

REVUE DE MARCHÉ PROTECTION SOCIALE

PRÉVOYANCE, SANTÉ, RETRAITE

PANORAMA DES TENDANCES TECHNIQUES, JURIDIQUES ET POLITIQUES

02 OCTOBRE 2025 - PARIS

CONTEXTE

Le 02 octobre, Bessé a réuni trois intervenants lors d'un déjeuner organisé à l'Automobile Club de France :

- **Aurore Rougeot**, Directrice Bessé Protection Sociale & Avantages ;
- **Frank Wismer**, avocat associé et cofondateur du cabinet Avanty ;
- **Gérald Bronner**, professeur à la Sorbonne, membre de l'académie des technologies et de l'Académie nationale de médecine.

Nous avons eu le plaisir d'organiser la première édition de notre Déjeuner Revue de Marché Protection Sociale. Un moment de réflexion et d'échanges enrichissants avec nos experts, qui a permis aux professionnels des Ressources Humaines présents de prendre du recul face à leurs grands enjeux.





Panorama de l'évolution du marché de la protection sociale depuis cinq ans

Aurore ROUGEOT, Directrice Bessé Protection Sociale & Avantages



Je vous livre un rapide panorama du marché de la protection sociale depuis la crise COVID.

La première tendance qui se dégage est l'accélération de la dérive en frais de Santé. Entre 2014 et 2019 l'augmentation des frais de santé a été en moyenne de 2%. Depuis 2021 il y a eu une accélération très forte portant la dérive autour de 5% en moyenne. Les facteurs de cette dérive sont les suivants :

D'abord le coût des soins et des dispositifs médicaux qui a suivi l'augmentation de l'inflation. Elle a été en moyenne de + 4% entre 2022 et 2024 et se poursuit de façon moindre en 2025. Vient ensuite le changement des habitudes de consommation, les prix augmentent et la fréquence des soins augmente également. Les Français vont davantage chez le médecin et consomment davantage de médicaments. Cette tendance suit le vieillissement de la population. Selon l'INSEE, en 2050 près d'un français sur trois aura plus de 60 ans contre un français sur cinq en 2025. Plus la population avance en âge, plus elle consomme en frais de santé. Enfin, les évolutions réglementaires aggravent elles aussi la dérive. Leur impact est très significatif sur les contrats de complémentaires, ils expliquent plus de 50% de la dérive en frais de santé. Cela inclut la hausse des bases de remboursement des consultations de médecins généralistes et de spécialistes, l'augmentation du ticket modérateur ou encore la prise en charge intégrale des fauteuils roulants.

Une deuxième tendance notable réside dans l'augmentation de l'absentéisme, plus de 41% depuis 2019. En 2024 le taux s'élevait à 4,4% soit + 13% en 2023. Le taux de prévalence est également à la hausse : 34% des salariés ont été en arrêt de travail au moins une journée en 2024. La durée moyenne des arrêts de travail augmente également : elle est passée entre 2023 et 2024 de 21 à 24 jours.

L'absentéisme des cadres est particulièrement notable. Il a progressé de 50% depuis 2019. L'écart se creuse entre l'absentéisme des femmes et celui des hommes, tandis qu'au sein des jeunes salariés de moins de 30 ans l'absentéisme augmente tout particulièrement dans la catégorie des arrêts de longue durée. Le nombre de bénéficiaires de contrats prévoyance qui ont eu au moins une journée indemnisée augmente fortement. Au titre des principales causes de l'absentéisme, les troubles psychologiques depuis trois ans sont passés au premier rang en France devant les TMS. Par ailleurs, il faut mentionner le vieillissement de la population active, étant entendu qu'un salarié vieillissant a tendance à consommer davantage de frais de santé et est plus souvent en arrêt de travail.

S'agissant des porteurs de risques, les dérives en Santé s'inscrivent dans un contexte qui est structurellement déficitaire pour les contrats collectifs. Jusqu'en 2023 le déficit sur le marché des contrats collectifs était compensé par les bénéfices tirés des contrats individuels. En 2023 le marché est devenu déficitaire au global. C'est évidemment un sujet de tension pour les porteurs de risques. Par ailleurs, il apparaît que les modèles de prévisions des porteurs de risques sont obsolètes comme l'illustre en 2024 une moyenne des prévisions réalisées par les assureurs. Courant 2023, les prévisions anticipaient une dérive de 7,6%. En cours d'année ces prévisions ont été revues et ramenées à 6,9%. Or la dérive réelle constatée en 2025 s'élève à 5,7%, soit près de deux points de moins que celle anticipée en 2023, l'impact de ces 2 points est considérable sur le portefeuille d'un assureur. Les tarifs ont suivi la dérive et les taux d'indexation ont fortement progressé. Depuis 2022 les taux d'indexation s'installent à des niveaux beaucoup plus élevés que par le passé atteignant 6%, voire 8,1%. Pour 2026 les taux d'indexation annoncés en septembre par les assureurs sont compris en moyenne entre 4,5% et 5% en santé, et 5% en prévoyance.

Les porteurs de risques par nature prudents dans un contexte de certitudes et d'incertitudes. Pour les certitudes, on peut évoquer le vieillissement de la population, la poursuite des transferts de charges (depuis la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires) compte tenu des déficits des régimes de base qui continuent à se creuser (22 milliards d'euros en 2025).

Autre certitude, le coût croissant des innovations médicales. Le coût de l'immunothérapie en oncologie par exemple est de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers d'euros par patient et par an. Par ailleurs, les attentes des salariés ont sensiblement évolué. En 2021, interrogés sur leurs attentes vis-à-vis de l'entreprise, ils étaient 90% à déclarer qu'ils attendaient que leur entreprise s'occupe de leur bien-être. Le CARE est devenu un sujet d'entreprise. Des sujets longtemps cantonnés à la sphère privée s'introduisent dans le domaine professionnel et de l'entreprise. L'ANDRH, dont nous sommes partenaire, a lancé une campagne de sensibilisation auprès de ses adhérents, sur le rôle de l'entreprise en matière de violences faites aux femmes. Un sujet qui jusqu'à cette date n'était pas visible dans le monde de l'entreprise. À cela s'ajoutent aussi plusieurs incertitudes. Première incertitude, l'ampleur et la date des transferts de charges. Il y a peu, la CNAM a proposé de transférer trois milliards d'euros de charges supplémentaires d'ici à 2030 vers les assureurs complémentaires. Cette mesure est au stade de la proposition mais nous savons que le PLFSS du précédent gouvernement Bayrou incluait des transferts de charges.

Le rapport au travail des jeunes générations, dont l'absentéisme augmente, est une autre source d'incertitude. Enfin, il convient de mentionner l'instabilité politique.

Dans ce contexte, j'ai conscience de livrer un panorama un peu négatif fait de dérives, d'incertitudes, et de complexité. De quels leviers les entreprises disposent-elles ? Avant tout, il s'agit pour les entreprises de ne pas subir et d'avoir les moyens de prendre des décisions éclairées. Nous disposons de nombreuses données qui permettent de réaliser des analyses propres à chaque entreprise,

de faire des simulations et d'anticiper les évolutions. Dans un environnement très réglementé, il est essentiel d'anticiper les risques juridiques de tous ordres (fiscaux, sociaux, etc.). Quels que soient les objectifs de l'entreprise, il convient surtout de bien les définir et d'appréhender les différents leviers actionnables pour les atteindre en mesurant l'impact budgétaire : la révision et l'adaptation des garanties, la contribution employeur, les structures de cotisation...

Pour répondre aux enjeux de rétention des collaborateurs et d'attractivité de la marque employeur, il convient d'aborder ces sujets en ayant une vision des pratiques des employeurs sur le marché. C'est pourquoi nous réalisons tous les ans un benchmark santé auprès d'un panel d'entreprises clients ou non clientes de Bessé, dont vous retrouverez le bilan [ici](#).

Enfin, le dernier levier réside dans la prévention et l'accompagnement. C'est à la fois un moyen de répondre aux attentes des salariés et de contenir les dérives des coûts. Parmi les actions de prévention mises à la disposition des entreprises par les principaux acteurs du marché, on peut citer les bilans de santé, les campagnes contre les addictions ou encore l'accompagnement des aidants. En 2030, un salarié sur quatre sera en posture d'aidant. Un salarié aidant c'est un salarié souvent épuisé, avec un risque accru d'absentéisme. Des dispositifs d'accompagnement de ces salariés aidants peuvent être déployés. Enfin, il ne suffit pas de mettre en place des dispositifs, il faut les valoriser auprès des salariés. Nous constatons en effet souvent que même si l'entreprise a déployé des actions de prévention et mis des services à disposition des salariés, ces services restent peu ou pas utilisés. Il est donc essentiel de communiquer régulièrement et de valoriser ces avantages auprès des salariés.



Actualités juridiques et réglementaires

Frank WISMER, avocat associé et cofondateur du cabinet Avanty

“

J'aimerais aborder quelques sujets qui me paraissent significatifs. S'agissant de l'arrêt de travail d'abord, il est intéressant de relever la tension interne entre l'Assurance maladie et l'Assurance vieillesse, notamment sur les seniors. L'enjeu est de savoir où placer le passif : côté assurance vieillesse ou bien côté assurance maladie ? Nous le verrons avec le cas de la retraite progressive. L'AM produit des rapports chaque année et propose une série de mesures qu'elle soumet aux pouvoirs publics. Certaines, assez dures, ont été évoquées par le précédent Premier ministre. Ainsi celle visant à porter la carence des IJSS de quatre jours à sept jours. Cela pose aussitôt la question de savoir qui paie les trois jours de différence ? Il y a deux options : soit il est admis que personne ne paie et les salariés en conséquence voient leurs droits sociaux dégradés. Il n'est pas certain que le moment politique et social soit propice à cette mesure. Soit ce sont les entreprises qui paient et assurent l'écart dans leur dispositif de maintien des salaires. Il reste à savoir si les entreprises ont la capacité de le faire. Face à ces choix, les pouvoirs publics adoptent une approche de menuisier et donnent des coups de rabots. L'effet ne se voit pas immédiatement mais avec le recul on mesure les nombreuses évolutions.

Une des évolutions est celle de plafonnement des IJSS. Cela consiste à poser que les IJSS sont calculées sur la base du salaire de référence à hauteur de 50% mais il s'agit du salaire journalier de référence dans la limite de 1,8 fois le SMIC et depuis le 1^{er} avril de 1,4 fois le SMIC. Nous avons connu plusieurs barèmes dans le passé : 50% du plafond, 50% de 1,6 fois le SMIC, puis 1,8 fois. Maintenant cela reviendrait à 1,4 fois le SMIC. Cela peut sembler faible à première vue mais tous les professionnels du courtage dont les équipes Bessé savent que l'écart est significatif.

Cela accroît la partie du maintien de salaire des IJC (indemnité journalière de complémentaire) dans des proportions très significatives, ce décalage concernant un salarié sur deux. De plus, rien n'interdit de penser que le passage à 1,4 Smic aujourd'hui ne soit pas revu pour être 1,3 ou 1,2 demain. Cette évolution significative a un poids immédiat.

Autre évolution qui concerne les services RH, la contre-visite patronale est désormais régie par un texte réglementaire depuis juillet 2024. Le constat d'un arrêt non justifié ne peut conduire qu'à une interruption de l'obligation de maintien de salaire sans que l'employeur ne puisse en déduire un motif disciplinaire. Sur ce dernier point qui paraît fondé sur une jurisprudence constante, on relèvera un arrêt « JC Decaux » du 12 mars 2025, dans lequel la Cour de cassation a refusé l'accès à une question prioritaire de constitutionnalité que l'employeur entendait soulever en considérant qu'il ne disposait pas d'un recours effectif lorsqu'un salarié transmettait un arrêt de travail pour motif professionnel après qu'il ait été convoqué à un entretien préalable. Cette réponse soulève bien des questions sur le sens que la Haute juridiction entend lui donner, notamment sur le point de savoir s'il s'agit d'une évolution de sa jurisprudence en permettant de conférer à la contre-visite patronale une portée qui ne se limiterait plus au seul maintien de salaire.

Reste qu'en matière de contre-visite patronale, l'employeur peut désigner le médecin de son choix et enclencher des contrôles inopinés. Une loi votée disposait que quand un médecin diligenté par l'employeur constate que l'arrêt de travail n'est pas justifié il en informe l'employeur et la CPAM. La CPAM a trois options : suspension de la IJSS, enclenchement d'un contrôle par un médecin-conseil, pas d'action.

Souvent la CPAM ne fait rien. L'idée de ce texte visait à dire que si le médecin de l'employeur envoie un avis d'arrêt de travail non justifié cela obligeait l'Assurance maladie à suspendre les IJSS. Cette loi votée a finalement été retirée par le Conseil constitutionnel, il n'est pas sûr qu'elle revienne.

Par ailleurs, en tant que professionnels RH, vous n'avez pas manqué l'actualité jurisprudentielle de 2023 et son dernier rebond le 10 septembre dernier. Comme nous appliquons la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne inscrits dans le traité de Lisbonne de 2009, l'arrêt de travail vie privée est du temps de travail effectif pour le calcul des congés payés. Le 10 septembre la Cour de cassation a tranché en faveur d'un effet boule de neige. Autrement dit, quand un salarié part en congé et tombe malade deux jours plus tard et se place en arrêt de travail, la question est de savoir que devient cet arrêt de travail au regard des congés payés du salarié. La Cour de cassation estime que le congé payé prévu est suspendu pendant l'arrêt maladie et que l'arrêt de travail génère lui-même des congés payés. Il reste à savoir à quelle vitesse cette jurisprudence va s'appliquer effectivement et si cela aura un effet sur l'arrêt de travail de commodité ou de complaisance.

Mais plus largement, il reste la question de savoir si cette jurisprudence doit se cantonner aux seuls congés payés ou si l'arrêt de travail est, de façon générale, dans l'esprit des Hauts magistrats, assimilé du travail effectif. Cette question a de très nombreuses applications. On pense par exemple à la répartition de l'intéressement et de la participation lorsqu'il est pris en compte le critère du temps de présence.

Je reviens enfin au match entre Assurance maladie et Assurance vieillesse. Je rappelle le dispositif de retraite progressive qui consiste pour un salarié sénior de liquider sa pension de vieillesse, sécurité sociale et Agirc Arco de façon proratisée tout en étant en situation de travail à temps partiel.

L'avantage est que les cotisations d'assurance vieillesse et Agirc Arco sont contributives et le jour où le salarié cesse son activité il a un double avantage : les rentes et pensions sont réajustées à plein et sont augmentées des droits issus des cotisations versées entre temps. Il est même possible de cotiser sur une base pleine et si l'employeur décide de prendre en charge la part salariale des cotisations sur la partie non travaillée, cela ne constitue pas un avantage en nature assujéti à charges sociales. Sur ce point, la Cour des comptes a considéré que ce système commençait à avoir trop de succès et préconisé de décaler dans le temps l'âge de retraite progressive car cela coûte trop cher. Les pouvoirs publics ont fait exactement l'inverse et ont ramené l'ouverture de la retraite progressive de 62 à 60 ans. Cela montre que l'Assurance maladie a pesé dans ce sens car elle a bien vu l'utilité de la retraite progressive dans la gestion des arrêts de travail. La problématique des salariés seniors est la suivante : ils peuvent être fatigués, ils peuvent avoir besoin de moments de vie disponibles pour mener des projets personnels ou s'occuper de la famille, etc. Ils peuvent connaître de la démotivation. D'aucuns parlent de prévoyance pré-retraite. Il a, en effet, été observé que la retraite progressive réduisait la survenance d'arrêt de travail de moyenne et longue durée mais aussi générerait une meilleure productivité des intéressés.

Un autre sujet important est celui des salariés-aidants qui représenteront un salarié sur quatre en 2030. Il s'agit d'un phénomène sociologique, financier, social, juridique, d'ampleur. Il apparaît qu'un salarié aidant n'en parle pas dans l'entreprise. Il est en quelque sorte un clandestin de sa propre situation. Il va finir par s'épuiser dans cette situation, ce qui débouchera soit sur un vrai arrêt de travail, soit sur un arrêt de travail de commodité.

C'est pénalisant tant pour l'entreprise qui finalement perd temporairement un salarié, alors que ce dernier se place en contravention avec la Sécurité sociale et le régime de prévoyance. En conséquence, il convient d'aborder le cas des salariés aidants à plusieurs niveaux.

Pourquoi ne pas financer un dispositif de type gare de triage dans lequel tous les dispositifs existants (légaux, de sécurité sociale et autres) sont expliqués au salarié. Un tel dispositif peut faire l'objet d'une communication dans l'entreprise. Les managers y seraient sensibilisés et les salariés ne seraient plus dans une situation de confidentialité absolue sur ces sujets.

Il existe peut-être des solutions plus ambitieuses. Je travaille actuellement à un produit d'assurance de tiers aidant pour un salarié qui basculerait en temps partiel. Pendant son temps de travail, un tiers aidant est financé. Ce sujet massif sera de nouveau d'actualité en 2027. Des solutions de financement existent, tels que le HDS (haut degré de solidarité). S'agissant des perspectives et des mesures qui sont en cours de préparation. Citons la généralisation de la prévoyance d'abord. Trois semaines avant la dissolution, une députée avait prévu de généraliser la prévoyance à tous les employeurs. Cette députée était notre actuelle ministre du travail démissionnaire, un autre député a redéposé cette proposition de loi. Elle prévoit l'obligation pour tous les employeurs de contribuer à un financement minimal en matière de prévoyance, c'est une nouvelle version du 1.50 tranche 1 que vous connaissez. Je précise que 85% des salariés sont dotés d'une prévoyance. Si elle est adoptée, cette loi modifiera probablement l'organisation des modes de financement de la prévoyance.

Enfin, deux sujets reviendront probablement. D'abord celui de la grande Sécurité sociale. Cela illustre l'ambivalence des débats avec d'un côté ceux qui préconisent le relais de la Sécurité sociale par le système privé et, de l'autre, ceux qui pensent qu'une voie de passage existe pour accroître la place de la Sécurité sociale. Enfin, le contrat de responsable de prévoyance consiste à imposer pour trois ans un dispositif assorti d'exonérations fiscales et sociales le contrat responsable de prévoyance. Cela a été proposé par l'Assurance maladie. L'idée est de fixer un cahier des charges avec une atteinte au portefeuille et des exonérations de charges et d'impôts et puis de changer les règles tous les deux ans et de réaliser le transfert depuis la Sécurité sociale vers le contrat de prévoyance. Cela fonctionne bien à ce jour sur les frais de santé. Nous sommes très vigilants sur ces trois sujets qui selon nous pourraient aboutir.

La généralisation de la prévoyance inclut-elle les fonctionnaires ?

La réponse est non. Cela porte uniquement sur les salariés de droit privé. Par ailleurs, la question de la protection sociale réglementaire dite obligatoire des fonctionnaires d'État, de la Fonction publique hospitalière et des collectivités territoriales est en cours mais ces deux systèmes se construisent parallèlement.