



L'édito du Secrétaire Général  
**Bruno GASPARINI**

N° 32-2025 – 13 novembre 2025

## Sommaire

### Edito du SG

Managers et Cadres  
Dirigeants de la Sécu : il est  
temps de dire STOP !  
P.1

### Management dans les CCN

Entre centralisation et  
injonctions paradoxales, un  
management à bout de  
souffle  
P.2

### Les trois réformes de l'arrêt de travail qui inquiètent la France :

les malades et les médecins  
en première ligne  
P.5

### Les dépassement honoraires

Les dépassements  
d'honoraires explosent :  
quand la liberté tarifaire met  
en péril l'égalité des soins  
P.9

### Baromètre Santé au travail AG2R LA MONDIALE

Comment vont les actifs en  
2025  
P.12

### Autonomie

Perte d'autonomie : trois  
quarts des français  
préféreraient rester à  
domicile en cas de perte  
d'autonomie  
P.13

## MANAGERS ET CADRES DIRIGEANTS DE LA SÉCU : IL EST TEMPS DE DIRE STOP !

Combien de réorganisations imposées sans concertation, de coupes budgétaires, rebaptisées en « rationalisation », ou de transformations numériques précipitées devons-nous subir avant de dire « ouf » ?

Les managers et cadres dirigeants de nos organismes sociaux sont que trop des variables d'ajustement que l'on traite comme des exécutants corvéables, sommés d'appliquer des directives venues d'en haut sans avoir la possibilité d'évaluer les conditions de réussites locales.

**La réalité du terrain :** les cadres croulent sous les injonctions contradictoires : digitalisez, mais maintenez l'humain ; innovez, mais réduisez les coûts ; responsabilisez vos équipes, mais appliquez des process fixes. Cette schizophrénie organisationnelle nous épuise et discrédite notre autorité managériale auprès de nos collègues de travail.

Et que dire de la **reconnaissance financière** ? Alors que nos tutelles refusent obstinément de revaloriser la valeur du point, alors que les nouvelles classifications des emplois ne répondent qu'en partie (minime) aux besoins, on nous demande toujours plus. Pendant ce temps, les enveloppes budgétaires se réduisent, les RMPP se contractent, mais les exigences de performance demeurent.

Comment peut-on piloter des transitions majeures – climatiques, numériques, organisationnelles – quand on nous retire les conditions indispensables à leur réussite ?

Les cadres dirigeants et managers de la Sécurité sociale doivent exiger ce qui devrait être une évidence : le **droit de participer réellement** aux décisions qui impactent leur travail et celui de leurs équipes. Pas des pseudo-consultations, mais un dialogue structuré sur la qualité du travail, une reconnaissance de notre expertise terrain.

**Le SNFOCOS porte ce niveau d'exigence avec détermination.** Nous refusons la fatalité d'un management par l'épuisement et la dévalorisation. Nous exigeons que les agents de direction, praticiens conseils, pharmaciens conseils et cadres soient reconnus comme ce qu'ils sont : les **pilliers indispensables** d'un service public d'excellence.

Les réformes qui s'annoncent ne passeront pas sans nous. La Sécurité sociale mérite des cadres respectés et écoutés.

**L'heure n'est plus aux plaintes, mais à l'action collective.** Rejoignez le SNFOCOS, premier syndicat des cadres de la Sécurité sociale.

# I MANAGEMENT DANS LES CCN

## ENTRE CENTRALISATION ET INJONCTIONS PARADOXALES, UN MANAGEMENT À BOUT DE SOUFFLE

### Réformes : pourquoi les cadres de la Sécurité sociale risquent l'essoufflement

Dans un contexte de réformes incessantes, de digitalisation accélérée et de contraintes budgétaires croissantes, les agents de direction et les managers de la Sécurité sociale peinent à mobiliser l'intelligence collective de leurs équipes. Héritage d'un modèle centralisé et d'un dialogue social théorique, le secteur fait face à un malaise managérial qui menace sa capacité d'adaptation.

### Le paradoxe à la Sécurité sociale : participation théorique contre réalité centralisée

Les enquêtes sur les conditions de travail à la sécu, comme celles menées au niveau européen, mettent en lumière un retard français persistant en matière de participation directe des agents aux décisions qui les concernent. Alors que des secteurs comme l'industrie allemande ou les services scandinaves intègrent l'autonomie réelle et le dialogue sur la qualité du travail dans leurs pratiques quotidiennes, la Sécurité sociale reste prisonnière d'un paradoxe : un cadre légal riche en instances représentatives, mais des pratiques managériales qui confinent souvent les initiatives locales.

Ce décalage devient critique à l'heure où le secteur doit absorber des transformations radicales. Numérisation des services (dossiers patients en ligne, télémédecine), transition écologique des infrastructures publiques, réformes réglementaires (retraites, santé universelle) : jamais les organismes de la Sécurité sociale n'ont eu autant besoin de mobiliser l'intelligence collective des agents. Or, c'est précisément cette ressource que le modèle des CCN Ucanss peine à activer pleinement.

Il y a une schizophrénie dans la gestion de la Sécu. On prône l'agilité et la responsabilisation, mais les cadres supérieurs restent parmi les moins consultés d'Europe sur les décisions stratégiques, malgré un dialogue social institutionnalisé. Cette hypocrisie managériale engendre une **perte de sens profonde**, particulièrement chez les agents de direction et cadres supérieurs et intermédiaires, coincés entre des directives nationales rigides et l'attente d'innovation au niveau local.

### Quand les contraintes budgétaires ont érodé le management public

Le malaise ne date pas d'hier. Depuis les années 1990, avec la financiarisation des comptes publics et les successives cures d'austérité, le management dans la Sécurité sociale s'est réduit à une fonction de contrôle budgétaire et d'optimisation des coûts, éloignant les cadres du travail réel des agents. Les outils administratifs, de plus en plus complexes (logiciels de gestion, tableaux de bord RH), ont paradoxalement alimenté ce que l'on appelle le **"bullshit management"** : une prolifération de procédures sans impact concret qui discrédite l'autorité des directions et épuise les équipes.

# MANAGEMENT DANS LES CCN

## Les symptômes de la crise dans la CCN Ucanss :

- **Austérité chronique** : le management focalisé sur la réduction des déficits, au détriment du travail opérationnel quotidien ;
- **Inflation des procédures** : des outils administratifs sans substance qui minent la légitimité des cadres supérieurs ;
- **Conflit de valeurs** : les directions doivent incarner service public et équité sociale, tout en appliquant des coupes budgétaires imposées ;
- **Surcharge chronique** : les cadres intermédiaires deviennent des goulots d'étranglement, multipliant les responsabilités sans marge de manœuvre.

Conséquences : les agents de direction et cadres, censés relayer les réformes nationales, sont devenus des **intermédiaires sous tension**. Surchargés, privés d'autonomie réelle face aux directives centralisées, ils peinent à faire adhérer leurs équipes à des changements qu'ils n'ont pas co-élaborés.

## Un sommet de la pyramide managériale pris dans l'isolement

Ils opèrent souvent **isolés**, sans pairs de confiance ni espaces d'échange collectifs, malgré les formations continues.

## Les réformes, un révélateur des fragilités du modèle Ucanss

Les transformations que traverse la Sécurité sociale, **numérisation, transition écologique, réformes sociales**, agissent comme un révélateur des faiblesses organisationnelles. Elles partagent un trait commun : **elles impactent d'abord les agents et usagers les plus vulnérables**, génèrent de l'incertitude et redistribuent les compétences.

Pour être socialement acceptables, ces réformes exigent :

1. Une **participation réelle** des parties prenantes : directions, cadres, représentants syndicaux, experts, ... ;
2. Des **ressources dédiées** : formations, budgets pour l'accompagnement, outils numériques adaptés.

Pourtant, le modèle centralisé de la Sécurité sociale est **mal armé**. Héritier d'une bureaucratie étatique, marqué par le taylorisme administratif et les logiques de contrôle budgétaire, il peine à adopter des pratiques participatives qui décentralisent le pouvoir.

## L'urgence d'un management juste pour la Sécu

Les réformes actuelles ne sont pas seulement techniques ou budgétaires : ce sont des **défis organisationnels et managériaux**. Maintenir la cohésion, le sens, la participation et l'apprentissage collectif sera le **levier de résilience** face aux défis démographiques et sociétaux, en comparaison avec d'autres systèmes publics européens plus décentralisés.

# | MANAGEMENT DANS LES CCN

Pour les agents de direction et cadres supérieurs et intermédiaires de la Sécurité sociale, le choix est clair : piloter de manière descendante et centralisée, même modernisée, mène à l'échec (résistances, burn-out, inefficacité des réformes). Investir dans la participation réelle, le dialogue terrain et la formation adaptée, c'est bâtir un service public **juste socialement et efficace opérationnellement**.

Le malaise des cadres de la Sécu n'est pas inévitable. C'est le signe d'un modèle CCN Ucaanss obsolète. Le chantier est vaste, l'urgence impérieuse. Dans un secteur vital pour la cohésion nationale, mobiliser l'intelligence collective des agents sera l'avantage décisif. Les autres resteront englués dans leurs rigidités.

**Sources :** <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2012-45-page-251.htm?ref=doi>

# I LES TROIS RÉFORMES DE L'ARRÊT DE TRAVAIL QUI INQUIÈTENT LA FRANCE

## LES MALADES ET LES MÉDECINS EN PREMIÈRE LIGNE

L'État prépare une restructuration majeure des indemnités journalières et de la gestion des arrêts de travail. Entre réduction des revenus, compression des durées et suppression silencieuse de protections, ces mesures dessinent un tableau peu réjouissant pour les patients, les médecins et les employeurs qui doivent financer la transition.

### Une explosion des dépenses : le diagnostic qui justifie tout

Entre 2019 et 2023, les dépenses liées aux arrêts de travail ont augmenté de **6% par an**, contre **3%** entre 2010 et 2019. Cette accélération de 28% en quatre ans a déclenché l'alarme gouvernementale. Le diagnostic est mi-chiffre, mi-culpabilisation : 60% de cette hausse s'explique par des facteurs économiques et démographiques, mais 40% seraient dus à une « augmentation réelle du nombre et de la durée des arrêts ». C'est sur cette dernière portion que le gouvernement entend appuyer.

En parallèle, la fraude détectée a explosé : de 17 millions d'euros en 2023 à **42 millions en 2024**, une multiplication par 2,5 qui a achevé de persuader les décideurs que le système avait besoin d'une cure de choc.

### La première réforme : enfoncer le clou dans le portefeuille des malades

Depuis le **1er avril 2025**, le plafond de calcul des indemnités journalières (IJSS) a baissé de **1,8 à 1,4 fois le SMIC mensuel**. En euros concrets, ce passage de 3 243,24 à 2 522,52 euros bruts mensuels représente une **réduction d'environ 20%**.

Pour un salarié gagnant 3 000 euros bruts par mois, la différence est brutale : avant la réforme, il recevait 49,31 euros par jour en arrêt ; après, ce montant tombe à 41,47 euros, soit une perte de **7,84 euros quotidiens**. À l'échelle d'une maladie de trois semaines, cela représente plus de 200 euros d'économies pour l'Assurance maladie, mais autant de perte pour le malade.

Les bas salaires trinquent d'une manière particulièrement féroce. Un salarié gagnant 2 000 euros bruts perd proportionnellement davantage que celui touchant 5 000 euros. C'est précisément sur ce point que la CFTC dénonce une mesure qui « **pénalise les plus vulnérables sur le marché de l'emploi** » et risque d'« appauvrissement des personnes malades ».

L'équilibre comptable du gouvernement comporte néanmoins une faille majeure : tandis que l'Assurance maladie économise **600 millions d'euros par an**, les employeurs doivent compenser. Les conventions collectives obligent le maintien de **90% du salaire** pendant les 30 premiers jours d'arrêt. Avec les IJSS réduites, les entreprises versent des indemnités supplémentaires plus importantes, générant un surcoût de **800 millions d'euros par an**.

Bilan : l'État gagne 600 millions, les salariés perdent globalement 200 millions (600 - 800 de surcoûts patronaux qui ne reviennent pas aux salariés). C'est un jeu à somme négative dont personne n'était informé.

# I LES TROIS RÉFORMES DE L'ARRÊT DE TRAVAIL QUI INQUIÈTENT LA FRANCE

## La deuxième réforme : valoriser le contrôle médical, imposer le rythme

À partir du **1er septembre 2026**, les praticiens ne pourront plus prescrire des arrêts initiaux sans limite. Le système devient une dictature du calendrier médical :

- **15 jours maximum** pour les prescriptions en cabinet de ville
- **30 jours maximum** pour les prescriptions hospitalières
- **Renouvellements limités à 2 mois** par période

Certes, une dérogation existe pour les cas « médicalement justifiés », mais elle doit être motivée selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. C'est dire que le médecin devient responsable de justifier l'injustifiable administrativement.

Cette réforme repose sur un chiffre qui fascine les décideurs : les arrêts de plus de 6 mois représentent **6% du total des arrêts mais 45% de la dépense**. Combattre ces arrêts longs devient donc une priorité de maîtrise budgétaire.

Le gouvernement voit là une **meilleure mobilisation médicale** et une prévention de la « désinsertion professionnelle ». Les ministères parlent d'« obligation de revoir le médecin régulièrement plutôt que de rester en arrêt passif ». Traduction : plus de visites médicales, plus de justifications, plus d'intrusion administrative dans le cabinet.

Mais le prix est élevé pour les patients : un repos insuffisant peut **prolonger la pathologie**, la nécessité de consulter plus souvent génère du stress et ralentit la récupération. Pour les médecins, la charge de travail explose (plus de consultations, plus de justifications à rédiger) et la responsabilité juridique en cas de dérogation devient redoutable.

Pour les **patients chroniques graves** – fibromyalgie, syndromes post-Covid sévères, certaines formes de dépression majeure – cette architecture est pratiquement inexploitable. Limiter à 15-30 jours un arrêt pour une affection durable ne fait que repousser la date du problème.

## La troisième réforme : la suppression silencieuse des ALD non-exonérantes

La plus radicale des trois mesures reste la plus discrète. Le gouvernement prépare la suppression des **Affections Longue Durée (ALD) non-exonérantes**.

Petite clarification pour les non-initiés : il existe deux types d'ALD. Les exonérantes ouvrent droit à 100% de remboursement (diabète, cancer traité, insuffisance cardiaque) et touchent environ 14 millions de patients. Les non-exonérantes ne donnent pas accès à l'exonération du ticket modérateur, mais ouvrent droit à **arrêts de travail de plus de 6 mois** et à **indemnités journalières déplafonnées**.

Le problème gouvernemental : ces non-exonérantes sont **3 fois plus nombreuses** que les exonérantes et coûtent **3,17 milliards d'euros** en 2023, avec une croissance annuelle de **6,4%**, contre 0,9% pour les exonérantes.

# LES TROIS RÉFORMES DE L'ARRÊT DE TRAVAIL QUI INQUIÈTENT LA FRANCE

Si cette suppression advient, les patients actuellement en ALD non-exonérante basculeraient sous le régime commun des arrêts : 15-30 jours maxi, puis renouvellements limités à 2 mois. Pour quelqu'un souffrant d'une affection chronique stabilisée mais invalidante, c'est l'impossibilité légale de rester en arrêt au-delà.

L'impact financier semble rêvé : réductions majeures des dépenses plus **883 millions d'euros de recettes fiscales supplémentaires** issus de l'imposition des indemnités journalières. Mais le coût humain est monstrueux : les patients risquent de **basculer en invalidité** – un système encore plus coûteux – ou de perdre leur emploi.

## Lutte contre la fraude : une arme à double tranchant

Le gouvernement ne se contente pas de réduire, il veut aussi tracer. Depuis le **1er juillet 2025**, le formulaire Cerfa pour les arrêts de travail est devenu « sécurisé ». Impression spéciale, bandes orange fluo détectables en cas de photocopie, protection contre la falsification par l'IA.

La fraude détectée justifie cette paranoïa, mais elle cache une logique : l'État veut imposer des **motifs médicaux obligatoires** sur chaque avis d'arrêt, donnant au système la faculté de cibler, de mesurer, de contrôler chaque prescription.

Ce n'est pas illégitime – 42 millions de fraude en 2024, c'est tangible. Mais pour les médecins honnêtes, l'effet psychologique sera celui d'une **suspicion systématique**, et pour les patients, celui d'une **défiance accrue** envers leur propre médecin.

## Le calendrier qui ébranle le système

| Mesure                                         | Entrée en vigueur  |
|------------------------------------------------|--------------------|
| Baisse IJSS (1,8 → 1,4 SMIC)                   | 1er avril 2025     |
| Formulaire Cerfa sécurisé                      | 1er juillet 2025   |
| Limitation durée primo-prescriptions (15/30 j) | 1er septembre 2026 |
| Suppression ALD non-exonérantes                | À définir          |

## Qui gagne, qui perd ? L'arithmétique perverse

Pour les **salariés malades**, c'est un quadruple coup : revenus réduits de 20%, durées limitées, visites médicales obligatoires plus fréquentes, et pour les patients chroniques, suppression de protections existantes.

Pour les **médecins généralistes**, c'est une augmentation de la charge administrative, une responsabilité juridique accrue, et une pression implicite pour ne pas justifier les dérogations.

Pour les **employeurs**, le bilan net est paradoxalement négatif : ils économisent certes via les réductions d'IJSS (-600 M€), mais doivent compenser avec des indemnités additionnelles (+800 M€). **Résultat : +200 millions d'euros de charge nette.**

# I LES TROIS RÉFORMES DE L'ARRÊT DE TRAVAIL QUI INQUIÈTENT LA FRANCE

Pour les **finances publiques**, c'est un succès apparent : 600 millions d'économies sur les IJSS, plus les gains de lutte contre la fraude, plus l'imposition nouvelle sur les indemnités ALD (883 M€).

## Le débat du choix politique

Ces réformes incarnent un choix politique clair : réduire les revenus pendant la maladie plutôt que **d'investir dans la prévention** ou de **cibler uniquement la fraude réelle**. C'est une philosophie : si vous êtes malade, vous êtes un coût, donc vous devez souffrir un peu économiquement pour vous rappeler l'importance de ne pas l'être.

Les syndicats (CFTC, CGT, Force Ouvrière) dénoncent cette logique qui « tape sur les malades plutôt que sur les causes » de l'augmentation des dépenses. Les médecins craignent une **responsabilité juridique démesurée**. Les patients chroniques contemplent l'appauvrissement.

Le gouvernement, lui, voit une **efficacité budgétaire** et une « responsabilisation » des acteurs du système.

## Ce qui manque : une réforme équilibrée

Pour atteindre les objectifs de maîtrise sans sabrer les revenus des malades, il faudrait :

1. **Protéger les bas revenus** : maintenir 1,8 SMIC pour les salariés gagnant moins de 1,5 × SMIC
2. **Adapter par pathologie** : dérogations automatiques pour les affections graves, sans justification byzantine
3. **Soutenir les médecins** : simplifier les justifications plutôt que de les multiplier
4. **Vraie prévention** : investir dans l'amélioration des conditions de travail, pas de réduction comptable
5. **Fraude ciblée** : oui, mais sur les 42 millions détectés, pas en menaçant le système médical entier

## Conclusion : une réforme qui fait économies aux mauvais endroits

Ces trois réformes – baisse des IJSS, limitation des durées, suppression des ALD non-exonérantes – répondent à un vrai problème : l'explosion des dépenses de 6% par an. Elles économisent **600 millions à l'État** sur les IJSS, plus les gains de lutte antifraude, plus les nouvelles recettes fiscales.

Mais elles le font en **sacrifiant les patients les plus vulnérables**, en imposant une charge administrative explosive aux médecins, en coûtant finalement **200 millions nets supplémentaires aux employeurs**, et en risquant de créer une génération d'invalides ou de sans-emplois parmi les malades chroniques.

C'est une réforme d'une brutalité comptable rarement vue : elle gagne en euros ce qu'elle perd en humanité. Et elle se déploie dans un silence administratif assourdissant, en attendant que les syndicats et les médecins la mettent en lumière publiquement.

# I DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

## LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES EXPLOSENT : QUAND LA LIBERTÉ TARIFAIRE MET EN PÉRIL L'ÉGALITÉ DES SOINS.

### Une envolée préoccupante qui remet en cause les fondements du système de santé français

Le système de santé français fait face à une dérive tarifaire sans précédent. Selon le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) publié ce jeudi 2 octobre, les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes ont atteint **4,3 milliards d'euros en 2024**, soit une progression de 5% par an en valeur réelle depuis 2019. Cette dynamique inquiétante témoigne d'une mutation profonde du paysage médical français, où la liberté tarifaire tend progressivement à supplanter l'égalité d'accès aux soins.

### Le secteur 2 devient la norme chez les jeunes médecins

#### Une préférence marquée pour les honoraires libres

L'ampleur du phénomène s'explique d'abord par l'attractivité croissante du secteur 2 auprès des nouvelles générations de praticiens. Les chiffres sont éloquentes : **56% des spécialistes libéraux exercent désormais en secteur 2, contre seulement 37% en 2000**. Plus révélateur encore, les trois quarts des jeunes spécialistes qui s'installent aujourd'hui choisissent ce régime d'honoraires libres, contre deux tiers en 2017.

Cette préférence s'explique par l'attrait financier considérable que représentent les dépassements. Pour certaines spécialités, ces suppléments tarifaires constituent **plus du tiers des revenus professionnels**. Paradoxalement, ce sont souvent les spécialités aux revenus moyens les plus modestes qui dépendent le plus de ces dépassements, tandis que les spécialités techniques aux revenus élevés y ont moins recours.

#### Des disparités territoriales qui s'accroissent

L'analyse géographique révèle une concentration inquiétante des praticiens en secteur 2 dans les zones les plus favorisées. Les dépassements d'honoraires **croissent avec le niveau de vie du territoire d'exercice**, atteignant des niveaux particulièrement élevés dans les grandes métropoles. Cette dynamique contribue mécaniquement à aggraver les inégalités territoriales, les médecins préférant s'installer là où ils peuvent pratiquer des tarifs élevés plutôt que dans les zones déficitaires en offre de soins.

### Une escalade tarifaire qui échappe au contrôle

#### L'érosion du dispositif d'encadrement

Depuis 2020, on observe un phénomène préoccupant : non seulement la proportion de médecins en secteur 2 augmente, mais les taux de dépassement pratiqués par ces derniers s'élèvent également. Cette double dynamique marque une rupture avec la décennie 2010, période durant laquelle les taux de dépassements avaient baissé grâce notamment au dispositif OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée).

L'OPTAM, qui devait limiter les dépassements à 100% maximum du tarif conventionnel en moyenne, semble perdre de son efficacité. Les nouveaux avenants proposés dans le cadre de la convention médicale présentent des objectifs si contraignants que de nombreux spécialistes pourraient choisir de ne pas les signer.

# I DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

## Une dispersion inquiétante des pratiques

Au-delà des moyennes, le rapport souligne la **très forte dispersion des taux de dépassement pratiqués** au sein de chaque spécialité. Cette variabilité témoigne de l'absence de critères objectifs dans la fixation des tarifs et suggère que tous les dépassements ne s'expliquent pas par les seules inadéquations tarifaires du système conventionnel.

L'âge du praticien constitue également un facteur déterminant : **la propension à appliquer des dépassements élevés croît avec l'ancienneté**, révélant peut-être une logique de compensation des investissements de formation et d'installation.

## Un reste à charge qui pèse lourdement sur les patients

### Une protection sociale à géométrie variable

L'impact sur les patients est considérable. Les dépassements d'honoraires ne sont pris en charge qu'à **environ 40% par les complémentaires santé** et représentent au total **14% du reste à charge des ménages**. Cette situation crée une médecine à deux vitesses, où l'accès aux soins dépend de plus en plus de la capacité contributive des patients.

L'exemple de la chirurgie orthopédique illustre parfaitement cette réalité : pour une prothèse totale de hanche, **près de la moitié des patients s'acquittent de dépassements de 630 euros en moyenne, et plus de 1.000 euros dans 10% des cas**. En incluant l'ensemble de l'épisode de soins, près de 80% des patients sont exposés à au moins un dépassement, pour un coût cumulé de 700 euros en moyenne.

### Une protection théorique pour les plus précaires

Si les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) sont théoriquement protégés contre les dépassements, **l'effectivité de cette protection est atténuée par le fait que beaucoup d'assurés ne font pas valoir leurs droits**. Cette situation paradoxale révèle les limites du système de protection sociale et l'existence de barrières informationnelles qui pénalisent les plus vulnérables.

Pour les autres assurés, y compris ceux en affection de longue durée (ALD), **la prise en charge par les complémentaires santé est variable selon le type de contrat et rarement intégrale**. Les contrats d'entreprise offrent généralement des garanties supérieures aux contrats individuels, créant de nouvelles inégalités entre salariés du privé et personnes âgées ou sans emploi.

## Des conséquences systémiques alarmantes

### Une remise en cause des principes fondamentaux

Le rapport du HCAAM tire la sonnette d'alarme : **"la progression du secteur 2 est arrivée à un point où la généralisation des dépassements et leur niveau génèrent des effets systémiques et des déséquilibres sur le système de santé qui deviennent majeurs, jusqu'à remettre en cause les principes fondamentaux qui le sous-tendent"**.

Cette évolution préoccupante s'accompagne d'un paradoxe : les médecins pratiquant les dépassements les plus élevés ont tendance à **réduire leur volume d'activité**, ce qui ne contribue pas à résoudre la question des déserts médicaux. Au contraire, la possibilité de pratiquer des tarifs élevés facilite l'installation dans les zones métropolitaines aisées, aggravant les inégalités territoriales.

# I DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

## **Un appel urgent à l'action des pouvoirs publics**

Face à cette situation, le HCAAM invite les pouvoirs publics à agir **"avec urgence"**. L'organisme annonce la publication prochaine d'un second rapport proposant des pistes de réforme, tandis qu'une mission parlementaire dirigée par les députés Yannick Monnet et Jean-François Rousset doit rendre ses conclusions à la mi-octobre.

Les syndicats et organisations de patients appellent déjà à des mesures drastiques.

## **Vers une refonte nécessaire du système**

Cette crise des dépassements d'honoraires révèle les limites du compromis historique de 1980, qui avait créé le secteur 2 pour permettre aux médecins de bénéficier d'une liberté tarifaire sans grever les finances de l'Assurance maladie. Quarante-cinq ans plus tard, ce mécanisme semble avoir atteint ses limites et générer des effets pervers contraires à l'objectif d'égalité d'accès aux soins.

La réforme du système apparaît désormais inévitable pour préserver les principes fondamentaux de la protection sociale française. Elle devra concilier une juste rémunération des praticiens, une répartition équitable de l'offre de soins sur le territoire et la préservation de l'accès aux soins pour tous, indépendamment des ressources financières de chacun.

# I BAROMÈTRE SANTÉ AU TRAVAIL AG2R LA MONDIALE

## COMMENT VONT LES ACTIFS EN 2025 ?

**Parce que les mutations du monde du travail ne cessent de s'accélérer, et avec elles, les attentes des actifs en matière de santé, de reconnaissance et d'équilibre de vie, AG2R LA MONDIALE a dévoilé en octobre son premier Baromètre Santé au travail 2025, réalisé avec @Occurrence – Groupe Ifop.**

En donnant la parole à plus de 2 700 actifs issus de tous les territoires et de tous les secteurs d'activité, cette étude livre un éclairage riche et met en évidence que si une grande majorité d'actifs se déclare en bonne santé, nombre d'entre eux expriment aussi des fragilités. 89 % des actifs se disent en bonne santé physique et 86 % d'entre eux en bonne santé mentale, et 60 % indiquent se sentir reconnus. Néanmoins, pour un tiers de la population active le travail pèse négativement sur leur santé physique (34 %) et mentale (35 %).

### **L'entreprise, acteur clé du bien-être et du lien social**

Les principales sources de tension identifiées sont connues mais persistent : rythme de travail soutenu, manque de reconnaissance, déséquilibre vie pro/vie perso et surcharge numérique.

Le baromètre met aussi en lumière de nouveaux enjeux, comme celui de l'aidance, qui concerne un actif sur trois. Souvent méconnue ou non déclarée à l'employeur, cette réalité complexifie la conciliation entre vie professionnelle et responsabilités personnelles.

Autre point de vigilance : l'hyperconnexion. Plus de la moitié des actifs déclarent se connecter en dehors de leurs horaires habituels, un phénomène particulièrement marqué chez les jeunes, les cadres et les salariés aidants.

[Découvrez les enseignements clés du Baromètre Santé au travail AG2R LA MONDIALE 2025.](#)

### **Branchez-vous santé : l'accompagnement prévention pour les branches professionnelles**

Dans le cadre des régimes de santé et prévoyance, AG2R LA MONDIALE accompagne les branches professionnelles dans la conception, la mise en œuvre et le suivi d'actions de prévention à destination des entreprises et de leurs salariés. Ces actions intègrent les spécificités et risques professionnels de chaque secteur d'activité pour répondre au plus proche des préoccupations des métiers.

Pour en savoir plus sur nos offres :

[Pour en savoir plus sur nos offres :](#)

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales>

## PERTE D'AUTONOMIE : TROIS QUARTS DES FRANÇAIS PRÉFÉRERAIENT RESTER À DOMICILE EN CAS DE PERTE D'AUTONOMIE

**Une aspiration massive au maintien à domicile face au vieillissement démographique**

[L'étude N° 1348 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#) (DREES), publiée le 16 septembre 2025, révèle un **attachement très majoritaire des Français au maintien à domicile** en cas de perte d'autonomie. Cette préférence, exprimée par **74% des 4 000 personnes interrogées** dans le cadre du Baromètre d'opinion de la DREES, s'inscrit dans un contexte démographique préoccupant où **près d'un Français sur trois sera âgé de plus de 60 ans d'ici à 2030**.

Cette aspiration au maintien à domicile a considérablement **progressé au cours des deux dernières décennies**, passant de 53% en 2001 à 74% en 2023. L'enquête révèle que cette tendance est particulièrement marquée chez les **jeunes adultes** : 80% des 18-24 ans rejettent l'idée d'une institutionnalisation future, contre 69% pour les 65 ans ou plus.

**Des disparités générationnelles et sociales dans les préférences**

L'analyse sociologique de cette préférence révèle des **clivages générationnels significatifs**. Les personnes âgées et les plus aisées se montrent **moins opposées à une future potentielle institutionnalisation**, suggérant une approche plus pragmatique de la question. À l'inverse, les jeunes générations expriment un rejet quasi-unanime de cette perspective.

Les personnes se déclarant **fortement limitées dans leurs activités depuis au moins six mois** manifestent une opposition moindre à l'éventualité de résider en établissement spécialisé (66%), comparativement à l'ensemble de la population (74%). Cette nuance révèle que l'expérience concrète de la limitation fonctionnelle peut modifier les perceptions sur les modes de prise en charge.

**Un plébiscite pour la prise en charge publique du financement**

Concernant le financement de la perte d'autonomie, **69% des Français privilégient une prise en charge par les pouvoirs publics**, marquant une évolution notable depuis 2014 où ils n'étaient que 64%. Cette préférence pour l'intervention publique s'avère **particulièrement marquée** parmi les ménages modestes (73%) et dans les communes rurales (75%).

L'étude révèle un **gradient social net** dans les opinions sur le financement : les personnes les plus modestes soutiennent massivement la prise en charge publique (73%), tandis que les plus aisées ne sont que 59% à partager cette position. Ces dernières se montrent plus favorables à une prise en charge via l'épargne personnelle ou l'assurance privée.

## Des modalités de cotisation qui divisent

La question des modalités de financement révèle des **préférences contrastées** au sein de la population française. Dans l'hypothèse de la création d'une cotisation spécifique pour financer la prise en charge de la perte d'autonomie, **54% des Français optent pour une cotisation volontaire**, tandis que 26% privilégient une cotisation obligatoire pour tous et 20% une cotisation obligatoire à partir d'un certain âge.

Les **personnes les plus aisées** se distinguent en soutenant davantage une cotisation obligatoire imposée à tous (32%), contre seulement 23% pour les moins aisées. Cette proportion augmente également avec l'âge et s'avère plus élevée en région parisienne (29%) qu'en milieu rural (22%).

## L'évolution des attitudes vis-à-vis de l'universalité des aides

L'étude met en évidence une **transformation significative des attitudes** concernant le ciblage de l'aide financière. En 2023, **47% des Français** se déclarent favorables à une aide universelle sans condition de ressources, contre seulement 23% en 2007. Cette évolution témoigne d'une préférence croissante pour une aide fondée sur les besoins plutôt que sur les moyens financiers.

Cette tendance varie selon l'âge : **plus les répondants sont jeunes, plus ils privilégient l'aide universelle**. Ainsi, 50% des 18-24 ans soutiennent cette approche, contre 44% pour les 65 ans ou plus. Les **plus diplômés** manifestent également une préférence marquée pour l'aide universelle, tandis que les personnes sans diplôme privilégient le ciblage en fonction des ressources.

## Des stratégies familiales révélatrices des inégalités sociales

L'analyse des stratégies envisagées par les Français pour leurs proches révèle des **disparités socio-économiques importantes**. Seuls **19% déclarent qu'ils choisiraient une institution spécialisée** pour un parent en perte d'autonomie. La majorité (44%) feraient plutôt en sorte de s'occuper de lui à son domicile, 21% seraient prêts à l'accueillir chez eux et 16% les soutiendraient financièrement pour qu'il bénéficie d'aides à domicile.

Cette répartition révèle l'influence déterminante du **niveau de vie** sur les choix possibles. Les Français les moins aisés se montrent **moins favorables au placement en institution** (15%) et plus enclins à accueillir leur parent chez eux (27%). Cette différence pourrait s'expliquer par un coût d'hébergement en établissement jugé prohibitif par les ménages modestes.

## L'influence du degré d'attachement à l'État

L'étude révèle que le **degré d'attachement au rôle de l'État** constitue un déterminant majeur des opinions sur le financement de la perte d'autonomie. Les personnes ayant de fortes attentes vis-à-vis de l'État soutiennent massivement la prise en charge publique (**78% d'entre elles privilégient cette option**), contre 59% pour celles ayant des attentes limitées.

# I AUTONOMIE

Paradoxalement, les personnes fortement attachées au rôle de l'État privilégient néanmoins une **cotisation volontaire** pour financer la perte d'autonomie (62%), suggérant une distinction entre le principe de la prise en charge publique et les modalités concrètes de financement.

## Des défis majeurs pour les politiques publiques

Cette étude intervient dans un contexte où **le nombre de personnes âgées dépendantes** bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) devrait passer de 1,4 à 1,6 million entre 2021 et 2030, soit une hausse de 15%. Cette projection souligne l'**urgence d'adapter les politiques publiques** aux aspirations exprimées par les citoyens.

L'aspiration massive au maintien à domicile pose des **défis considérables** en termes d'organisation des soins, de formation des professionnels et de financement. Elle interroge également la capacité du système sanitaire et médico-social à accompagner cette préférence tout en garantissant la qualité de la prise en charge et la préservation de la dignité des personnes concernées.

La récente loi du 8 avril 2024, portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie, témoigne de la prise de conscience des pouvoirs publics face à ces enjeux, en intégrant notamment des dispositions pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement et faciliter l'intervention des aides à domicile.

# I NOS PARTENAIRES



AG2R LA MONDIALE

**KLÉSIA**  
Assureur d'intérêt général

## AGENDA

**14/11/2025**

INC Retraite

**17/11/2025**

INC Groupe UGECAM

**18/11/2025**

RPN RSE  
RPN Aidants

**20 et 21/11/2025**

Conseil National du SNFOCOS

## POUR ADHÉRER AU SNFOCOS

Contactez les élus ou représentants SNFOCOS  
présents dans votre organisme  
ou adhérez via le formulaire en ligne sur :  
<https://snfocos.org/adherer/>



*Un syndicat en action, une force pour les cadres*