La Tribune de l'assurance

COUNTRY: France
PAGE(S): 26-30
SURFACE: 405 %
FREQUENCY: Monthly

CIRCULATION: 192749
AVE: 21,26 K€
AUTHOR: Geneviève Allaire

► 1 April 2025 - N°311

Page Source

SANTÉ-PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Les organismes mis à contribution

Début janvier, le gouvernement Bayrou a décidé de demander aux complémentaires santé une contribution exceptionnelle d'environ 1 Md€.

P. 27

REGARDS CROISÉS

Quel avenir pour la complémentaire santé ?

Mylène Favre-Béguet, directrice générale adjointe, cabinet Galea, et Damien Dumas, directeur général adjoint santé et prévoyance, groupe Apicil

P. 28

COLLECTIVES

Les Ocam en risque d'arrêt long

Comme les complémentaires santé en ont désormais l'habitude, leur participation au financement du système de santé s'accroît en 2025. Les régimes de prévoyance verront, eux aussi, leur prise en charge augmenter, suite à un énième désengagement de la Sécu, cette fois sur les indemnités journalières. De leur côté, les entreprises cherchent à limiter les hausses de cotisations dans un contexte économique tendu.

All rights reserved

La Tribune de l'assurance

COUNTRY: France
PAGE(S): 26-30
SURFACE: 405 %
FREQUENCY: Monthly

CIRCULATION: 192749
AVE: 21,26 K€
AUTHOR: Geneviève Allaire

► 1 April 2025 - N°311

DIALOGUE AMO-AMC

S'inscrire dans le temps long

Les dépenses plus élevées à prendre en charge par les complémentaires santé influent défavorablement sur les résultats techniques.

P. 31

RENOUVELLEMENTS

Les entreprises toujours plus regardantes sur leurs collectives

Si les défaillances ont réduit la matière assurable en 2024, les entreprises assurées agissent pour tenter d'endiguer les hausses de leurs contrats collectifs.

P. 33

SANTÉ-PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Les organismes mis à contribution

En santé comme en prévoyance, les collectives subissent les coups de boutoir des transferts de charge du régime obligatoire vers le régime optionnel.

Par Geneviève Allaire

En matière de protection sociale, 2025 s'avère pour le moins atypique. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) n'ayant pas été adoptée au terme de 2024, une motion de censure votée le 4 décembre par l'Assemblée nationale a entraîné la chute du gouvernement Barnier et le rejet du projet de loi. Par conséquent et à titre provisoire, une loi spéciale a prolongé au début de l'année la loi adoptée pour 2024. L'examen du projet de loi pour l'année 2025 a repris le 28 janvier sous l'égide du gouvernement Bayrou avec, comme base de travail, le texte qui avait été adopté en première lecture au Sénat à l'automne dernier. Afin d'obtenir l'adoption du texte par l'Assemblée nationale, le gouvernement a opéré un passage en force en ayant recours à l'article 49-3 de la Constitution. La LFSS 2025 a été définitivement adoptée par le Parlement le 17 février. Le texte prévoit une nouvelle augmentation du déficit, désormais estimé à 22,1 Md€ en 2025 par le gouvernement.

CONTRIBUTION(S) EXCEPTIONNELLE(S)

Début janvier, le gouvernement Bayrou a décidé de demander aux complémentaires santé une contribution exceptionnelle d'environ 1 Md€. Le motif en est que les complémentaires santé avaient comptabilisé en amont les transferts de charge qui devaient s'opérer en 2025 dans le calcul des cotisations, sans que ceux-ci soient effectifs puisque le PLFSS 2025 a d'abord été rejeté. Cette mesure comptable trouve son origine dans le déremboursement de médicaments et de consultations par l'Assurance maladie qu'auraient dû prendre en charge les complémentaires santé et qui n'a pas été repris dans la nouvelle mouture du texte. Dans ce contexte, Florence Lustman, présidente de France assureurs, a indiqué qu'« *il me paraît important de rappeler que les complémentaires santé ont été informées par le gouvernement Barnier de cette mesure de déremboursement le 10 octobre dernier, date à laquelle nombre d'entre elles avaient déjà décidé de leurs tarifs pour 2025. Elles n'ont donc pas pu intégrer ces transferts* ». Comme le souligne Thomas Colin, directeur des marchés produits, activités délégués, indemnisation et médical de Malakoff Humanis : « *Concernant les renouvellements 2025, chaque organisme complémentaire a pris les décisions relatives à la tarification sur la base d'analyses qui lui étaient propres mais sans visibilité sur les transferts. Il est donc regrettable que les pouvoirs publics appliquent des* »

All rights reserved

La Tribune de l'assurance

COUNTRY: France
PAGE(S): 26-30
SURFACE: 405 %
FREQUENCY: Monthly

CIRCULATION: 192749
AVE: 21,26 K€
AUTHOR: Geneviève Allaire

► 1 April 2025 - N°311

>> mesures identiques à l'ensemble des acteurs alors que tous n'ont pas répercuté les transferts. Nous sommes en permanence dans le flou quant aux répercussions des décisions politiques sur la protection sociale complémentaire. C'est pourquoi nous réclamons un dialogue pluriannuel avec les pouvoirs publics et la Sécurité sociale afin d'être en mesure de mieux évaluer les changements. Si les groupes de protection sociale sont à but non lucratif, ils doivent cependant être à l'équilibre et de tels échanges nous donneraient un peu d'aisance pour piloter les régimes collectifs et assurer les équilibres. » En 2024, les complémentaires santé ont ajouté dans la prise en charge des contrats responsables la hausse des tarifs des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), l'indexation de la consultation du généraliste à 30 € à partir de décembre (après être passée à 26,50 € en novembre 2023) et l'augmentation du ticket modérateur sur les soins dentaires et les soins hospitaliers. À cela s'ajoutent les répercussions du 100 % santé dont le coût est évalué entre 1 à 2 Md€ par an pour l'ensemble de ces organismes. Selon Damien Dumas, directeur général adjoint santé et prévoyance du groupe Apicil : *« Entre juin et octobre, nous fixons les taux directeurs afin de préparer les indexations tarifaires des contrats collectifs. Le PLFSS étant habituellement en cours d'examen à partir de septembre, des discussions avec la direction de la Sécurité sociale nous permettent de prendre le pouls des transferts qui s'annoncent. Pour autant, nous sommes tenus d'envoyer les nouvelles conditions tarifaires à nos entreprises clientes avant la fin du mois d'octobre, car nous devons respecter le délai légal de deux mois si elles envisagent de résilier leur contrat santé. »* Quant à Mylène Favre-Béguet, directrice adjointe du cabinet Galea, elle explique : *« À l'occasion des renouvellements 2025, les contrats des petites entreprises (TPE et PME) étant standardisés, les assureurs complémentaires ont généralement pris des marges de prudence en intégrant systématiquement des augmentations, sachant que des transferts de charges étaient annoncés, comme quasiment chaque année, de la Sécurité sociale vers les complémentaires santé. En revanche, les transferts qui devaient s'opérer n'ont, en règle générale, pas été répercutés sur les contrats des grandes entreprises disposant d'un pilotage sur-mesure. »*

DÉRIVES SUR LA PHARMACIE ET LE DENTAIRE

En moyenne, les complémentaires santé collectives d'Apicil

REGARDS CROISÉS

Le résultat technique des Ocam est négatif en 2023, quel avenir pour le modèle de la complémentaire santé ?

©DR

MYLÈNE FAVRE-BÉGUET,
directrice générale adjointe, cabinet Galea

« Les marges des complémentaires santé restent **des plus limitées** »

« Je ne crois pas que le modèle soit en cause car les résultats financiers des complémentaires santé se sont souvent améliorés en 2024. Comme ces organismes avaient été déficitaires pour un grand nombre d'entre eux en 2023, beaucoup ont redressé leurs résultats de gestion sur le collectif et ont amélioré leurs résultats techniques grâce à la revalorisation des cotisations en 2024. Toutefois, les marges des complémentaires santé restent des plus limitées car le ratio S/P tourne souvent autour de 100 %. Mais le levier de la revalorisation des cotisations a nécessairement ses limites. Le contrat responsable oblige les complémentaires santé à une prise en charge minimale en fonction des postes de soins et conduit à absorber mécaniquement et obligatoirement les désengagements de la Sécurité sociale. En santé, les organismes doivent aussi composer avec l'effet retard de l'inflation intervenue en 2021 et 2022 puisque les renégociations de conventions avec les professionnels de santé prennent du temps et les tarifs sont révisés tardivement. Enfin, les prix de certains biens médicaux, comme les lentilles de contact, ont explosé avec la montée de l'inflation alors que l'Assurance maladie n'a pas de contrôle sur les tarifs des actes et biens médicaux qu'elle ne finance pas. »

©DR

DAMIEN DUMAS,
directeur général adjoint santé et prévoyance, groupe Apicil

« Le modèle de la complémentaire santé est **secoué mais il subsistera** »

« Les organismes complémentaires estiment qu'en santé, ils peuvent se satisfaire de marges très faibles (de 1 à 2 %) mais ils ne pourront demeurer sur un marché où ils sont déficitaires pour des raisons structurelles. À un moment, les acteurs pratiquant le dumping afin d'attirer de nouveaux clients n'ont d'autres choix que de redresser les tarifs ou diminuer les garanties. Réduire les garanties est cependant complexe en raison des planchers à prendre en charge dans le cadre du contrat responsable. Certes, il est possible d'opter pour un contrat non responsable mais cela reste compliqué en collectif à cause de la perte de l'avantage de la défiscalisation. Aujourd'hui, les organismes complémentaires sont les variables d'ajustement de la Sécurité sociale, par des transferts de charge ou des taxes. Le modèle de la complémentaire santé est secoué mais il subsistera. C'est le contrat responsable qu'il faudrait redéfinir, via des discussions entre les complémentaires santé, la Sécurité sociale et les pouvoirs publics. En effet, le contrat responsable induit un effet contre-productif car les garanties planchers imposées par la loi combinées aux transferts de charges et à la dérive de la consommation font évoluer à la hausse les tarifs au point que les cotisations deviennent très élevées pour les entreprises mais aussi pour les particuliers. »

All rights reserved

La Tribune de l'assurance

COUNTRY: France
PAGE(S): 26-30
SURFACE: 405 %
FREQUENCY: Monthly

CIRCULATION: 192749
AVE: 21,26 K€
AUTHOR: Geneviève Allaire

► 1 April 2025 - N°311

sont en hausse de 6 %, notamment parce qu'en 2024, les postes pharmacie et dentaire ont vu leur consommation croître de 10 %. À lui seul, le passage du tarif de la consultation du généraliste à 30 € entraîne +0,5 % de dépenses sur les régimes frais de santé d'Apicil. Pour sa part, Aésio mutuelle a procédé à un taux moyen d'augmentation de 7,5 % sur ses contrats santé collectifs. *« Ce niveau de hausse s'explique par une augmentation des prestations de 6,5 % en santé collective entre 2023 et 2024, le poste dentaire ayant fortement contribué à cette tendance inflationniste avec une consommation de +8,5 %»*, relève Corine Benoît, directrice technique et pilotage assurantiel de la mutuelle. Dans le portefeuille collectif d'Aésio mutuelle, la fréquence des soins dentaires est restée identique mais le remboursement moyen par assuré est passé de 41 € en 2023 à 52 € en 2024 en raison de la hausse du ticket modérateur. En outre, la hausse de la prise en charge en collectif des soins courants (transports, analyses biologiques, soins des auxiliaires médicaux) du fait du transfert de charges a fait passer ce poste devant l'optique, en termes de dépenses et le coût de l'hospitalisation a crû de 1 % entre 2023 et 2024 pour les régimes frais de santé portés par Aésio. *« En septembre, Aésio avait déjà fixé ses tarifs pour 2025. Nous n'avons donc pas répercuté les transferts de charge qui avaient été annoncés* [le 10 octobre, NDLR] *dans le PLFSS 2025. C'est pourquoi la contribution exceptionnelle voulue par le gouvernement dans le but de reverser les augmentations de cotisations nous semble particulièrement mal pensée. Nous constatons ainsi que les pouvoirs publics méconnaissent le fonctionnement des complémentaires santé en collectif. Par exemple, ils ignorent le recours à une réserve de stabilité dans les régimes des grandes entreprises où les excédents sont provisionnés en vue de payer les engagements futurs, et donc,* in fine, *reviennent à l'entreprise »*, ajoute Corine Benoît. WTW estime que les assureurs ont appliqué des majorations comprises entre +6 et +10 % au titre de 2025. *« Notre rôle est d'avoir une analyse pointue et actuarielle* a minima *sur les trois dernières années concernant les régimes frais de santé de nos entreprises clientes. Le but est d'être en mesure de partager avec l'assureur nos analyses techniques en lui apportant des données précises et de l'informer des bonnes pratiques mises en place par les entreprises et des comportements responsables de leurs salariés dans la perspective de défendre leurs intérêts »*, relate Noémie Marciano, directrice de l'activité *Health & Benefits* du courtier. Quant à Mercer, le spécialiste du collectif est parvenu à juguler les hausses en santé collective grâce à une dérive à 3,6 % en moyenne en 2024. *« Cette moindre indexation par comparaison au reste du marché s'explique par la structure de notre portefeuille. Par exemple, Mercer a un portefeuille haut de gamme qui a mieux absorbé la hausse du ticket modérateur sur le dentaire parce que l'assiette des régimes était supérieure à la moyenne,* relève Florian Bocognano, responsable actuariat santé & prévoyance de Mercer Marsh Benefits France. *De même, nous avons observé une baisse de la fréquence du poste hospitalisation et une hausse de la consommation des soins des auxiliaires médicaux, probablement parce* >>

All rights reserved

La Tribune de l'assurance

COUNTRY: France
PAGE(S): 26-30
SURFACE: 405 %
FREQUENCY: Monthly

CIRCULATION: 192749
AVE: 21,26 K€
AUTHOR: Geneviève Allaire

► 1 April 2025 - N°311

» *que les hospitalisations et le suivi postopératoire à domicile continuent de croître.* »

LES ARRÊTS LONGS PÈSENT SUR LA PRÉVOYANCE COLLECTIVE

En prévoyance collective, les augmentations de tarifs pour 2025 ont été moindres qu'en santé. Chez Malakoff Humanis, elles ont été comprises, en moyenne, entre 4 et 4,5 % et chez Apicil, elles ont été en moyenne inférieures à 3 %, avec des écarts significatifs en fonction des entreprises et des secteurs d'activité. « *L'indexation portée sur les contrats au titre de 2025 couvre la dérive structurelle des arrêts de travail avec, notamment, la prise en compte des différentes réformes ayant relevé l'âge de départ en retraite* », précise Damien Dumas. Les contrats de prévoyance collective d'Aésio mutuelle se sont vus appliquer en moyenne une hausse de 3 % pour les grandes entreprises et les tarifs sont restés stables pour les petites et moyennes. En 2023 et sur le portefeuille prévoyance collective d'Aésio, les arrêts de travail de longue durée (plus de trente jours) avaient continué à augmenter légèrement et ont été plus longs. Selon une étude de Mercer Marsh Benefits [1] publiée en septembre dernier, le taux d'absentéisme dans les entreprises a été de 4,8 % en 2021, de 5,2 % en 2022 et de 4,8 % en 2023 et un salarié sur trois s'est absenté au moins une fois en 2023 contre quasiment un salarié sur deux en 2022. Les arrêts de courte durée (entre six et quinze jours) ont diminué de 51 % en 2023. L'étude met en avant des arrêts majoritairement liés à la vague de Covid-19 en 2022 pour expliquer la hausse du taux d'absentéisme un an plus tard. Mais la durée moyenne d'un arrêt de travail a été de trente-quatre jours en 2023 versus vingt-six jours en 2022. Par ailleurs, l'étude indique que les femmes sont davantage touchées par l'absentéisme que les hommes (6,5 % d'absentéisme chez les femmes versus 3,5 % chez les hommes). En 2024, la tendance s'est poursuivie. « *Le nombre de personnes ayant eu des arrêts maladie a diminué mais les arrêts de longue durée augmentent, alors que le nombre de personnes passant en invalidité demeure constant. Ce phénomène persiste depuis quelques années. Il semble que l'Assurance maladie – qui déclenche le statut d'invalide – hésite à transformer les risques psychosociaux en invalidité car cela entraînerait une consolidation jusqu'au départ à la retraite* », a observé Florian Bocognano. Dans le portefeuille de Malakoff Humanis, une très forte hausse de l'absentéisme a été enregistrée, plutôt portée par les arrêts courts, pris marginalement en charge par la protection sociale complémentaire puisque les organismes interviennent principalement sur des arrêts longs (au-delà de soixante à quatre-vingt-dix jours, selon les contrats). « *L'an dernier, nous avons constaté une augmentation substantielle des arrêts de travail dans les tranches d'âge jeunes (moins de 35 ans), notamment pour des pathologies d'ordre psychologique. Ce motif devance désormais les troubles musculosquelettiques, ce qui est inquiétant. Les arrêts pour troubles psychologiques représentent toujours 15 % des arrêts maladie et près de 30 % des arrêts sont longs* », note Thomas Colin. Malakoff Humanis a également observé que l'absentéisme avait plutôt tendance à se stabiliser dans les grandes entreprises mais à poursuivre sa hausse dans les TPE et les PME, ce qui fait dire à Thomas Colin que « *les programmes de prévention mis en œuvre dans les grandes entreprises pour lutter contre l'absentéisme permettent à Malakoff Humanis d'obtenir des résultats significatifs* ». Une étude du groupe de protection sociale [2] publiée en avril 2023 avance plusieurs explications à la hausse des arrêts de travail dans les petites entreprises : un recours moindre au télétravail comme alternative aux arrêts maladie, des arrêts maladie prescrits et pris (75 % des arrêts maladie ont été pris en 2023 contre 64 % en 2022 dans ces structures), une érosion de l'engagement des salariés dans ces entreprises et des situations de fragilité (difficultés financières, maladies chroniques, situation d'aidant, situation familiale compliquée, etc.) plus répandues parmi les salariés des petites structures. ■

ZOOM SUR

Alerte sur la santé mentale des salariés

Un baromètre sur la santé mentale des salariés en France* publié le 23 janvier par Qualisocial, cabinet spécialiste de la santé mentale et du bien-être au travail, relève que 25 % des salariés se déclarent en mauvaise santé mentale, un taux stable par rapport à 2024. « *La mauvaise santé mentale des salariés français reste alarmante, sans aucune amélioration par rapport à l'an dernier. Pourtant, on pourrait s'attendre à ce que la résilience s'installe face à une incertitude prolongée. Mais les crises politiques et économiques en France viennent alourdir le fardeau, renforçant l'angoisse face à l'avenir. Dans ce contexte sous tension, les entreprises doivent impérativement agir pour soutenir la santé mentale de leurs collaborateurs* », recommande Camy Puech, président fondateur de Qualisocial. Le manque de confiance dans l'avenir apparaît comme le principal facteur à l'origine de la dégradation de la santé mentale sachant qu'un salarié avec une faible confiance dans l'avenir a quatre fois plus de probabilités d'être en mauvaise santé mentale. Pourtant, moins d'un salarié sur quatre a accès à un plan de prévention complet dans son entreprise et plus d'un salarié sur trois n'a accès à aucune action de prévention. L'étude pointe également une fréquence des actions de prévention très inégales d'une entreprise à l'autre ou d'un secteur à l'autre. Par exemple, 51 % des personnels de l'enseignement, 43 % des salariés du commerce et 41 % des salariés de la construction n'ont accès à aucune action de prévention.

*étude réalisée du 3 au 9 décembre 2024 selon la méthode des quotas sur un échantillon de 3 000 salariés représentatif des secteurs privé et public âgés de 18 ans et plus

Du plomb dans l'aile pour le contrat responsable ?

Rendu public le 24 septembre dernier, un rapport d'information du Sénat sur les « complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français » relève que la principale cause de la hausse des cotisations tient à la progression de la consommation de soins, « *toute évolution des dépenses de santé [appelant] une évolution des prestations et, en miroir, une hausse des cotisations* ». Selon ce rapport, « *alors qu'à l'origine, le contrat solidaire et responsable visait à rendre effectifs les mécanismes de responsabilisation du patient dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le contenu et les objectifs de ce contrat se sont progressivement étoffés, jusqu'à en perdre leur sens : le contrat responsable et solidaire est devenu le vecteur privilégié de l'encadrement réglementaire imposé aux complémentaires santé* ». Parmi les recommandations du rapport, le Sénat propose de « *réformer le cadre du contrat solidaire et responsable afin de mieux adapter la couverture santé complémentaire aux besoins de chaque assuré* ». En septembre, Alain Milon, président de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), a déclaré être favorable à une intervention du législateur dans la perspective de définir les contours d'un contrat de complémentaire santé « de base », que devraient proposer l'ensemble des complémentaires santé, et en fixer le tarif (cf. article p. 31).

[1] Étude de Mercer Marsh Benefits France réalisée à partir des données anonymisées du portefeuille clients de Mercer sur les exercices 2021, 2022 et 2023 sur un échantillon de 450 000 salariés d'entreprises françaises dont 58 % d'hommes et 42 % de femmes.

[2] Édition 2024 du baromètre de l'absentéisme de Malakoff Humanis, étude de perception menée par l'Ifop du 2 au 24 janvier 2024 auprès de 2 488 salariés et de 400 dirigeants d'entreprise ou DRH du secteur privé.

All rights reserved