie pas et devrait, idéalement, être supprimée. En effet, par sa nature même, elle introduit une inégalité devant l'impôt, les salariés et fonctionnaires en bénéficiant mais pas les retraités ou chômeurs par exemple, les indépendants disposant par ailleurs de mesures spécifiques.

[240] Toutefois, en raison de l'importance du revenu fiscal de référence pour diverses aides sociales (allocations logement, tarifs des crèches ou des cantines scolaires, ...) ou en matière de fiscalité locale⁹⁵, la mission ne propose pas une suppression complète de l'exonération d'IRPP, qui pourrait générer pour quelques euros le passage de seuils, mais son plafonnement. Ce dernier permettra de limiter ces passages de seuils sans toutefois les supprimer complètement.

[241] Comme pour le plafond de l'exemption de cotisations sociales, la mission propose de distinguer les risques. En effet, comme noté en 2014 (cf. 1.1.5), les prestations issues des garanties frais de soins sont des prestations en nature, non imposées, tandis que les prestations en espèce servies au titre de la prévoyance le sont (rentes d'invalidité ou rentes éducation par exemple). Toutefois, il faut souligner que les capitaux versés en cas de décès ne sont pas imposés car ils bénéficient des avantages fiscaux de l'assurance vie⁹⁶.

[242] Pour la complémentaire santé, le plafond d'exonération à l'IRPP pourrait suivre celui de l'exemption sociale proposé ci-dessus. A défaut de plafonnement de l'exemption, il pourrait être plafonné indépendamment, à 50 € mensuels ou, par équité, au niveau du versement santé soit 21,50 € pour un temps plein. Ce versement est dû par l'employeur⁹⁷ lorsque le salarié ne bénéficie pas de la complémentaire santé mise en place dans l'entreprise (cf.3.1.1.3). Le versement santé, qui hors accord collectif spécifique est conditionné à la souscription d'une complémentaire santé individuelle, devrait en toute hypothèse bénéficier du même avantage fiscal que la contribution patronale à la complémentaire santé.

[243] Pour la prévoyance, le plafond de l'exonération d'IRPP pourrait suivre celui de l'exemption, par exemple 1,5 % de la rémunération. Si le plafond de l'exemption sociale est élevé, il reste légitime de fixer un plafond inférieur pour l'IRPP, afin de retrouver de sa progressivité.

⁹⁴ Cela ne semble pas être le cas pour les accords dont la mission a pris connaissance, lesquels prévoyaient pour les cadres et assimilés un taux de 1,5 % sur la tranche A et des taux inférieurs à 1,5 % au-delà de la tranche A, à l'exception de l'accord métallurgie pour lequel la contribution employeur est de 1,12 % jusqu'à 8 PASS pour les cadres et assimilés et 0,6 % jusqu'à 8 PASS pour les non cadres.

⁹⁵ Ces impacts ont été soulignés dans le rapport [IGAS d'avril 2016, Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé](#) (voir notamment la pièce jointe n°5 établie par la DLF)

⁹⁶ Il existe ainsi un biais fiscal entre les prestations décès versées sous forme de capital, exonérées d'impôt sur le revenu des personnes physiques et des droits de succession (dans certaines limites) et les prestations décès versées sous forme de rentes éducation ou de conjoint, qui demeurent assujetties.

⁹⁷ Sauf les particuliers employeurs, ce qui est inéquitable pour les salariés concernés.

[244] En matière d'imposition sur les bénéfiques, les contributions patronales excédant les plafonds déductibles à l'IRPP devront être réintégrées dans le bénéfice imposable.

[245] Les réflexions de la mission sur les plafonds pourraient trouver un prolongement concernant les avantages fiscaux des contrats dits « Madelin » pour les indépendants, qui bénéficient particulièrement aux très hauts revenus (cf. Graphique 9 :).

Recommandation n°8 Abaisser les plafonds de l'exemption de cotisations sociales et de l'exonération d'impôt sur le revenu, en distinguant à chaque fois la complémentaire santé et la prévoyance

4.3.2 Dans le cas de la prévoyance, l'incitation devrait viser le développement d'accords de branche organisant la mutualisation des risques et la diffusion d'une couverture pour l'ensemble des salariés

4.3.2.1 Conditionner l'exemption à un accord de branche « mutualisant » dans un délai de deux ans

[246] Une réforme de la protection sociale complémentaire devrait chercher à réparer les inconvénients décrits *supra* :

- favoriser une mutualisation la plus large possible, incluant aussi bien des tarifs que des prestations communs au sein de cette mutualisation. On peut attendre d'une large mutualisation une baisse significative des frais d'acquisition (concentrés au niveau de la branche et non disséminés sur les entreprises) et des frais de gestion (en raison de la standardisation et de l'effet volume ainsi obtenus) ;
- imposer l'existence de clauses de recommandation, qui peuvent par ailleurs concerner plusieurs organismes complémentaires, ce qui permet d'éviter la sélection des entreprises par ces derniers ; cela garantit en outre à toutes les entreprises en bénéficiant de trouver à s'assurer ;
- limiter la possibilité pour un organisme complémentaire d'augmenter trop significativement ses tarifs⁹⁸ pendant le contrat, afin d'éviter qu'il récolte des données individuelles auprès de l'ensemble des entreprises d'une branche. En effet, il s'agit de limiter le risque que l'organisme complémentaire augmente ses tarifs substantiellement dans un délai court après avoir pris la mesure du portefeuille, provoquant ainsi la résiliation de l'entreprise refusant cette augmentation, puis démarcher les entreprises lui apparaissant les plus rentables.

[247] Cela conduirait logiquement à conditionner juridiquement l'exemption à l'existence d'un accord de branche comportant une clause de recommandation. Or, cette solution, relativement

⁹⁸ La sous-tarifification des contrats ne peut être évitée dans le cadre européen, les États membres ne pouvant intervenir sur les tarifs. Ils peuvent toutefois intervenir sur les évolutions de tarifs.

souple, se heurte probablement à la jurisprudence constitutionnelle⁹⁹. La question devrait faire l'objet d'une étude juridique plus approfondie, la jurisprudence du Conseil constitutionnel semblant être en contradiction avec l'interprétation, postérieure, par le Comité européen des droits sociaux de la charte sociale européenne¹⁰⁰ sur le sujet de la clause de désignation (voir annexe 2).

[248] Si une impossibilité juridique était confirmée, l'alternative pourrait être une incitation politique forte, consistant par exemple en l'annonce d'un assujettissement à l'échéance de deux ans faute d'accord des partenaires sociaux sur la prévoyance lourde (risques invalidité et décès) *a minima* couvrant l'ensemble des branches professionnelles.

4.3.2.2 Conditionner l'exemption à la mise en place d'une couverture prévoyance offrant le même niveau de garanties et de prise en charge à l'ensemble des salariés

[249] Cadres et non cadres ne bénéficient pas actuellement des mêmes niveaux de garantie ni de prise en charge par l'employeur (voir partie 2.3).

[250] Pour mettre fin à ces inégalités, il conviendrait de conditionner l'exemption :

- à la couverture de l'ensemble des salariés ;
- à une prise en charge uniforme par l'employeur ;
- à des garanties également uniformes.

[251] Cela passerait par une refonte des dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Recommandation n°9 Conditionner l'exemption, en prévoyance complémentaire, à la mise en place d'une couverture uniforme de l'ensemble des salariés d'une même entreprise tout en laissant deux années aux entreprises et branches afin de mettre en conformité leurs accords.

⁹⁹ Cette fois sur le champ de l'égalité devant les charges publiques : une majoration du taux du forfait social pour les entreprises n'ayant pas retenu l'organisme complémentaire recommandé par la branche aurait « des conséquences très importantes pour les entreprises ne choisissant pas l'organisme recommandé » et qu'une différence de quatre points du taux de forfait social entraîne « une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques » (Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013).

¹⁰⁰ Comité européen des droits sociaux, 3 juillet 2018.

4.3.3 Dans le cas de la complémentaire santé obligatoire en entreprise, les incitations doivent porter sur les seules garanties responsables et limiter les effets de bord pour ceux qui ne bénéficient pas d'une telle couverture

4.3.3.1 Encadrer plus strictement les contrats solidaires et responsables et interdire les garanties non responsables dans le cadre de l'entreprise

[252] Afin de limiter le développement de garanties inflationnistes ou dont l'utilité n'est pas scientifiquement démontrée (cf. 3.3.1), il convient d'une part d'encadrer plus fortement le champ des garanties qui peuvent être offertes dans le cadre du CSR et, d'autre part, de supprimer les incitations à recourir à des garanties non responsables qui sont actuellement proposées en complément du contrat de complémentaire santé d'entreprise.

Encadrer plus strictement le contrat solidaire et responsable (CSR)

[253] Les CSR permettent de développer un large éventail de garanties dont la plus-value pour les assurés peut être questionnée et qui peuvent avoir le défaut d'entretenir des tarifs élevés (cf. 3.2 et 3.3). Il apparaît donc peu légitime que la collectivité finance en partie de telles garanties, via les dispositifs socio-fiscaux étudiés dans le cadre de cette évaluation.

[254] Afin de limiter ce phénomène, il est donc nécessaire, de réduire significativement le périmètre des garanties autorisées dans le cadre des CSR. Plusieurs rapports, notamment le rapport de la mission d'information du Sénat sur les complémentaires santé¹⁰¹, le rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2026¹⁰² ou encore le rapport des trois Hauts Conseils pour un redressement durable de la Sécurité sociale¹⁰³, proposent de revoir le périmètre du CSR en excluant notamment les médecines douces, ou plus globalement, les « *prises en charge ne bénéficiant pas d'un niveau de preuves* ». Une telle révision de périmètre pourrait consister en une réduction du champ des CSR au seul socle de garanties obligatoires pour les contrats collectifs d'entreprise. Cette mesure présenterait néanmoins l'inconvénient d'avoir des conséquences négatives assez fortes pour les patients exposés à de nombreux dépassements d'honoraires, notamment les patients en ALD, qui devraient alors recourir à une surcomplémentaire potentiellement très coûteuse, la restriction du champ des CSR induisant alors une forme de démutualisation de la prise en charge partielle des dépassements d'honoraires, qui sont aujourd'hui en partie pris en charge dans le cadre des CSR. Sans décision des pouvoirs publics permettant de réguler et d'encadrer beaucoup plus fortement les dépassements d'honoraires, et tant que certains patients ne pourront consulter, dans certaines zones géographiques, des praticiens ne pratiquant pas de dépassements, il semble à ce stade difficile d'exclure leur prise en charge partielle du champ des garanties possibles dans le cadre du CSR.

[255] Il conviendrait en revanche de séparer les garanties accessoires, des garanties considérées comme nécessaires, en prenant comme critère l'existence d'une prise en charge même très

¹⁰¹ <https://www.senat.fr/notice-rapport/2023/r23-770-notice.html>

¹⁰² https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf

¹⁰³ <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/2025/Rapport %20Hauts %20Conseils %20-%20Redressement %20durable %20s %c3 %a9cu %2020250701ter.pdf>

partielle par l'AMO. En effet, à partir du moment où l'AMO prend en charge une partie des soins ou des biens, c'est logiquement parce que ces biens ou ces soins sont considérés comme nécessaires et qu'ils doivent être pris en charge au moins partiellement par la collectivité. Une telle approche, nécessiterait cependant d'en questionner certaines, notamment, comme le propose le rapport des trois Hauts Conseils précité, celles relatives à la prise en charge partielle par l'AMO des médicaments à SMR faible ou modéré, ou des cures thermales, dont l'intérêt semble être questionné par le pouvoir réglementaire, ce dernier n'ayant pas jugé nécessaire d'imposer la prise en charge des tickets modérateurs correspondants dans le cadre des CSR.

[256] En retenant un tel critère, le nouveau cadre des CSR exclurait alors les garanties suivantes qui sont font aujourd'hui partie du périmètre des CSR :

- Prise en charge des pratiques non conventionnelles
- Prise en charge de la chambre individuelle à l'hôpital ou en cure thermique et prestations de confort associées (télévision, téléphone, etc.)

[257] La remise en cause de la prise en charge par l'AMO des médicaments à SMR faible ou modéré et des cures thermales permettrait de plus d'exclure la prise en charge des TM associés du champ des CSR.

[258] S'agissant des prothèses dentaires on peut remarquer que contrairement au cas de l'optique ou de l'audiologie, la réforme du 100 % santé n'a pas entraîné de création d'un tarif maximal de prise en charge par les complémentaires santé pour les biens relevant du panier dit libre. Afin d'éviter que les CSR, qui bénéficient de dispositifs socio-fiscaux favorables, n'entretiennent des tarifs excessifs réservant les prothèses dentaires du panier libre à une minorité de la population, la mission propose que la prise en charge par les complémentaire santé des biens du panier libre ne puisse dépasser, en comptant la prise en charge par l'AMO, le tarif limité des biens du panier dit modéré.

[259] Enfin, dans le domaine de l'optique, la mission reprend à son compte l'option présentée par la CNAM dans son rapport charges et produits 2026, consistant à allonger la fréquence de renouvellement des lunettes à niveau de correction inchangé.

Recommandation n°10 Exclure du périmètre des contrats solidaires et responsables les biens et soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et plafonner la prise en charge par les CSR des prothèses dentaires du panier libre.

[260] La révision du périmètre des CSR pourrait être l'occasion d'un alignement entre le plancher des CSR et les garanties offertes dans le cadre de la CSS (cf. annexe 4).

Désinciter au développement de dispositifs non responsables en relevant le taux de TSA correspondant et en interdisant les garanties non solidaires et responsables souscrites dans le cadre de l'entreprise

[261] La réduction du champ des garanties pouvant être couvertes par les CSR risque d'entraîner une augmentation du recours aux options non responsables, proposées dans le cadre du contrat collectif, ou aux surcomplémentaires, ces dernières pouvant être proposées dans un cadre collectif ou individuel (selon la DREES, 68 % des contrats surcomplémentaires étaient proposés dans un cadre collectif en 2021).

[262] Afin d'éviter que le CSR, qui bénéficie de dispositifs socio-fiscaux favorables visant notamment à favoriser son usage, ne soit contourné en servant de support à des options non responsables ou des surcomplémentaires collectives¹⁰⁴, proposées dans certains cas dans le même document que celui de la complémentaire collective¹⁰⁵, favorisant ainsi le maintien ou développement de tarifs excessifs, la mission estime nécessaire :

- De rendre plus coûteux le recours à de tels dispositifs, dont les externalités négatives sont importantes, en augmentant le taux de TSA auxquels ils sont soumis. Actuellement l'écart de taux entre un contrat responsable et un contrat non responsable n'est que de 7 points. On constate qu'il est par exemple bien supérieur entre taux réduit et taux normal pour la TVA (14,5 points). La mission propose donc de relever le taux de TSA pour les contrats non responsables à 33 %, taux comparable aux taux de TSCA pour les contrats d'assurance automobile¹⁰⁶. Cette mesure n'aurait pas un objectif de rendement mais d'orientation des preneurs d'assurance vers des contrats solidaires et responsables en augmentant le différentiel de taxation.

Recommandation n°11 Relever le taux de TSA des contrats et options non responsables à 33 %

- D'interdire la possibilité de proposer des garanties non responsables dans un cadre collectif d'entreprise. Une telle mesure n'apparaît pas contraire au principe de liberté d'entreprendre, les contrats de surcomplémentaires pouvant être proposés mais seulement dans un cadre individuel non professionnel, comme c'est le cas pour un grand nombre de contrats.

Recommandation n°12 Interdire la possibilité de proposer des garanties non responsables sous forme de surcomplémentaire ou d'options par le biais du contrat collectif de l'entreprise.

[263] Cette modification prendrait la forme de l'ajout d'un alinéa dans l'article L. 911-2 du Code de la sécurité sociale précisant que les garanties liées aux frais de soins ne peuvent consister qu'en des contrats respectant les dispositions de l'article L. 871-1 du CSS.

4.3.3.2 Supprimer les possibilités de dispenses pour les conjoints bénéficiant d'une couverture santé via leur employeur

[264] Les dispenses, qui concernaient 16 % des salariés en 2017 (cf.3.1.1.3), constituent, tout particulièrement dans le cas où le salarié est dispensé en tant qu'ayant droit de son conjoint, une démutualisation individuelle du salarié remettant en cause la mutualisation au sein de l'entreprise et pouvant se traduire, du fait des phénomènes sélection adverse qu'elles induisent, par une hausse des prix des contrats proposés par les organismes assureurs¹⁰⁷. Il convient donc de supprimer les possibilités de dispense en tant qu'ayant droit pour les salariés qui bénéficient d'une couverture complémentaire santé collective via leur employeur. De façon générale, l'existence

¹⁰⁴ Cf. 3.3.1

¹⁰⁵ La mission a par exemple constaté que c'était le cas de l'offre d'un organisme recommandé par un accord de branche qui propose dans sa brochure tarifaire le contrat de base, les options et la surcomplémentaire.

¹⁰⁶ CGI, art. 1001. Ces contrats supportent en sus une contribution au fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (articles L. 421-4-1, L. 421-4-2, A. 421-3 du code des assurances).

¹⁰⁷ Les dispenses sont le fait des bons risques qui trouvent à s'assurer à moindre coût auprès d'un autre organisme. Le portefeuille en résultant est techniquement plus risqué, ce qui a un impact sur sa tarification.

des dispenses ne permet pas à l'organisme assureur de savoir précisément comment le groupe sera constitué, ce qui impactera sa tarification, soit qu'il anticipe la perte de bons risques, soit qu'il prévoit des marges pour couvrir l'incertitude de sa tarification.

Recommandation n°13 Supprimer les possibilités de dispense pour les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé collective dans leur entreprise.

4.3.3.3 Veiller à ce que la diffusion de la complémentaire santé obligatoire ne se fasse pas au détriment de l'équité via le relèvement des plafonds CSS

Favoriser l'accès à la complémentaire santé de la population non couverte dans un cadre professionnel

[265] Le régime socio-fiscal dont bénéficient les contrats collectifs d'entreprise contribue à amplifier les inégalités de couverture et de tarifs qui existent entre contrats collectifs et contrats individuels de complémentaire santé (cf. 3.3.2). Ceci se traduit par un coût de la couverture complémentaire santé particulièrement élevé pour les retraités, les tarifs augmentant nettement plus vite pour cette catégorie d'assurés que pour les bénéficiaires d'un contrat collectif.

[266] Actuellement, les seuls moyens permettant de limiter ce phénomène sont :

- La possibilité de bénéficier de la C2S sous sa forme gratuite ou payante, mais celle-ci est réservée aux personnes dont les revenus sont très bas. En effet, le seuil de revenu maximal mensuel permettant de bénéficier de la CSS gratuite s'établit à 861 euros pour une personne seule, soit environ 25 % en-dessous du seuil de pauvreté, tandis que celui permettant de bénéficier de la CSS payante est au niveau du seuil de pauvreté.
- Pour les retraités ayant bénéficié d'un contrat collectif d'entreprise¹⁰⁸, la possibilité de continuer à disposer des garanties du contrat d'entreprise, ce contrat étant alors souscrit à titre individuel et son tarif n'étant encadré que durant les trois années suivant la fin du contrat de travail (tarif identique la première année, +25 % maximum la deuxième année, +50 % maximum la troisième année, et tarifs libres à partir de la quatrième année), avec le risque d'une envolée des tarifs à partir de la quatrième année sachant que le retraité perd le bénéfice de la participation employeur dont bénéficient les salariés, qui est supérieure en moyenne à la moitié du tarif du contrat. On peut noter que pour se prémunir contre ce risque d'envolée des tarifs, les contrats collectifs en cours de mise en place dans la fonction publique d'État prévoient que le montant de la cotisation acquittée par les retraités au-delà de la troisième année ne pourra pas être supérieur à 175 % de la cotisation d'équilibre et que le montant de cette cotisation ne pourra plus augmenter à partir de 75 ans¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Une portabilité existe également pour les demandeurs d'emploi, réservée aux cas de ruptures de contrat de travail autres que la faute lourde, conditionnée au fait que le demandeur d'emploi bénéficie d'une indemnisation du chômage et limitée dans le temps (durée de l'indemnisation chômage dans la limite de 12 mois).

¹⁰⁹ 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.

[267] Une telle obligation de plafonnement de l'évolution des tarifs au-delà de la quatrième année, comme c'était le cas avant 2017¹¹⁰, permet de protéger les retraités ex-salariés contre une évolution trop importante de leurs cotisations. Si le retour à un tel dispositif est préconisé dans le rapport de la mission d'information du Sénat précité, il convient néanmoins de rappeler qu'un tel dispositif ne réglerait pas la question des autres personnes ayant recours à un contrat individuel (par exemple les chômeurs ne pouvant bénéficier de la portabilité et non éligibles à la C2S ou les retraités ne bénéficiant pas d'un contrat collectif au moment de leur départ à la retraite), qu'il présente également le risque de pénaliser les assurés actifs d'entreprises ou de branches caractérisées par une forte proportion de retraités et qu'il pose la question de la couverture complémentaire santé des retraités dont l'employeur a disparu.

[268] Un rehaussement des plafonds de revenus permettant de bénéficier de la C2S pourrait permettre d'éviter ces écueils, à condition d'améliorer le taux de recours à ce dispositif¹¹¹, sans toutefois régler la situation des personnes âgées situées juste au-dessus du seuil d'éligibilité à la C2S payante. Dans son rapport charges et produits pour 2026 l'Assurance maladie propose par exemple de rehausser le plafond de la C2S¹¹² pour que l'ensemble des assurés dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté soient éligibles. Le relèvement des plafonds de la C2S gratuite et de la C2S payante entraînerait un besoin de financement supplémentaire qui pourrait à terme priver l'assurance maladie du solde de TSA, d'un montant d'environ 2,5 Mds € en 2023, qu'elle perçoit actuellement. Envisagée dans un scénario global, cette perte pourrait éventuellement être en partie compensée par la hausse du forfait social envisagée au 4.3.1.1 ou par la suppression de l'exemption (voir 4.2.3).

[269] Afin de rendre plus équitable qu'actuellement les soutiens publics à la couverture complémentaire santé de l'ensemble des assurés (cf. 3.3.2.2), il pourrait être envisagé d'augmenter les plafonds de revenus permettant de bénéficier de la C2S d'environ 30 % afin de garantir que les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté bénéficient de la C2S gratuite et modifier le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 afin de limiter les hausses de tarifs pour les retraités au-delà de trois années.

Simon ARAMBOUROU

Laurence ESLOUS

Vincent RUOL

¹¹⁰ C'est en effet le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 qui a introduit un plafonnement des tarifs limité aux trois premières années. Auparavant les tarifs pour les retraités étaient plafonnés à 50 % sans limitation de durée.

¹¹¹ En 2021 selon la DREES, le taux de recours à la C2S gratuite était de 69 % et de 34 % pour le C2S payante.

¹¹² Le document ne précise pas s'il s'agit du plafond de la C2S gratuite ou payante mais dans la mesure où le plafond de la C2S payante est à proche du seuil de pauvreté, on peut supposer qu'il s'agit du plafond de la C2S gratuite.

CONTRIBUTIONS ÉCRITES DES ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES DES SALARIÉS

(par ordre chronologique des entretiens : CFTC, FO-CGT et
CFE-CGC)

Paris, 5 mai 2025

AUDITION IGAS MISSION SUR LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DE COTISATIONS ET DE CONTRIBUTIONS SOCIALES CONCERNANT LA PREVOYANCE ET LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Les mesures concernées sont :

- L'exemption d'assiette pour la contribution de l'employeur à ces couvertures.
- Le taux du forfait social à 8% (et 0% pour les entreprises de moins de 11 salariés).

Sont rattachés à ces mesures d'autres dispositifs tels que le taux dédié de taxe de solidarité additionnelle (13,27 %) lorsque les contrats de complémentaires santé sont responsables et solidaires, et une exonération d'impôt sur le revenu pour les salariés (toutes les cotisations sont exonérées lorsque ces dernières concernent un contrat de prévoyance, alors que seules les cotisations salariés le sont pour les contrats de complémentaire santé).

Appréciation des dispositifs étudiés

- **Quelle est votre appréciation générale de ces dispositifs de réductions et de contributions sociales ?**

Dès lors que ces dispositifs sont collectifs, obligatoires et qu'ils reposent sur une mutualisation du risque santé, on comprend qu'ils fassent l'objet d'un encadrement, et que des mécanismes socio-fiscaux spécifiques y soient rattachés. Néanmoins, dans l'opérationnalité, le système nous semble perfectible.

En effet, la CFTC considère qu'une amélioration est possible au regard de certains aspects : par exemple l'intégration au revenu fiscal de référence de l'assuré de la part employeur finançant la couverture obligatoire frais de santé pose plusieurs difficultés comme le relèvement de l'impôt sur le revenu, le risque de changement de tranche d'imposition, l'inéligibilité à certains dispositifs conditionnés au revenu fiscal...en outre, le traitement, comme un avantage en nature d'un dispositif obligatoire en principe (ne pouvant être refusé que sous conditions par le salarié) nous semble contre-intuitif. Si nous comprenons que ce mécanisme permet un financement partiel via la solidarité nationale de la protection universelle maladie, nous rappelons néanmoins que la hausse de la CSG ou encore les cotisations maladie restent mieux indiquées et plus lisibles pour cet objectif.

- **Ont-ils selon vous un effet incitatif et si oui quel est-il ?**

Selon nous, l'effet incitatif ne peut être apprécié que dans le cas d'un dispositif non obligatoire. Ainsi, nous ne percevons pas de véritable incitation. Il pourrait même avoir un effet désincitatif : les petites entreprises de moins de 11 salariés, susceptibles de devoir payer le forfait social si elles dépassent ce seuil, pourraient être dissuadées d'augmenter leurs effectifs.

Ces dispositifs de réduction pouvaient paraître incitatifs avant la généralisation de la couverture santé, au regard du taux de couverture précédemment observé. Cependant, ce n'est plus aussi évident aujourd'hui.

Les entreprises et les branches professionnelles, en particulier en matière de santé, cherchent avant tout à se conformer aux exigences des contrats solidaires et responsables, principalement pour bénéficier des avantages socio-fiscaux qui y sont liés, et non nécessairement pour rendre leur offre plus attractive ou offrir une meilleure protection à leurs salariés. Il s'agit donc avant tout d'une gestion pragmatique.

En revanche, les mécanismes liés à la recommandation (notamment ceux portant sur un haut niveau de solidarité) peuvent effectivement jouer un rôle incitatif, car ils permettent de mettre en place des prestations non directement contributives. Toutefois, nous ne sommes plus dans le cadre de l'exemption ou de l'exonération fiscale. Le caractère de recommandation est un bon indicateur pour évaluer si un mécanisme est incitatif.

Enfin, la qualité de la couverture proposée (en termes de rapport qualité/prix) est un critère plus pertinent pour juger du caractère incitatif du dispositif.

- **Plus généralement quels sont les principaux effets de ces dispositifs ?**

Pour nous, l'effet principal ne s'observe pas sur le volet financier du fait des exemptions (bien que non négligeable) mais sur le transfert de prise en charge qu'il facilite de l'AMO vers l'AMC.

On pourrait d'ailleurs faire la même remarque sur le risque incapacité et les IJ, au regard de l'abaissement du plafond de prise en charge par l'assurance maladie. Le supposé coût maîtrisé (via le régime socio-fiscal avantageux) des couvertures complémentaires justifie de plus en plus facilement le désengagement de l'AMO.

D'une certaine manière, les pouvoirs publics « culpabilisent » moins à opérer des transferts de prise en charge. Pourtant, les prises en charge supplémentaires des OC sont nécessairement répercutées sur les primes facturées, ce qui augmente l'assiette et donc le niveau des exemptions, et donc le coût pour les finances publiques ! La répercussion se fait également sur les contrats individuels, qui absorbent une hausse tarifaire plus importante que les contrats collectifs (cf. rapport DREES), ce qui peut aussi traduire une sélection du risque.

- **Pourrait-on aboutir aux mêmes résultats en utilisant d'autres leviers ?**

Tout dépend des résultats visés :

- S'il s'agit d'évoquer le taux de couverture, il convient de s'interroger sur l'obligation et les critères de dispenses (en matière de couverture santé notamment)
 - S'il s'agit du coût des couvertures, il y a effectivement plusieurs leviers : par exemple pour les précaires, agir sur les seuils d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire en capitalisant sur les excédents de TSA, mettre en place un dispositif spécifique parallèlement à ce que prévoit la loi Evin pour maîtriser le coût des complémentaires santé des retraités,
- **Le fait que ce dispositif d'exemption de cotisations ne soit réservé dans le cas de la couverture complémentaire santé qu'aux seuls contrats solidaires et responsables vous semble-t-il pertinent ?**

Oui, c'est même logique car le cahier des charges de ces contrats, même s'il est perfectible, a été pensé dans une logique d'intérêt général.

- **Vous fait-on parfois des retours critiques quant au contenu du panier de soins en complémentaire santé (pertinence de certains soins contenus dans le panier, insuffisances éventuelles, etc.) ?**

Deux critiques principales : soit des contrats complémentaires surdimensionnés (certaines garanties existent, sont prises en compte pour déterminer la prime mais sont en pratiques peu mobilisées), soit une insuffisance de prise en charge vis-à-vis de certains actes (orthodontie par exemple).

Par ailleurs, si nous considérons que le zéro reste à charge en matière dentaire, audiologie ou optique, est une bonne mesure qui permet de lutter assez efficacement contre le non recours, nous ne pouvons ignorer l'insuffisance de contrôle en matière de présentation de devis 100% santé de la part de certains professionnels de santé (exemple des opticiens qui demandent le niveau de garanties avant de donner un tarif). La complémentaire santé participe à l'inflation des dépenses de santé, là où elle devrait concourir à mieux les réguler.

- **Même question en prévoyance complémentaire ?**

En prévoyance complémentaire, le sujet revient moins souvent parce qu'intuitivement les salariés sont davantage connectés à leur couverture santé, dont ils ont besoin au quotidien, plutôt qu'à la prévoyance « lourde ». Cette dernière ne devient un sujet de préoccupation qu'en cas de survenance d'un risque...lourd (décès, incapacité longue, invalidité...). En revanche nous observons, sans que cela ne soit une garantie de prévoyance au sens propre, de plus en plus de régimes de prévoyance qui prennent en considération la perte d'autonomie. La CFTC d'une part, a soutenu des dispositifs collectifs mettant en place un maintien des couvertures prévoyance en cas de congé proche aidant, et d'autre part, instruit depuis un certain temps, l'idée d'un panier « aidants » à mettre en œuvre.

- **Que pensez-vous du fait que le dispositif d'exemption de cotisations ne soit obligatoire, dans le cas de la prévoyance, que pour les seuls cadres et assimilés ?**

Ce dispositif a une légitimité historique, et nous ne pensons pas qu'il faille la remettre en question, dès lors qu'un très grand nombre de branches prévoit un dispositif similaire au « 1,50 » pour les populations non cadres. Ce faisant, cela devient aussi un vecteur d'attractivité pour les métiers non cadres.

Nous ne serions pas favorables à une généralisation légale pour les non cadres, au motif que de telles évolutions doivent rester une compétence des partenaires sociaux des branches professionnelles, qui peuvent s'en saisir dans le cadre du dialogue social de ce périmètre, en parfaite connaissance de sa spécificité. En effet, les déséquilibres de moyens pouvant exister entre des entreprises relevant de la même branche pourraient conduire à fragiliser les plus petites entreprises en cas de généralisation « aveugle » aux non cadres et cela ne nous semble pas souhaitable.

- **Ces dispositifs présentent-ils des inconvénients et si oui lesquels ?**

Oui, à plus forte raison lorsque le coût des couvertures augmente. En effet, ces hausses vont entraîner une diminution du salaire net et une augmentation du revenu fiscal de référence (la part de l'employeur étant réintégrée dans le revenu fiscal imposable du salarié, car assimilée à un avantage en nature).

Par ailleurs, une augmentation de la complémentaire « entrée de gamme » entraîne mécaniquement une augmentation de la « sur-complémentaire ». Il existe donc un risque potentiel de baisse de la qualité des couvertures car certains assurés n'auront plus les moyens de souscrire à un contrat avec options et devront ainsi se contenter des offres de la gamme inférieure.

De plus, l'obligation mise à la charge des employeurs de prendre en charge au moins 50% de la prime a également une incidence sur l'entreprise, en cas de hausse des tarifs : l'assiette sur la base de laquelle l'employeur finance la couverture de son salarié étant plus grande, sa participation minimale est d'autant plus importante. Ce faisant, ses charges d'exploitation augmentent, ce qui laisse moins de marge de manœuvre pour d'autres dépenses, comme la revalorisation des salaires ou le financement de prestations non contributives (DES). Il est donc essentiel que le coût des couvertures santé reste maîtrisé, ce qui est délicat en cas de transfert AMO - AMC.

- **Sont-ils selon vous équitables ?**

Cela dépend. En matière de couverture santé, les structures de cotisations peuvent varier (calcul par référence au plafond de sécurité sociale ou à la masse salariale). Selon le prisme d'observation, ces mécanismes peuvent être perçus plus ou moins inéquitables : en effet, un salarié gagnant en dessous du plafond de sécurité sociale cotisera techniquement sur une assiette plus large que son salaire, mais il est aussi établi que l'effet redistributif de la protection sociale en France est plus important pour les catégories les moins favorisées que pour celles qui cotisent le plus. Par conséquent, il y a un déséquilibre et une apparente iniquité en entrée (cotisation), mais un rééquilibrage semble s'opérer en sortie (consommation).

Pour la CFTC la source de cette difficulté, vient de l'imbrication du fiscal avec le social (réintégration de la part employeur finançant la couverture « frais de santé » dans le revenu fiscal de référence du salarié).

En outre, la négociation collective et la primauté des accords de protection sociale complémentaire de branche sur ce qui se négocie en entreprise donne des leviers intéressants pour neutraliser ces inconvénients et permettre une répartition équilibrée des efforts de cotisations.

- **Ces dispositifs devraient-ils évoluer et si oui sous quelle forme ?**

Un exemple :

Pour notre organisation, si une proposition devait être faite au titre de la participation de l'employeur au financement de la couverture complémentaire de son salarié, elle porterait sur son traitement fiscal : dès lors que la souscription à une complémentaire santé est obligatoire pour les salariés (sauf cas de dispense) et que la participation de l'employeur est fixée à 50 % minimum, nous considérons que la part obligatoire devrait être exclue du revenu fiscal de référence du bénéficiaire. Ce n'est que si l'employeur décide de prendre à sa charge un taux supérieur, donc facultativement, que la part excédant le plancher des 50 % devrait être intégrée au revenu fiscal de référence du salarié.

Pour la CFTC, cette proposition est d'autant plus importante que les coûts de la complémentaire santé collective s'accroissent tendanciellement, notamment au regard du mode de calcul des primes, qui se fait en pratique par référence au plafond de la sécurité sociale. Comme ce dernier augmente, le coût de la cotisation complémentaire santé augmente, entraînant un élargissement de l'assiette de cotisation de l'employeur, et donc la hausse de sa participation, et donc une hausse du revenu fiscal de référence du salarié. L'avantage au regard du coût de la complémentaire santé peut donc être neutralisé par la hausse de l'IR par ailleurs.

Etat des lieux de la protection sociale complémentaire collective (complémentaire santé et prévoyance) en entreprise

- **S'agissant de la complémentaire santé, l'usage est-il plutôt de ne proposer qu'un seul type de contrat ou bien un contrat de base avec des possibilités d'options ?**

Cela dépend : globalement, plus l'entreprise ou le périmètre couvert est grand, et plus il y a d'options.

La CFTC considère que la liberté de souscrire des options est importante, et chacun doit pouvoir se couvrir comme il le souhaite. En revanche, il y a un sujet sur la détermination des ratios S/P : en effet, est-ce que les « sinistres » pris en charge en surcomplémentaires sont intégrés au ratio global ?

- **S'agissant de la complémentaire santé, les employeurs ont-ils tendance à aller au-delà de l'obligation de prise en charge de 50 % du coût du contrat de complémentaire santé ? (voir ci-dessus)**
- **S'agissant de la prévoyance, les employeurs offrent-ils une couverture supérieure à l'obligation légale (1,5% de la tranche 1 pour les seuls cadres) ? Quel est globalement le niveau de couverture des non-cadres en prévoyance ?**

Négociation collective relative à la protection sociale complémentaire (complémentaire santé et prévoyance)

- **Ces dispositifs sont-ils bien connus des représentants des salariés et des employeurs ?**

Tout dépend du périmètre de négociation. La CFTC forme ses négociateurs mais la technicité et la complexité croissante des dispositifs, complique la tâche. La négociation collective dans ce domaine fait appel à des compétences actuarielles, en droit du travail, et en droit de la protection sociale voire en droit fiscal. C'est effectivement un sujet assez niché.

- **Le sujet de la couverture complémentaire santé/prévoyance constitue-t-il un enjeu important en matière de négociation collective ? Si oui, quels sont pour chaque type de couverture (complémentaire santé/prévoyance) les principaux sujets de négociation ?**

C'est un sujet fondamental, à plus forte raison qu'il s'impose à l'échelon de négociation inférieur. Pour la complémentaire santé, les enjeux portent sur la maîtrise du coût de la couverture avec un niveau de garantie minimale. Quant à la prévoyance, les rentes invalidités et éducation (en cas de décès) occupent une place importante, en plus de la cotisation. L'aidance apparaît de plus en plus. Sur les deux périmètres, les frais de gestions sont des irritants quel que soit le niveau de négociation.

- **Cette négociation se pratique-t-elle plutôt au niveau de la branche ou de l'entreprise ? Quelles sont les spécificités lorsque la protection sociale complémentaire est mise en place par une décision unilatérale de l'employeur ?**

La DUE, si elle intervient, doit en tout état de cause reprendre les garanties décidées au niveau de la branche (dans le cas où elles ont été étendues notamment). L'employeur est tenu de mettre en place la couverture collective par un acte institutif (type DUE) pour pouvoir bénéficier du traitement social avantageux de l'Urssaf. Il n'y a pas de spécificité particulière, si ce n'est qu'il n'y a pas de dialogue social

- **Les représentants des salariés sont-ils à même de suivre les résultats financiers des contrats, par exemple dans une commission de suivi ? Cela nécessite-t-il le recours à des expertises externes ?**

Il y a une présentation des comptes du régime en CSE.

- **Y a-t-il un risque que la protection sociale complémentaire se substitue à des augmentations de salaires ?** oui.

Appréciation de l'offre en matière de prévoyance et de complémentaire santé

- **Quel est votre avis sur l'offre (tarifs, garanties offertes, etc.) de couverture prévoyance et complémentaire santé ? Est-il aisé de comparer les différentes offres ?**
- **Dans la majorité des cas, la tarification de la complémentaire santé n'est pas proportionnelle au salaire mais forfaitaire. Faudrait-il promouvoir une tarification proportionnelle au salaire ?**
- **Les salariés disposent-ils d'une bonne information concernant les garanties dont ils disposent et le recours à celles-ci est-il effectif, notamment en prévoyance ?**

Auriez-vous des documents, enquêtes ou des interlocuteurs (par exemple dans des branches professionnelles) à recommander à la mission ?

Contribution mission IGAS

Objet de la Mission : La mission se concentre sur les dispositifs de réduction de cotisations et de contributions sociales relatifs à :

- La prévoyance, couvrant les risques décès, incapacité et invalidité (ou « risques lourds ») avec pour des exemples assez ciblés le risque dépendance (Fonction Publique Etat).
- La complémentaire santé.

Mesures Concernées :

- Exemption d'assiette pour la contribution de l'employeur à ces couvertures.
- Taux du forfait social à 8% (et 0% pour les entreprises de moins de 11 salariés).

Dispositifs Associés :

- Taux dédié de taxe de solidarité additionnelle (13,27%) pour les contrats de complémentaires santé responsables et solidaires.
- Exonération d'impôt sur le revenu pour les salariés (toutes les cotisations sont exonérées pour les contrats de prévoyance, tandis que seules les cotisations salariées le sont pour les contrats de complémentaire santé).

Appréciation des Dispositifs Étudiés

Appréciation Générale : Ces dispositifs ont longtemps incité les entreprises à mettre en place des garanties collectives en santé et en prévoyance **sans alourdir** leurs charges de personnel. Depuis 2016, avec la couverture en complémentaire santé collective devenue obligatoire pour toutes les entreprises (ANI), ces dispositifs ont permis de réduire pour partie les inégalités entre les grandes et les petites entreprises. Ils favorisent la conclusion d'accords de branche et épargnent aux salariés la souscription de couvertures individuelles supplémentaires, souvent plus coûteuses. Par ailleurs la protection sociale devient un enjeu de dialogue social souvent constructif.

Effets des Dispositifs :

- Limitation du coût du travail pour les entreprises.
- Augmentation du pouvoir d'achat des salariés par la diminution du reste à charge en frais de santé et par le cout minoré de la cotisation assurance maladie complémentaire ; de plus un certain nombre de service peuvent également s'associer au contrat tels l'assistance, la prévention, l'aide aux aidants ou encore la prise en charge du risque dépendance dans le cas de certains contrats prévoyance.
- Amélioration des garanties collectives souscrites, réduisant le reste-à-charge individus et des ayants droits.

Effet Incitatif : Les exonérations sociales et fiscales ont encouragé un dialogue social apaisé et constructif lors des négociations en entreprise. Elles facilitent la mise en place de couvertures au niveau des branches, permettant aux PME d'accéder à moindre coût à des dispositifs mutualisés et plus avantageux.

Complexité de la Réglementation : La création du forfait social et les hausses successives de la taxe de solidarité additionnelle ont alourdi le coût du dispositif, réduisant l'effet des

exonérations. Les entreprises et les salariés ne sont pas toujours conscients de l'ensemble des dispositifs fiscaux et sociaux applicables, ce qui mine l'impact des exonérations accordées.

Évolution des Dispositifs : Une simplification de ces dispositifs à coût constant serait bénéfique pour en faciliter la lisibilité et la compréhension. Il serait également intéressant d'améliorer la visibilité de la taxe de solidarité additionnelle, qui constitue une taxe supplémentaire indirecte pour les entreprises et les salariés.

État des Lieux de la Protection Sociale Complémentaire Collective

Complémentaire Santé :

- Les employeurs proposent souvent un contrat de base avec des possibilités d'options.
- Les grands groupes ont tendance à aller au-delà de l'obligation de prise en charge de 50% du coût du contrat.

Prévoyance :

- Les employeurs offrent souvent une couverture supérieure à l'obligation légale (1,5% de la tranche 1 pour les seuls cadres).

Négociation Collective

Connaissance des Dispositifs : Les dispositifs sont bien connus des représentants des salariés et des employeurs, notamment depuis la généralisation de la complémentaire santé collective en 2016.

Enjeux de Négociation :

- Structure et niveau des garanties sur les postes moins couverts par l'assurance maladie.
- Fixation du niveau des cotisations au regard des garanties souscrites.
- Structure et niveau des cotisations en santé et accessoirement en prévoyance.

Niveaux de Négociation : Les négociations se déroulent au niveau de la branche et de l'entreprise ou encore des ministères pour la Fonction Publique Etat. La branche permet de définir un socle minimal de garanties, tandis que les entreprises conservent la liberté d'offrir des garanties plus généreuses.

Appréciation de l'Offre

Avis sur l'Offre : Les travaux conduits sous l'égide du Comité consultatif du secteur financier ont contribué à harmoniser les libellés des garanties en santé. Cependant, la lisibilité des tickets modérateurs reste complexe. Les entreprises désireuses d'aller au-delà du socle conventionnel établissent leur propre cahier des charges, souvent avec l'aide d'un conseil/courtier.

Difficultés de Couverture : Les entreprises n'auront pas de difficulté à se couvrir en frais de santé, mais le principal risque réside dans les offres délibérément sous-tarifées. En prévoyance, **les petites entreprises peuvent avoir des difficultés en raison des risques** longs (incapacité, invalidité, décès). Par ailleurs la prise en charge du risque dépendance est relativement peu « embarqué » dans les discussions alors que cette question devient assez centrale.

MAI 2025

Mission IGAS d'évaluation des réductions de cotisations et contributions sociales relatives à la protection sociale complémentaire

L'évaluation de ces dispositifs de réduction de cotisations et contributions sociales est une bonne chose et répond à nos attentes plus globales de faire le suivi des aides attribuées aux entreprises, de mesurer l'effectivité des engagements et de leurs effets, et d'exiger des contreparties ou des pénalités s'ils ne sont pas respectés. Il s'agit d'une première étape indispensable avant de revoir les dispositifs si nécessaire, sans avoir pour seul objectif celui de faire des économies.

Les réductions de cotisations et contributions sociales relatives à la protection sociale complémentaire apparaissent toujours pertinentes au regard de leurs objectifs.

Dans le Rapport annuel sur l'application de la loi de financement pour 2024 (RALFSS 2024), on peut lire la vocation de la protection sociale complémentaire qui est de compléter et de pallier les lacunes des couvertures proposées par la Sécurité sociale.

- « Généralisation de la complémentaire santé : obligation légale de l'employeur d'affilier ses salariés à un contrat collectif d'assurance complémentaire de santé pour garantir une prise en charge complète des dépenses mal couvertes par l'Assurance maladie ».
- « Elles visent aussi à encourager l'employeur à proposer une couverture du risque d'invalidité, non couvert par la Sécurité sociale, et à contribuer à une retraite supplémentaire par capitalisation, en sus des régimes obligatoires de retraite de la Sécurité sociale et des régimes complémentaires ».

Ces besoins de compléments aux prestations Sécurité sociale nous paraissent encore réels aujourd'hui, d'autant plus pour les hauts revenus dont les cadres qui perçoivent des prestations de la Sécurité sociale calculées sur un salaire plafonné qui subissent donc une plus grande chute de niveau de vie en cas d'incapacité ou d'invalidité, et qui ont des plus faibles taux de remplacement à la retraite. Sans parler du décès, pour lequel le capital décès n'est en aucun cas suffisant pour couvrir les frais et soutenir la famille face à cette perte soudaine de revenus.

Ces couvertures complémentaires de santé et de prévoyance sont donc essentielles pour les assurés, et doivent être préservées.

Les réductions de cotisations et contributions sociales portant sur la protection sociale complémentaire ont donc du sens : elles permettent d'inciter l'employeur à participer au financement de la couverture complémentaire des risques sociaux de ses salariés.

Cette logique d'incitation a davantage de sens en prévoyance car la couverture et la contribution de l'employeur (sauf pour les cadres et assimilés cadres) n'est pas obligatoire.

En ce qui concerne les cadres et assimilés cadres qui bénéficient d'un financement minimal par l'employeur de 1,5% de la tranche A en vertu de l'ANI du 17 novembre 2017, nous identifions toujours un besoin de couverture qui justifie, malgré tout, ces niches sociales incitatives en prévoyance.

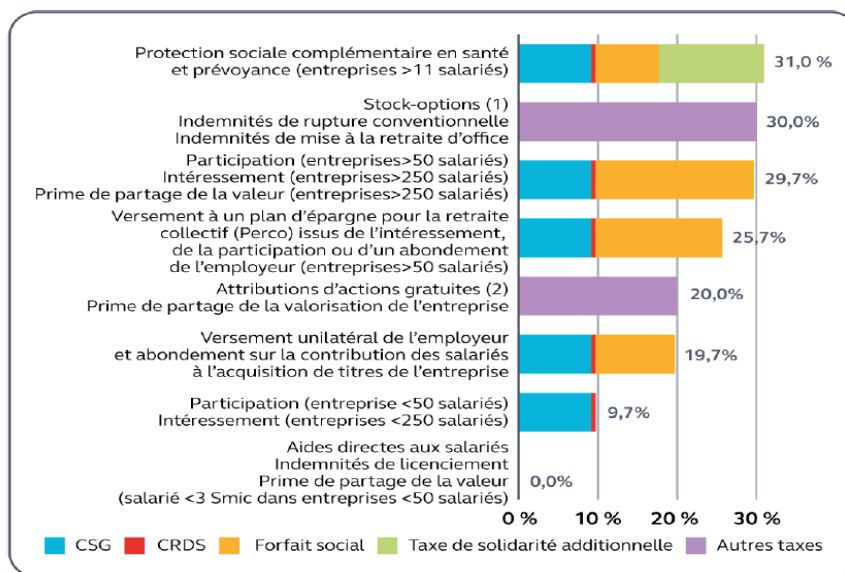
- D'abord, parce que le 1,5% prévoyance n'est pas toujours respecté, certains employeurs encourant alors le risque de subir une forte pénalité mais seulement en cas de décès et de contentieux.
- Ensuite, car la cotisation de 1,5% est parfois en partie utilisée pour financer les garanties de frais de santé, réduisant de fait les garanties prévoyance pouvant être proposées avec le même montant.
- Enfin, car ce financement n'est pas toujours suffisant pour offrir des garanties élevées sur la base de salaires déplafonnés selon les profils de risque et de rémunérations. Or les cadres et assimilés cadres en ont particulièrement besoin car ils subissent une vertigineuse chute du niveau de vie en cas de réalisation du risque.

On pourrait considérer que cette logique incitative a moins de sens en santé pour laquelle la couverture complémentaire est obligatoirement financée à au moins 50% par l'employeur depuis la généralisation de la complémentaire santé. Toutefois, en santé comme en prévoyance, ces aides financières encouragent l'employeur à proposer des couvertures de bon niveau, répondant ainsi aux besoins des salariés.

Les enjeux pour les finances publiques : des exemptions d'assiette en protection sociale complémentaire moins préoccupantes que les autres exonérations de cotisations non-compensées

Nous notons que le coût estimé de ces exemptions d'assiette pour la protection sociale complémentaire s'élève à 4,8 Md pour 2025. Il s'agit en effet d'un manque à gagner important, mais la protection sociale complémentaire est la niche sociale qui a le taux le plus élevé de taxe compensatoire en contrepartie.

Graphique n° 25 : synthèse des taux de taxes sur les versements des compléments de salaire applicables au 1^{er} janvier 2024



Lecture : en 2024, les taxes assises sur les compléments de salaire relevant de la protection sociale complémentaire en entreprise s'élèvent à 31 % de leur montant.
 Source : Cour des comptes à partir du PLFSS 224 et du Placss 2022¹⁹⁶

Le RALFSS pour 2024 pointe pour l'ensemble des compléments de salaire « une baisse des taux de taxe compensatoire et un tassement du rendement ». Mais ces constats ne concernent pas la protection sociale complémentaire pour laquelle le forfait social et la TSA n'ont pas été revus à la baisse. Il serait même envisagé de relever très prochainement la TSA, mais la CFE-CGC ne soutient pas cette mesure qui repose in fine sur les assurés. Cela reviendrait à un transfert entre les employeurs, exemptés de cotisations sociales, et les salariés qui devraient davantage cotiser pour financer leur couverture complémentaire santé.

Pour une amélioration des finances publiques, nous trouvons en revanche pertinent de se pencher sur les autres « compléments de salaire ». Nous pointons régulièrement les effets néfastes des exonérations de cotisation sociale, surtout lorsqu'elles ne sont pas compensées par l'Etat. Ces réductions du coût du travail accordées aux employeurs sans contrepartie génèrent un manque à gagner conséquent en termes de recettes pour la Sécurité sociale. De surcroît, les objectifs de création d'emplois ne sont pas atteints et ces dispositifs favorisent les trappes à bas salaires.

Les enjeux pour la régulation et le pilotage de la protection sociale : un puissant levier à conserver

Ces dispositifs en protection sociale complémentaire, étant conditionnés, permettent de définir des couvertures minimales et même maximales applicables aux salariés. C'est le cas en complémentaire santé avec le contrat responsable, largement choisi par les employeurs pour bénéficier des réductions de cotisations sociale.

Si l'objectif nous paraît encore aujourd'hui pertinent, le cahier des charges du contrat responsable trop changeant et trop contraignant nous pousse à demander sa refonte pour réorienter les couvertures vers les risques plus graves et coûteux tels que l'hospitalisation, quitte à réduire la couverture d'un risque moins grave et trop fréquent tel que l'optique.

On note d'ailleurs le développement de surcomplémentaires non-responsables : le nombre de personnes couvertes par une surcomplémentaire santé a en effet augmenté de 14 % entre 2016 et 2019, puis de 4% entre 2019 et 2021 (Rapport de la DREES sur la complémentaire santé - 2024). Par cette construction, l'employeur continue à bénéficier des exemptions sur le contrat responsable, et est libre de sa participation au financement du contrat non-responsable.

Pour aller plus loin, il pourrait être fait meilleur usage de ces cotisations rendues nécessaires par le besoin de financement croissant du contrat responsable. Les besoins les plus essentiels se ne trouvent pas en santé mais en prévoyance car beaucoup de salariés ne disposent d'aucune couverture pour un ou plusieurs risques lourds.

Au-delà des garanties, la modulation des conditions d'octrois de ces exemptions d'assiette est un puissant levier de pilotage en matière de protection sociale complémentaire :

- Par exemple, en faveur du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail : l'instruction ministérielle de 2021 relative aux conditions

d'application du caractère collectif et obligatoire des garanties a permis de protéger les salariés placés en activité partielle notamment.

- Par exemple, en permettant d'intégrer des salariés non-cadres à la catégorie des cadres via les catégories objectives, qui rendent possibles d'accorder des couvertures différentes aux salariés présentant des besoins de couverture objectivement différents tout en conservant le caractère collectif du contrat.

Les enjeux pour les différents acteurs concernés (salariés, employeurs, organismes assureur) : un bouleversement des équilibres à craindre

Les organismes assureurs restent aujourd'hui des payeurs aveugles, et doivent chaque année davantage absorber de transferts de charge. Ils sont automatiquement impactés par les évolutions du cahier des charges des contrats responsables auxquelles ils ne sont malheureusement pas associés, et bien sûr par la TSA. La moindre évolution du cadre dérogatoire de cotisations sociales ne serait pas neutre.

Il convient de regarder attentivement quels seraient les impacts de toute modification de ce dispositif propre à la protection sociale complémentaire. Cela nous semble susceptible de compromettre les équilibres de financement des risques santé et prévoyance entre salariés et employeurs.

- La remise en question de ces exemptions d'assiette amènerait les employeurs à reconsidérer la nécessité de respecter le cadre des contrats collectifs et des contrats responsables générant un risque pour l'équilibre des contrats au niveau de l'entreprise, et modifiant même les conditions de mutualisation pour les assureurs.
- À vouloir faire des économies sur ces dispositifs en faveur des employeurs, les salariés pourraient subir un impact à la hausse sur leurs cotisations (moins prise en charge par l'employeur sur la prévoyance, hausse de la TSA répercutée), à la baisse sur leur niveau de couverture, voire les deux ! Par ailleurs, la progression de leur salaire pourrait être ralentie considérant l'effet de substitution, car la protection sociale complémentaire coûterait plus cher à l'employeur pour chaque salarié. En effet, la RALFSS pour 2024 met en lumière un effet de substitution entre salaire de base et contributions à la protection sociale complémentaire.

Nous serions disposés à réfléchir à une refonte du dispositif en cas de généralisation de la prévoyance lourde avec une obligation de participation de l'employeur à hauteur de 50%, mais pas avant cela.

Les prestations allouées par la Sécurité sociale en cas d'incapacité, d'invalidité ou de décès sont en effet insuffisantes pour pallier la chute de niveau de vie. Pour améliorer la couverture des Français, il revient à l'État d'instaurer une obligation de négocier au niveau de la branche et de prévoir une obligation de financement à la charge des employeurs à défaut d'accord. Cette obligation nous protégerait en partie des effets néfastes pour les salariés d'une réduction des niches sociales, étant donné que les employeurs n'assumeront aucun surcoût mais le répercuteront intégralement.

Les salariés et les employeurs devront de toute façon incontestablement être associés à ces choix.

CONTRIBUTIONS ÉCRITES DES ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES D'EMPLOYEURS

MISSION IGAS : ÉVALUATION DES DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES RELATIVES AU VOLET SANTÉ ET PRÉVOYANCE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

AUDITION CPME : 15/04/2025, 15H

Pour mémoire (cf. lettre de mission), la mission porte sur les dispositifs de réduction de cotisations et de contributions sociales concernant :

- la prévoyance, au sens de la couverture des risques décès incapacité invalidité (ou « risques lourds »)
- la complémentaire santé

Les mesures concernées sont :

- l'exemption d'assiette pour la contribution de l'employeur à ces couvertures
- le taux du forfait social à 8% (et 0% pour les entreprises de moins de 11 salariés)

Sont rattachés à ces mesures d'autres dispositifs tels que le taux dédié de taxe de solidarité additionnelle (13,27%) lorsque les contrats de complémentaires santé sont responsables et solidaires, et une exonération d'impôt sur le revenu pour les salariés (toutes les cotisations sont exonérées lorsque ces dernières concernent un contrat de prévoyance, alors que seules les cotisations salariés le sont pour les contrats de complémentaire santé).

1. PROPOS LIMINAIRE CPME

Avant de répondre aux différentes questions, et sans tomber dans la technique, il faut poser le sujet sur le champ politique et considérer la prévoyance comme un investissement humain et social, non comme un centre de coût souvent traité comme une dépense.

Il faut regarder la prévoyance non par le prisme des arrêts maladie ou des dépenses en santé, mais bien comme des outils de prévention des risques lourds, d'accompagnement social dans l'économie où travaillent les salariés, de bien-être en entreprise, d'outil de ressources humaines pour les dirigeants.

Sans opposer les grandes entreprises aux TPE PME et sans généraliser, car il y a des exemples concrets de bonnes pratiques dans toutes les entreprises, par la négociation collective dans les branches professionnelles et dans les entreprises, les dispositifs de prévoyance peuvent jouer un rôle clef et essentiel en réduisant les coûts de réparations : risques lourds, arrêts maladie etc...

2. APPRÉCIATION DES DISPOSITIFS ÉTUDIÉS

1. Quelle est votre appréciation générale de ces dispositifs de réductions et de contributions sociales ?

Pendant très longtemps ces dispositifs ont permis d'inciter les entreprises à la mise en place de garanties collectives en santé et en prévoyance sans alourdir leurs charges de personnel.

C'est a fortiori le cas depuis 2016 avec la mise en place d'une couverture en complémentaire santé collective devenue obligatoire pour toutes les entreprises. Cette généralisation de la complémentaire santé collective et la large diffusion de la prévoyance collective ont ainsi permis de réduire les inégalités entre les grandes entreprises et les petites en favorisant la conclusion d'accord de branche et en épargnant aux salariés la souscription de couvertures individuelles supplémentaires facultatives dont les coûts sont forcément plus élevés.

Le régime des exemptions d'assiette participe ainsi pleinement aux équilibres financiers et sociaux en matière de pilotage de la masse salariale. Toute remise en cause constituerait une source de tensions dans les négociations collectives d'entreprises, mal venue dans la période actuelle où les discussions sur l'emploi et le pouvoir d'achat des salariés se tendent. En outre, une telle remise en cause porterait atteinte à la compétitivité des entreprises et déboucherait sur des hausses de prix, au détriment du pouvoir d'achat de tous.

Dans un contexte de hausse significative des dépenses de santé et de transferts de charges accrus entre l'AMO et l'AMC (y compris en prévoyance, comme en témoigne le récent plafonnement des IJ qui se traduit par un transfert sur l'employeur et/ou le salarié) toute remise en question de ce régime dérogatoire déboucherait sur des réductions de couverture, préjudiciables à l'accès aux soins des salariés. Cela se traduirait aussi par un nivellement par le bas des garanties, une augmentation des reste-à-charge pour les salariés et leur famille, un accroissement des inégalités selon l'état de santé, l'âge des assurés.

La généralisation de la complémentaire santé collective a enfin consacré le rôle primordial de l'entreprise et des branches professionnelles en faveur de la santé des salariés. C'est un levier puissant pour la santé publique qui, au-delà des seuls remboursements de soins, est appelé à se développer plus largement sur d'autres services, à commencer par des dispositifs de prévention, bien plus efficaces dans ce cadre que dans le cadre individuel comme le prouvent les études. Ceci préfigure positivement le futur, encore faut-il l'encourager, notamment grâce à un statut social et fiscal incitatif.

2. Ces dispositifs sont-ils bien connus des employeurs ?

Oui, notamment depuis la généralisation des contrats de complémentaire santé en 2016 lorsque toutes les entreprises ont pu en bénéficier. Le maintien des exonérations était d'ailleurs une condition sine qua non pour l'acceptation par les entreprises et notamment les plus petites d'entre elles de cette généralisation de la complémentaire santé, mais il faut en accentuer la promotion.

3. Ont-ils selon vous un effet incitatif et si oui quel est-il ?

Les exonérations sociales et fiscales attachées aux contrats collectifs de complémentaire santé et de prévoyance ont encouragé un dialogue social apaisé et constructif lors des négociations

en entreprise. Les accords d'entreprises ou de branches portant sur la protection sociale complémentaire sont très majoritairement consensuels.

Elles facilitent aussi la mise en place de couvertures au niveau des branches en permettant à des PME d'accéder à moindre coût à des dispositifs mutualisés présentant des meilleurs niveaux de garantie que si elles avaient dû souscrire directement individuellement auprès de leur opérateur d'assurance. Il est notamment démontré que les contrats collectifs bénéficient de coûts de gestion plus faibles que les contrats individuels (en moyenne : 18% vs. 21 %), ce qui permet une meilleure redistribution aux assurés.

En outre, les organismes assureurs recommandés par les branches professionnelles n'ont pas la possibilité de refuser l'adhésion d'une entreprise de la branche concernée.

Les exonérations sociales et fiscales attachées aux contrats collectifs de complémentaire santé et de prévoyance ont enfin contribué à faire émerger le rôle primordial de l'entreprise en faveur de la santé des salariés.

4. Plus généralement quels sont les principaux effets de ces dispositifs ?

Ces dispositifs d'exonération limitent le coût du travail de l'ensemble des entreprises tout en accroissant le pouvoir d'achat de l'ensemble des salariés.

En permettant une amélioration des garanties collectives souscrites, ils ont aussi permis de limiter le reste-à-charge des ménages, comme en témoigne la baisse de ce reste-à-charge sur les postes couverts par le 100% Santé (en optique, dentaire et audiologie).

5. Pourrait-on aboutir aux mêmes résultats en utilisant d'autres leviers ?

Nous n'avons pas connaissance d'autres leviers permettant d'être aussi efficaces.

6. Le fait que ces dispositifs soient réservés dans le cas de la couverture complémentaire santé aux seuls contrats solidaires et responsables vous semble-t-il pertinent ?

Lier les dispositifs d'exonération au respect du cahier des charges du contrat solidaire et responsable a indubitablement permis, en 2004, de faciliter l'accès aux soins par la prise en charge de garanties minimales essentielles et par l'interdiction de sélection médicale tout en contribuant à responsabiliser les assurés en limitant les garanties par trop inflationnistes.

En revanche, profiter de l'effet incitatif de ce dispositif d'exonération pour transformer le contrat responsable en levier à la main des seuls pouvoirs publics en vue d'uniformiser l'offre de complémentaire santé et alourdir son cahier des charges par la création des paniers 100% Santé sans tenir compte de l'hétérogénéité des besoins est de nature à provoquer un effet contre-productif sur les entreprises en alourdissant le coût du contrat responsable au-delà du supportable pour les entreprises, tout en encourageant les effets d'aubaine du côté de certains offreurs de soins.

Par ailleurs, lors de la négociation des régimes de branches professionnelles, les partenaires sociaux s'attachent à proposer des garanties adaptées à la sinistralité observée, ce qui permet de garantir une couverture et un financement fléchés vers les bons dispositifs, tant de prestations que de prévention. Cette adéquation des garanties à la sinistralité des populations couvertes est mise en péril par l'alourdissement du cahier des charges du contrat responsable, qui prive aujourd'hui les acteurs du dialogue social de leur capacité d'adaptation.

7. La réglementation est-elle complexe pour les entreprises ? sur quels points ?

La création du forfait social (dont le taux est variable selon la taille de l'entreprise) d'une part et les hausses successives de la taxe de solidarité additionnelle à la charge des assureurs (mais dont les effets sont nécessairement répercutés sur les tarifs des contrats collectifs) d'autre part ont alourdi le coût du dispositif en réduisant l'effet des exonérations. Comme le relevait la Cour des comptes dans son rapport sur les niches sociales de 2024, les taxes assises sur les compléments de salaires relevant de la protection sociale complémentaire s'élèvent désormais à 31% de leur montant et ce sans que l'effort supplémentaire ainsi demandé aux entreprises soit visible des salariés.

D'une façon plus générale, les entreprises et les salariés n'ont pas conscience de l'ensemble des dispositifs fiscaux et sociaux applicables aux contrats collectifs en protection sociale complémentaire qui se soldent par une taxation de ces contrats à hauteur de 37%, ce qui minore largement l'impact des exonérations sociales et fiscales accordées.

En outre, les évolutions successives du cahier des charges des contrats solidaires et responsables - création des paniers 100% santé en optique, dentaire et audiologie, extension à d'autres prises en charge (consultations de psychologie et, demain, location des véhicules pour handicapés, prothèses capillaires, protections menstruelles réutilisables voire autres dispositifs médicaux éligibles à la liste des produits et prestations LPP) - complexifient le pilotage du contrat collectif d'entreprise (en termes de mise en conformité) tout en en alourdissant sensiblement le coût.

Il en est de même en termes de traçabilité des dispenses d'affiliation pour certaines catégories de salariés éligibles.

8. Ces dispositifs devraient-ils évoluer et si oui sous quelle forme ?

La simplification de ces dispositifs à coût constant (tant pour les entreprises que pour les salariés) serait de nature à en faciliter la lisibilité et la compréhension du régime social et fiscal. De même, il serait intéressant d'améliorer la visibilité de la TSA qui en réalité constitue une taxe supplémentaire indirecte pour les entreprises et les salariés dans la mesure où elle est répercutée par les assureurs dans le coût de leurs contrats.

3. ÉTAT DES LIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE COLLECTIVE (COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE) EN ENTREPRISE

9. S'agissant de la complémentaire santé l'usage est-il plutôt de ne proposer qu'un seul type de contrat ou bien un contrat de base avec des possibilités d'options ?

Selon le choix de l'employeur et des représentants du personnel de l'entreprise, tous les cas de figure existent mais le plus souvent les salariés peuvent compléter par des options.

10. S'agissant de la complémentaire santé les employeurs ont-ils tendance à aller au-delà de l'obligation de prise en charge de 50% du coût du contrat de complémentaire santé ?

Accroître la participation de l'employeur au-delà de 50% est plutôt une pratique de grands groupes. Les PME bénéficient surtout de la mutualisation permise par les accords de branche pour limiter le coût global des garanties tant pour les salariés que pour les entreprises. Toutefois, dans un marché en tension, certaines TPE PME prennent en charge jusqu'à 100% du coût de la complémentaire santé et le valorisent comme un avantage social dans leur politique de recrutement.

11. S'agissant de la prévoyance, les employeurs offrent-ils une couverture supérieure à l'obligation légale (1,5% de la tranche 1 pour les seuls cadres) ?

Il résulte de l'analyse des accords de prévoyance existants qu'une part importante des salariés français est couverte par un régime de prévoyance, au-delà de la stricte obligation légale du 1.50 % tranche 1 pour les cadres.

4. NÉGOCIATION COLLECTIVE RELATIVE À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE (COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE)

12. Ces dispositifs sont-ils bien connus des représentants des salariés et des employeurs ?

Oui, en particulier depuis la généralisation de la complémentaire santé collective en 2016, d'autant que cette généralisation résulte de l'accord national interprofessionnel signé en janvier 2013 par les partenaires sociaux, dont la CPME.

13. Le sujet de la couverture complémentaire santé/prévoyance constitue-t-il un enjeu important en matière de négociation collective ? Si oui quels sont pour chaque type de couverture (complémentaire santé/ prévoyance) les principaux sujets de négociation ?

La négociation des régimes de branche en matière de santé et de prévoyance est un enjeu essentiel de la négociation collective et un thermomètre des relations sociales au sein de l'entreprise. En effet, les intérêts sont convergents entre employeurs et salariés (recouvrer la santé sans perdre trop de revenu et reprendre son activité professionnelle) et le dialogue peut réellement être constructif, ce qui peut ruisseler sur les autres négociations.

La négociation porte principalement sur les points suivants :

- La structure et le niveau des garanties sur les postes moins couverts par l'assurance maladie (dépassements d'honoraires, prothèses dentaires et équipement optique) et les services associés (réseaux de soins en optique, accès à la téléconsultation, médecines douces ...) exemple à donner
- La fixation du niveau des cotisations au regard des garanties souscrites.
- La structure familiale (isolé/enfants/conjoint) et le niveau des cotisations en santé.

14. Cette négociation se pratique-t-elle plutôt au niveau de la branche ou de l'entreprise ? Quelles sont les spécificités lorsque la protection sociale complémentaire est mise en place par une décision unilatérale de l'employeur ?

Les négociations se déroulent au niveau de la branche et de l'entreprise.

La branche permet de définir un socle permettant :

- un niveau minimal de garanties avec un socle applicable à tous, de nature à éviter les effets de dumping social.
- une mise en place simplifiée pour les TPE (application directe) ;
- la mutualisation du coût des sinistres (en particulier en prévoyance) ;
- un rapport de forces plus favorable pour les petites entreprises dans la négociation avec les opérateurs d'assurance.

Les entreprises conservent la liberté d'offrir des garanties plus généreuses que celles offertes par la branche, de façon à en faire un argument d'attractivité et de fidélisation de leurs salariés.

15. En dehors de la négociation collective voyez-vous d'autres enjeux liés à la couverture prévoyance et complémentaire santé (politique RH, attractivité, etc.) ?

Souvent ces dispositifs sont intégrés dans un package global de rémunération et font partie de l'attractivité d'un secteur ou d'une entreprise.

5. APPRÉCIATION DE L'OFFRE EN MATIÈRE DE PRÉVOYANCE ET DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

16. Quel est votre avis sur l'offre (tarifs, garanties offertes, etc.) de couverture prévoyance et complémentaire santé ? Est-il aisé de comparer les différentes offres ?

Les travaux conduits sous l'égide du Comité consultatif du secteur financier ont contribué à harmoniser les libellés des garanties en santé. La difficulté subsiste dans la lisibilité des tickets modérateurs, forcément exprimés en % de la base de remboursement de Sécurité sociale. Or la complexité de ces bases s'est accrue avec la diversification des majorations accordées pour les actes (réalisés à l'hôpital et pour les consultations complexes en ville par exemple).

Dans les branches où un accord conventionnel est conclu, la plupart des entreprises et notamment les PME vont s'en tenir au socle conventionnel négocié entre les partenaires sociaux. Vu la liberté dont dispose l'entreprise pour choisir son opérateur d'assurance, la difficulté réside plutôt dans le contrôle du respect des différents socles conventionnels par l'ensemble des opérateurs d'assurance (mise en conformité, devoir de conseil).

Les entreprises désireuses d'aller au-delà de ce socle ou ne relevant d'aucune convention collective établissent leur propre cahier des charges, le plus souvent en se faisant assister par un conseil/courtier.

Dans un contexte où il est nécessaire de préserver la compétitivité des entreprises et le pouvoir d'achat des salariés, le facteur « prix » est un élément essentiel. Or, avec d'une part un certain nombre de garanties obligatoires et encadrées et d'autre part un budget contraint, il devient complexe de proposer des garanties différenciantes.

17. Certaines entreprises éprouvent-elles des difficultés pour trouver un organisme assureur (complémentaire santé/prévoyance) ?

Les entreprises n'auront pas de difficulté à se couvrir en frais de santé, s'agissant d'un risque court. Sous réserve toutefois que le tarif proposé soit en adéquation avec les garanties souscrites. Le principal risque pour les entreprises réside plutôt dans les offres délibérément sous-tarifées par des opérateurs désireux de prendre rapidement des parts de marché et qui se retrouvent confrontées à des réajustements brutaux de cotisation.

En prévoyance, les petites entreprises peuvent avoir des difficultés car s'agissant d'un risque long (incapacité, invalidité, décès), les conséquences d'une sinistralité mal maîtrisée peuvent effectivement se révéler très coûteuses. D'où intérêt de s'en prémunir grâce à la mutualisation élargie permise par l'accord de branche.

18. Auriez-vous des documents, enquêtes ou des interlocuteurs à recommander à la mission ?

Etudes de la DREES sur les contrats modaux et sur la situation financière des OCAM
Enquête PSCE de l'IRDES
Publication DSS sur les accords de branche
Etudes du CTIP sur la couverture dans les branches

6. CONCLUSION

Par les exemples concrets et les réponses apportées précédemment, nous comprenons l'urgence à trouver des sources d'économies des politiques publiques dans un contexte de déficit public. Toutefois, réduire les exonérations de cotisations et de contributions sociales en prévoyance et en complémentaire santé serait un coup très dur porté aux entreprises notamment les TPE PME et les salariés.

*

* *

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Un symbole † signifie que l'échange a été réalisé par l'intégralité de l'équipe de mission en audio ou visioconférence.

1 Directions d'administration centrale

1.1 Ministères sociaux

1.1.1 Direction des affaires juridiques

Mme Yasmine BEAUVINON EL BOUSTANI†, cheffe du bureau des affaires européennes et internationales et du droit comparé

M. Frédéric KERVELLA†, sous-directeur des politiques

M. Jean-Baptiste PICOT†, chef du bureau droit de la cohésion sociale et de la sécurité sociale

1.1.2 Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques

M. Mickaël ORAND, chef de la mission d'analyse économique

M. Conrad THIOUNN†, expert-référent *big data*

1.1.3 Direction générale du travail

M. Vincent JIMÉNEZ, adjoint à la sous directrice du dialogue social

M. Sacha REINGEWIRTZ, adjoint à la sous-directrice des relations du travail

Mme Nathalie VAYSSE, cheffe de service

1.1.4 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

M. Franck ARNAUD†, sous-directeur des synthèses, des études économiques et de l'évaluation

M. Odran BONNET, adjoint à la cheffe du bureau Assurance maladie et des études sur les dépenses de santé

M. Alexandre FAUCHON, *data scientist*

M. Geoffrey LEFEBVRE, chef du bureau Analyse des comptes sociaux

M. Fabrice LENGART, directeur

Mme Catherine POLLAK, adjointe au sous-directeur de la santé et de l'assurance maladie

M. Pierre POULON‡, responsable du pôle organismes complémentaires au bureau Analyse des comptes sociaux

Mme Rosalinda SOLOTAREFF, cheffe du bureau de l'assurance maladie et des études sur les dépenses de santé

M. Cyril DE WILLIENCOURT, adjoint au chef du bureau Analyse des comptes sociaux

1.1.5 Direction de la sécurité sociale

M. Hyacinthe ANDRÉ, chargé d'études statistiques au bureau des études et de l'évaluation

M. Taha BENABDELAZIZ‡, chef du pôle actuariat

M. Valentin BONCOURT, chargé d'études statistiques et actuariat

M. Charles BORIAUX‡, adjoint au sous-directeur du financement de la sécurité sociale

M. Hédi BRAHIMI‡, adjoint à la sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

M. Nicolas GANIER‡, adjoint au chef du bureau des régimes professionnels de retraites et institutions de protection sociale complémentaire

Mme Cléo LHERMET, adjointe au chef du bureau des études et de l'évaluation

Mme Constance MOLLET‡, chargée de mission protection sociale complémentaire collective

M. Harry PARTOUCHE, sous-directeur des études et des prévisions financières

M. Thomas RAMILJAONA‡, sous-directeur du financement de la sécurité sociale

M. Thomas SÉPULCHRE‡, chef du bureau des régimes professionnels de retraites et institutions de protection sociale complémentaire

M. Louis TAPON‡, adjoint au chef du bureau de la législation financière sociale et fiscale

1.2 Autres ministères

1.2.1 Direction générale de l'administration, de la fonction publique

M. Philippe CHARPENTIER‡, chef du service des politiques sociales, salariales et des carrières

Mme Fanny CHAUVIRE-MAUBERT‡, cheffe du département de la protection sociale et des retraites

M. Axel VANDAMME‡, sous-directeur de la politique sociale

1.2.2 Direction générale du trésor

M. Jérémy FRAÏSSE‡, adjoint au chef du bureau entreprises et intermédiaires d'assurance

M. Martin LANDAIS‡, sous-directeur assurances, économie sociale et solidaire
M. Pierre MARTIN-DUSSAUD‡, adjoint au chef du bureau marchés et produits d'assurance
M. Matthieu PEQUEGNOT‡, adjoint au chef du bureau marchés et produits d'assurance
M. Clément ROBERT‡, chef du bureau marchés et produits d'assurance

2 Organismes de sécurité sociale

2.1 Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

M. Thomas BOUSQET‡, département relations internationales et corps de contrôle
Mme Hélène DECOURCELLE‡, chargée de mission protection sociale complémentaire au département partenariat et conventions
Mme Géraldine ETZOL‡, responsable du département partenariat et conventions
Mme Julie FERRÈRE‡, directrice de la gestion de la part complémentaire déléguée
M. Patrick LEJEUNE‡, chef de projet DSN
M. Flavio MOSCA‡, direction comptable et financière, cellule d'appui et expertise
Mme Géraldine TAUBER‡, directrice métier entreprises et recouvrement

2.2 Caisse nationale d'assurance maladie

Mme Alice BLANCHON‡, conseillère au cabinet du directeur général
M. Grégoire DE LAGASNERIE‡, adjoint au directeur de la stratégie, des études et de la statistique
Mme Nina VASSILIEFF‡, responsable du département de la réglementation

2.3 URSSAF Caisse nationale

Mme Julie AUBERTIE‡, directrice de la Direction des usagers
Mme Nathalie CADIC ALLARY‡, responsable du département expertise et production juridique
Mme Isabelle DAMESIN‡, sous-directrice contrôle et lutte contre la fraude
M. Bertrand DECAIX‡, directeur de cabinet
M. Emmanuel DELLACHERIE‡, directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle
Mme Yamina KEMEL‡, attachée de direction au cabinet du directeur
Mme Claire POILVET‡, sous-directrice des comptes du recouvrement à la Direction comptable et financière

Mme Sophie RIVIERE‡, statisticienne

M. Engin YILMAZ‡, adjoint à la responsable du département des statistiques et de l'animation du réseau

Mme Anne-Laure ZENNOU‡, responsable du département des statistiques et de l'animation du réseau à la Direction des statistiques, des études et de la prévision

2.4 URSSAF Île de France

Mme Caire ARNOULT, responsable département contrôle

M. David BARBIER, inspecteur du recouvrement

Mme Karine DEPÉE, adjointe technique de coordination

Mme Elisabeth FORGERON, responsable d'inspection

M. Stéphane GRÉ, directeur du recouvrement

M. Philippe JACOB, responsable département comptes

Mme Laurence LEMAIRE chargée de missions, direction juridique

3 Organisations syndicales

3.1 Organisations nationales

3.1.1 Confédération française démocratique du travail

M. Éric BADONNEL, secrétaire confédéral

Mme Jocelyne CABANAL, secrétaire nationale en charge de la protection sociale

Mme Julie DUFOURNAUD, secrétaire confédérale

M. Alain GALOPIN, responsable du service protection sociale

M. Philippe LE CLÉZIO, secrétaire confédéral

3.1.2 Confédération française de l'encadrement - confédération générale des cadres

Mme Leslie ROBILLARD, chargée d'étude sur la prévoyance

Mme Christelle THIEFFINNE, secrétaire nationale à la protection sociale

3.1.3 Confédération française des travailleurs chrétiens

M. Nassim CHIBANI, conseiller technique protection sociale

M. Léonard GUILLEMOT, conseiller confédéral santé, financement, autonomie

M. Frédéric ROMAIN, secrétaire confédéral protection sociale

3.1.4 Confédération générale du travail

M. David HUYNH‡, conseiller

M. Denis GRAVOUIL, secrétaire confédéral en charge de la protection sociale

3.1.5 Confédération générale du travail – Force ouvrière

M. Alain GAUTRON, représentant *ad hoc*.

3.2 Organisations de branche

3.2.1 Fédération des Syndicats de Services, Activités Diverses, Tertiaires et Connexe (UNSA)

M. Aziz MEKKAOUI‡, secrétaire général

3.2.2 Fédération Force ouvrière de la métallurgie

M. Sylvain LÉ‡, président IRP auto

Mme Dalila MADAOU‡, juriste

M. Jean-Yves SABOT‡, secrétaire fédéral

3.2.3 Fédération Générale des Travailleurs de l'Alimentation, des Tabacs et des services annexes – Force ouvrière

Mme Véronique DELAITRE‡, experte

Mme Elsa LACOFFE‡, secrétaire fédérale

4 Organisations patronales

4.1 Organisations nationales

4.1.1 Confédération des petites et moyennes entreprises

M. Éric CHEVÉE‡, vice-président en charge des affaires sociales

M. Philippe CHOIGNARD‡, responsable du pôle conditions de travail

Mme Gwendoline DELAMARE-DEBOUTTEVILLE‡, Directrice des affaires sociales et de la formation

M. Thierry GRÉGOIRE‡, membre du comité exécutif

Mme Claire RICHIER‡, juriste affaires sociales

4.1.2 Mouvement des entreprises de France

Mme Nathalie BUET, directrice de la protection sociale

Mme France HENRY-LABORDÈRE, directrice générale adjointe

Mme Clara TOUSCH, adjointe à la directrice de la protection sociale

4.1.3 Union des entreprises de proximité

M. Pierre BURBAN, secrétaire général

M. Christian PINEAU, chef du service protection sociale relations du travail

4.2 Organisations de branche

4.2.1 Fédération des particuliers employeurs de France

M. Georges BAUDINAT‡, président de la commission paritaire de suivi et de pilotage de l'accord de prévoyance

M. Robin CLOEDT‡, responsable des politiques sociales

Mme Véronique DUBEAU-VALADE‡, vice-présidente

Mme Lucie FARNAULT‡, service juridique

Mme Charly TANGTAKOUN‡, service juridique

5 Organismes du secteur de l'assurance

5.1 Centre technique des institutions de prévoyance

M. Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX, directeur prévoyance et retraite supplémentaire

M. Julien BRAMI, directeur général AGRICA

Mme Marie-Anne MONTCHAMP, directrice générale OCIRP

M. Stéphan REUGE, directeur général délégué BTP prévoyance

5.2 Fédération nationale de la mutualité française

Mme Marianne BYÉ, responsable du pose analyse juridique et des relations avec les acteurs du système de santé

Mme Laure-Marie ISSANCHOU, directrice du développement des assurances mutualistes

M. Thomas NEROT, directeur adjoint du développement des assurances mutualistes

5.3 France assureurs

Mme Cécile MALGUID, directrice adjointe santé et prévoyance

Mme Suzy ZOZOR, responsable du département affaires fiscales

6 Organismes de recherche

6.1 Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

Mme Pascale LENGAGNE‡, maîtresse de recherche

M. Marc PERRONNIN‡, maître de recherche

M. Denis RAYNAUD‡, directeur

7 Autres organismes publics

7.1 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Mme Cassandre, BERKANE‡, adjointe à la cheffe de service de contrôle 1

M. Jean BOISSINOT‡, directeur des études et de l'analyse des risques

Mme Anne-Lise BONTEMPS-CHANEL‡, adjointe au directeur des ressources humaines et des moyens

Mme Émilie CANDUS‡, adjointe au chef du service des études et statistiques

M. Jérôme CHEVY‡, chef de service de contrôle

M. Nicolas DUMAS‡, économiste statisticien

M. Rémy LECAT‡, adjoint au directeur des études et de l'analyse des risques

M. David LY‡, chef du pôle assurance au sein du service des études et statistiques

M. Yann WICKY‡, chef du service des études et statistiques

7.2 Haut conseil du financement de la protection sociale

M. Emmanuel CHION‡, secrétaire général adjoint

Mme Nathalie GUILHEMBET‡, secrétaire générale

M. Dominique LIBAULT‡, président

8 Personnalités qualifiées

M. Yann-Gaël AMGHAR‡, ancien directeur général de l'ACOSS, président du HCAAM

M. Pierre-Louis BRAS, inspecteur général des affaires sociales

Mme Corinne CHÉRUBINI, inspectrice générale des affaires sociales

M. Emmanuel JOLY‡, président de la commission mixte paritaire de la branche des entreprises de services à la personne

M. Benjamin REDT‡, président de la commission mixte paritaire de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif

Mme Anne SIPP‡, présidente de la commission mixte paritaire de la branche des industries chimiques

LETTRE DE MISSION



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Paris, le 18 MARS 2025

Le chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

à

Simon ARAMBOUROU
Laurence ESLOUS
Vincent RUOL
Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

Objet : mission d'évaluation des dispositifs de réduction de cotisations et contributions sociales relatives au volet santé et prévoyance de la protection sociale complémentaire

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale introduit pour le Gouvernement une obligation d'évaluation triennale de l'ensemble des mesures de réduction de cotisations et contributions sociales.

Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme de travail pour l'année 2025, l'évaluation des dispositifs de réduction de cotisations et contributions sociales relatives au volet santé et prévoyance de la protection sociale complémentaire.

Ces dispositifs consistent principalement en une assiette exemptée des contributions employeurs d'environ 22,3 Md€ en 2023 dont le coût estimé s'élevait à 4,8 Md€ selon l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Je vous demande de procéder à leur évaluation. Celle-ci visera à préciser les objectifs de cette mesure de réduction de cotisations sociales, à dresser un état des lieux de la situation en matière de couverture santé et prévoyance collectives et de recours à ces dispositifs de réduction de cotisations sociales, à étudier les effets qui lui sont attachés, à en préciser les enjeux pour les finances publiques, pour la régulation et le pilotage de protection sociale ainsi que pour les différents acteurs concernés (salariés, employeurs, organismes assureurs).

Pour conduire cette évaluation, la mission intégrera en tant que de besoin à son analyse l'ensemble des autres dispositifs socio-fiscaux dérogatoires pouvant être rattachés à ces mesures de réduction de cotisations sociales et tiendra compte de la généralisation en cours de la protection sociale complémentaire pour les agents publics.

Vos travaux devront m'être remis dans un calendrier compatible avec l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Le Chef de l'inspection générale
des affaires sociales


Thomas AUDIGE