

CAHIER THÉMATIQUE SOUTENABILITÉ

+ GARANTIR LA **SOUTENABILITÉ** DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE ←

Association à but non lucratif créée en 2000, l’Institut Montaigne élabore des propositions concrètes au service de l’efficacité de l’action publique, du renforcement de la cohésion sociale et de l’amélioration de la compétitivité de la France.

Adressés aux pouvoirs publics, aux acteurs économiques et politiques ainsi qu’aux citoyens français, ses travaux sont le fruit d’une méthode d’analyse rigoureuse, critique et ouverte sur les comparaisons internationales.

L’Institut Montaigne réunit des chefs d’entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires, des personnes issues de la société civile et d’horizons très divers. Depuis sa création, son fonctionnement est assuré par des contributions exclusivement privées. Plus de 160 entreprises, de tailles et de secteurs d’activité différents, y concourent. À travers l’ensemble de ses actions – proposition, évaluation des politiques publiques, participation citoyenne et expérimentation –, l’Institut Montaigne souhaite jouer pleinement son rôle d’acteur du débat démocratique.

Son programme santé a pour principaux champs d’expertise l’innovation technologique, thérapeutique et organisationnelle sur lesquels il rédige et publie des rapports qui présentent des recommandations aux pouvoirs publics.

» <https://www.institutmontaigne.org>

+ SOMMAIRE

1. Une soutenabilité financière problématique, des mutations nécessaires	4
A. Une situation financière préoccupante et un déficit chronique	
B. Les limites du pilotage actuel et l’absence de réformes structurelles	
2. Le virage préventif : comment le financer ?	7
A. Financer le virage préventif en santé : une opportunité	
B. Le virage préventif, un investissement de chacun à assurer	
3. Concrétiser la pluriannualité	9
A. Atteindre une vision long terme en anticipant les besoins de demain	
B. Mettre en œuvre une stratégie en santé de long terme aux objectifs précis et ambitieux	
C. Assurer un financement pluriannuel pour un système de santé soutenable	
4. Mieux lutter contre la fraude, dans le système, dans les mutuelles	12
A. Les principaux défis de la lutte contre la fraude sociale	
B. Les limites et faiblesses du dispositif actuel de lutte contre la fraude	
Quelques ressources	15

Ce présent cahier est une contribution proposée pour alimenter les réflexions et travaux du Congrès, il n’a pas vocation à présenter les positions de la Mutualité Française. Il a été élaboré sous la coordination de Julien Damon, sociologue, enseignant et essayiste.

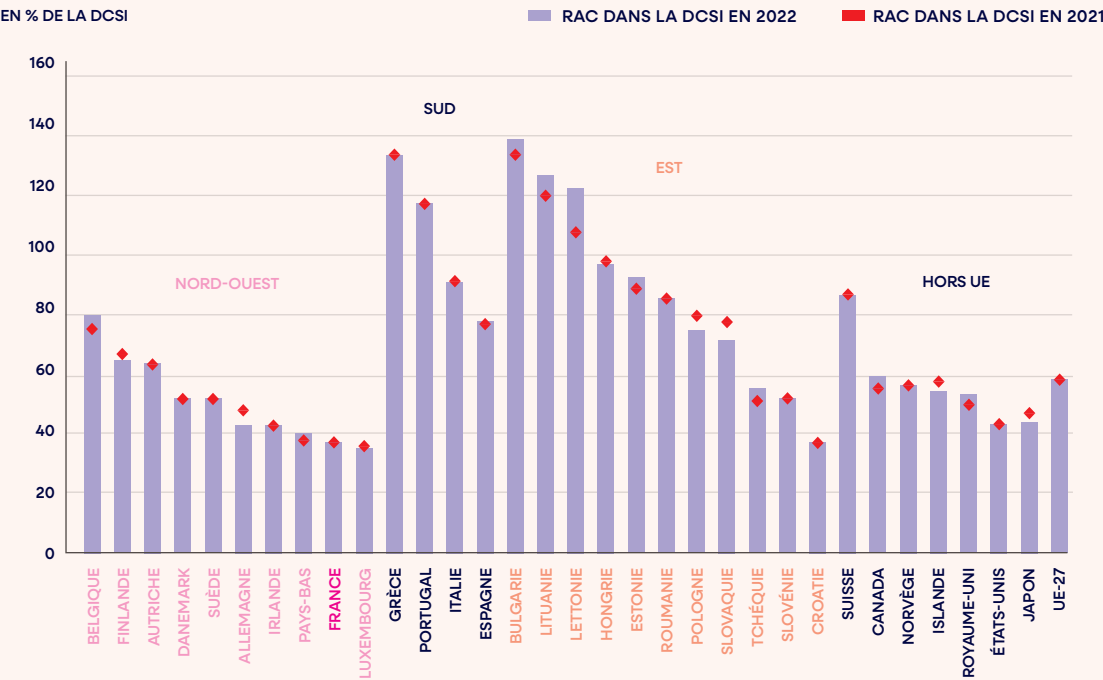
+ GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE

1. UNE SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE PROBLÉMATIQUE, DES MUTATIONS NÉCESSAIRES

La France dispose d'un système de protection sociale étendu, qui permet à ses assurés de bénéficier d'un reste à charge sur leurs dépenses de santé parmi les plus faibles des pays de l'OCDE. (cf. graphique). Cependant, le rôle économique et social majeur joué par la **Sécurité sociale** française est mis sous pression par un déficit des régimes obligatoires de base, ainsi que du **Fonds de solidarité vieillesse** (FSV) de 18,2 milliards d'euros pour 2024, tel que voté en Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2025. Si, selon le **Haut Conseil** pour le financement de la protection sociale (HCFiPS), le déficit

pourrait atteindre 28,4 milliards d'euros en 2025 en l'absence d'intervention des pouvoirs publics, l'évolution géopolitique durant le premier trimestre de 2025 a poussé le Premier ministre François Bayrou à confirmer la "priorité" budgétaire à la défense – sans pour autant délaisser le **"modèle social"** français. Dans ce contexte, il est essentiel de s'interroger quant aux mutations que le système de protection sociale française devra adopter afin de garantir sa soutenabilité financière à moyen et long terme.

RESTE À CHARGE DES MÉNAGES DANS LA DCSI EN 2021 ET EN 2022



Source : DREES, Les dépenses de santé, édition 2024

A. UNE SITUATION FINANCIÈRE PRÉOCCUPANTE ET UN DÉFICIT CHRONIQUE

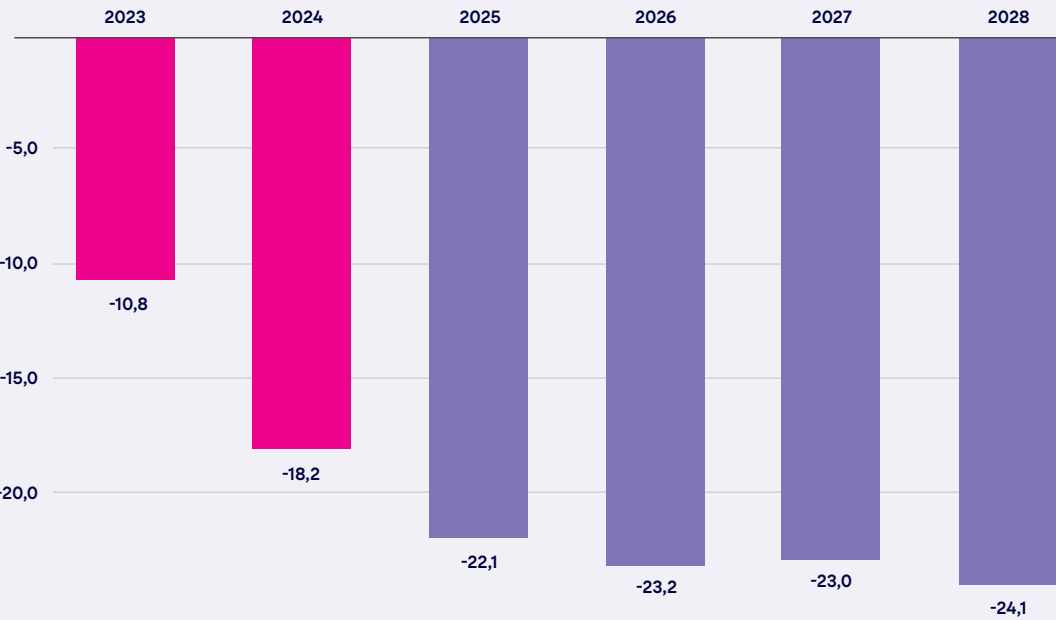
Les comptes sociaux observent une **dégradation persistante au cours des dernières années**. En effet, les déficits structurels des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité Vieillesse (FSV) se creusent davantage, d'année en année, de 10,8 milliards d'euros en 2023, à 18,2 milliards en 2024 et un déficit prévu de 22,1 milliards en 2025 selon la LFSS 2025. Les branches Maladie et Vieillesse accusent des déficits particulièrement élevés (15,3 milliards d'euros et 6 milliards d'euros en 2024, respectivement). Si leurs déficits respectifs devraient rester stable pour la branche Maladie selon les projections pour l'année 2025, la situation budgétaire de la Sécurité sociale demeure très préoccupante dans un contexte de ralentissement économique dû à la période de forte inflation qui a succédé à la crise sanitaire causée par la pandémie de Covid-19.

La croissance des recettes de la protection sociale peine à suivre le rythme de l'augmentation des dépenses. Selon les chiffres de la LFSS 2025, en 2024, les cotisations sociales n'auraient progressé que de 4,1%, tandis que les prestations ont augmenté de 5,3%, contre 4,8% et 3,1%

en 2023, respectivement. En parallèle, la dynamique des recettes fiscales a fortement ralenti : la TVA, qui représentait une source de financement clé, n'a crû que de 2,0 % en 2024, contre 4,3 % en 2023. Cette tendance est accentuée par l'augmentation continue des exonérations et allègements généraux, en hausse de 18,6 % en 2022 et encore de 10,4 % en 2023 selon le HCFiPS, réduisant d'autant les ressources disponibles.

Cette situation compromet la trajectoire de la dette sociale, qui devrait atteindre 85 milliards d'euros d'ici 2028, sans couverture suffisante par la Cades. Initialement prévue pour s'éteindre en 2033, celle-ci pourrait voir sa durée prolongée jusqu'en 2038, retardant d'autant son amortissement. Tandis que les taux d'intérêt de la France sont au plus haut depuis 14 ans, le Haut Conseil au financement de la protection sociale (HCFiPS) constate l'augmentation du coût du service de la dette, passant de 1,3 milliard en 2022 à 3,3 milliards d'euros en 2024, augmentant encore le poids du remboursement et réduisant les marges de manœuvre financières du système de protection sociale.

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV (MD€)



Source : LFSS

L'IMPACT DE L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE SUR LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

La **baisse de la natalité** ainsi que le **vieillissement de la population** font peser un risque sur la soutenabilité du système de protection sociale. Au sein de notre modèle social, la solidarité intergénérationnelle joue en effet un rôle déterminant.

En 2013, la France était encore au **“seuil de renouvellement des générations”** avec près de 2 enfants par femme en moyenne. En 2024, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) n'était plus que de **1,62** selon l'INSEE. Au fur et à mesure que les naissances diminuent, la part des plus de 65 ans dans la population augmente. En 2016, les plus de 65 ans représentaient **16 % de la population française**, contre **26,5 % en 2024** selon l'INSEE. L'Insee estime que le nombre de personnes dépendantes en France pourrait atteindre 4 millions à l'horizon 2025, contre 2,5 millions en 2015.

Ces tendances mettent le système de Sécurité sociale sous pression. L'impact du vieillissement de la population devrait conduire à une **hausse des dépenses de retraites** de +2,2 points de PIB à l'horizon 2030 et alourdir le poids de la santé dans le PIB de 0,3 à 1,1 point à l'horizon 2060, selon France Stratégie.

B. LES LIMITES DU PILOTAGE ACTUEL ET L'ABSENCE DE RÉFORMES STRUCTURELLES

La protection sociale française fait face à une fragilité persistante due à **l'absence de réformes structurelles** de grande ampleur. Le retour à l'équilibre des comptes sociaux s'éloigne, en raison de tentatives d'économies et de hausses de recettes insuffisantes et temporaires. **L'inertie décisionnelle** aggrave cette situation en limitant les marges de manœuvre pour réagir efficacement. De plus, les réformes récentes, y compris celle des retraites de 2023, n'ont pas réussi à infléchir durablement le déficit. Cette situation met en lumière la nécessité de repenser le partage de l'effort fiscal entre actifs et retraités, dans un souci d'équité intergénérationnelle et de viabilité économique.

Les efforts pour contenir le déficit se heurtent à une efficacité limitée. Par exemple, les économies prévues par la **LFSS 2025** sur l'ONDAM s'élevaient à **4,3 milliards** d'euros, mais l'impact net se réduit, compte tenu des 5 milliards d'euros de mesures nouvelles prévues, tel que souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur l'ONDAM d'avril 2025. La réforme des exonérations de cotisations sociales, bien que mise en avant comme un levier de redressement, génère des gains modérés. Dans cette optique, la hausse de la Contribution sociale généralisée (CSG) et de la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) est envisagée afin de **combler le déficit**, tandis que la modification des allègements généraux pourrait rapporter 5 milliards d'euros selon le HCFPS. Cependant, l'impact réel de cette dernière mesure est atténué par une réduction de la TVA de 1 milliard d'euros.

Le financement de la protection sociale est soumis à une pression croissante, pris en étau entre l'augmentation des dépenses sociales et la nécessité de financer d'autres priorités stratégiques, notamment en matière de défense et de sécurité. Les **ressources fiscales** stagnantes limitent les marges de manœuvre, rendant l'arbitrage entre solidarité et viabilité économique encore plus complexe. Dans ce contexte, seule une **planification budgétaire** rigoureuse et **pluriannuelle** permettra d'anticiper les besoins et d'assurer la pérennité du système. Seule une politique affirmée et lisible des ressources et des dépenses pourra permettre une stabilisation des finances sociales. Cela passe notamment par une gestion plus efficiente de la dépense publique en santé, en insistant sur le renforcement des dispositifs de **prévention**, tels que le dépistage et le diagnostic précoce. Enfin, la recherche d'un **consensus** social est essentielle pour accompagner les réformes nécessaires et garantir leur acceptabilité.

En somme, la **protection sociale française** se trouve dans une **situation critique** marquée par un déficit chronique, une dette sociale en augmentation et un pilotage déficient. L'absence de réformes structurelles durables compromet la viabilité du système, tandis que les ajustements budgétaires mis en place restent insuffisants pour infléchir la trajectoire déficitaire. Il devient urgent d'adopter une **réforme en profondeur**, alliant maîtrise des dépenses et justice sociale, afin d'assurer la pérennité du système. Un engagement politique fort est indispensable pour stabiliser durablement les finances de la protection sociale et éviter un report perpétuel des difficultés sur les générations futures.

2. LE VIRAGE PRÉVENTIF : COMMENT LE FINANCER ?

Si le champ de la santé en France, et par extension, celui de la **santé publique**, a traditionnellement été centré autour du curatif, l'évolution de la notion de santé au XX^e siècle est caractérisée par l'apparition et le renforcement d'une **approche préventive**.

Ainsi, **l'environnement**, les **comportements individuels** (mode de vie) et le recours à certaines pratiques collectives (dépistage, vaccination) sont considérés comme exerçant une influence majeure sur la réduction des risques de santé. La création de **l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé** (INPES) en 2002 représente le point d'orgue de cette nouvelle importance donnée à la prévention. Pour autant, depuis,

la **Haute Autorité de santé** (HAS) juge que les résultats de la politique de prévention sont en demi-teinte avec, par exemple, au 31 décembre 2023, seulement 44,7 % des jeunes filles et 15,8 % des garçons, âgés de 16 ans, vaccinés contre le HPV, ou encore plus de 40 % des cancers attribués aux modes de vie et aux facteurs environnementaux.

A. FINANCER LE VIRAGE PRÉVENTIF EN SANTÉ : UNE OPPORTUNITÉ

Le financement du système de santé français repose historiquement sur une **logique curative** avec une tarification à l'activité (T2A) pour les hôpitaux et une rémunération à l'acte pour les médecins libéraux. La mise en œuvre des **rémunérations sur objectifs** de santé publique ou à la qualité dans les établissements de santé, a pour but de renforcer la place donnée à la prévention. Lors de la dernière convention médicale, le rôle des médecins traitants dans le suivi préventif et la prise en charge de leur patientèle a été conforté, à travers la création d'un **forfait médecin traitant unique**, incluant la ROSP, et permettant désormais un suivi individualisé par patient, et un financement qui varie selon le niveau d'atteinte d'indicateurs de prévention... Selon la Commission européenne, la prévention représente environ 2 % des dépenses de santé en France, ce qui est légèrement en dessous de la moyenne de l'UE. Pour autant, évaluer précisément les dépenses consacrées à la prévention en santé reste une tâche complexe en raison de la diversité des politiques publiques et de la multiplicité des acteurs impliqués, chacun disposant de financements distincts. En France, ces dépenses sont principalement couvertes par la **Sécurité sociale** et le **budget de l'État** via la mission santé, mais elles sont également réparties sur 23 autres programmes budgétaires, comme l'indique un rapport de l'Assemblée nationale préparé avant les débats budgétaires de 2023. Cette dispersion rend les comparaisons avec les investissements européens difficiles, car dans d'autres pays, les financements sont plus centralisés et mieux

identifiés. Ainsi, malgré des montants significatifs, la France apparaît comme sous-investissant dans la **prévention** par rapport à ses voisins européens. En 2022, Eurostat constate que la France y a consacré 12,657 milliards d'euros, se plaçant ainsi au deuxième rang des 27 États membres de l'Union européenne, derrière l'Allemagne, qui a investi 3 fois plus (38,335 milliards d'euros). Toutefois, rapporté au nombre d'habitants, cet effort financier reste **inférieur à la moyenne européenne** : 185,96 € par habitant en France contre 202,15 € pour l'UE. Dès lors, plutôt que de se focaliser uniquement sur les montants alloués, il devient essentiel d'optimiser l'efficacité des fonds publics investis en prévention. Une meilleure évaluation de la valeur de la prévention permettrait ainsi de mieux reconnaître et rémunérer les professionnels de santé qui y contribuent, favorisant ainsi un cadre incitatif plus efficace.

B. LE VIRAGE PRÉVENTIF, UN INVESTISSEMENT DE CHACUN À ASSURER

Les **troubles musculo-squelettiques** sont à l'origine de 88% des maladies professionnelles. Ainsi, en 2023, **42 000 personnes** étaient concernées selon les chiffres de la CNAM. Par ailleurs, selon un rapport de la Mutualité Française de 2023 : **52% des actifs** se sentent mal informés sur les questions liées à la santé au travail comme les maladies professionnelles ou les souffrances psychiques et 39% des Français considèrent que leur travail dégrade leur santé. La prévention doit, dans ce contexte, être une priorité.

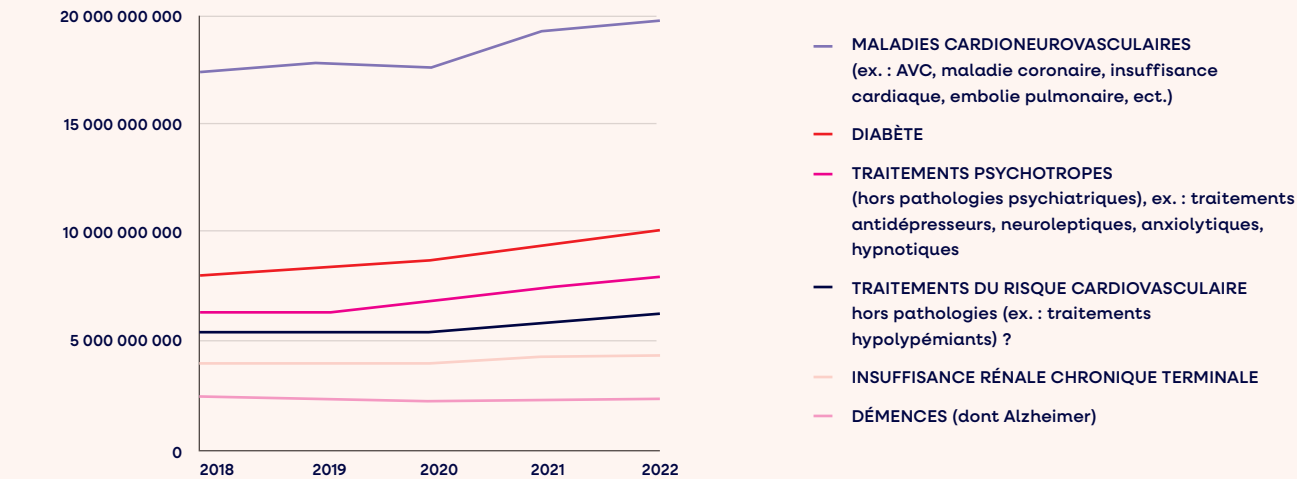
Cela, d'autant plus que **l'accès aux soins** demeure inégal en France. Ainsi, selon l'Académie nationale de médecine, 30% de la population française vivrait dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP), c'est-à-dire, un **désert médical**. Ces différences d'accès à des professionnels de santé sont particulièrement prononcées entre l'Hexagone et certains territoires ultramarins et impactent de fait l'accès aux protocoles préventifs, notamment le dépistage. Pour le cancer du sein, le pourcentage de femmes entre 50 et 69 ans ayant réalisé une mammographie à Mayotte est ainsi 10 fois moins élevé que dans l'Hexagone, indique la DREES dans un rapport de 2022. En 2019-2020, Santé Publique

France estime la participation au dépistage organisé du cancer du sein à hauteur de 17,5 % en Guyane, 36,3 % en Île-de-France, à 52,6 % dans les Pays de la Loire. Par ailleurs, certaines caractéristiques socio-économiques influencent l'adoption de comportements à risque.

L'exemple de **l'alimentation** est particulièrement révélateur : la recherche scientifique met en évidence une **corrélation négative** entre le prix des aliments et leur qualité nutritionnelle. Ce déséquilibre pousse les populations les moins favorisées à privilégier des produits transformés, riches en graisses et en sucres, augmentant ainsi les risques de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2. De manière similaire, les personnes en situation de précarité rencontrent davantage de difficultés à arrêter de fumer, étant par ailleurs les plus grandes consommatrices de tabac.

Dans un contexte où la prévalence des **maladies chroniques augmente**, la DREES souligne une hausse de 14,6 % en 2008 à 17,8 % en 2021 notamment à cause du vieillissement de la population, la prévention devient encore plus essentielle pour la pérennité et la soutenabilité du système.

DÉPENSES GLOBALES PAR PATHOLOGIE PAR AN (2018-2022)



Source : Assurance maladie, "Data Pathologies", juillet 2024

Le **frein majeur** reste l'adhésion à ces pratiques préventives et le manque de données utilisées pour nourrir utilement la définition d'une **politique de prévention** ambitieuse et des initiatives personnalisées. En ce sens, un enjeu à l'avenir sera de permettre l'obtention de

données plus précises visant à renforcer la rationalisation des choix de politiques préventives et la meilleure prise en compte de leurs intérêts par les citoyens, la puissance publique et les diverses parties prenantes.

3. CONCRÉTISER LA PLURIANNUALITÉ

La **pluriannualité**, ou la nécessité de mettre en œuvre une organisation du système de santé **pensée sur le long terme**, n'est pas une ambition nouvelle. En France, le virage vers une programmation pluriannuelle de la santé est clairement demandé par les instances représentatives, les élus, les industriels et certaines institutions publiques.

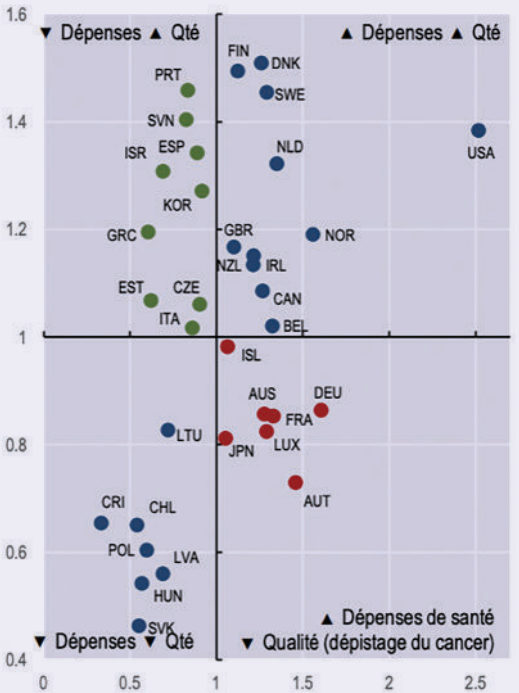
Des **textes programmatiques** sur plusieurs années en santé ont ainsi été proposés par des élus (amendements au PLFSS, proposition de loi, rapport du Sénat), par les **acteurs du secteur** (fédérations hospitalières, Mutualité Française, industries pharmaceutiques, associations de patients, etc.), notamment lors d'une tribune commune en septembre 2024 et par les instances publiques elles-mêmes, notamment le **Haut Conseil pour le financement de la protection sociale** (HCFIPS) dans un rapport de 2021, ou la Cour des comptes dans son rapport de mai 2023. Le HCAAM, saisi à l'issue du "Séjour de la santé" afin de proposer des pistes de réforme de l'Objectif national d'Assurance Maladie (Ondam), a proposé "d'élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à 5 ans des objectifs, activités et ressources du système de santé". Plus récemment, cette thématique a fait l'objet d'une

note dédiée réalisée par l'Institut Montaigne démontrant **l'intérêt d'une vision pluriannuelle** pour le besoin impérieux de renforcer la prévention, la construction d'un environnement propice à l'innovation, la nécessité de transformer l'organisation des soins et l'acceptabilité des mesures dans un contexte financier incertain.

Dans ce contexte, **3 grands leviers d'actions** existent pour concrétiser la pluriannualité qui, trop souvent, a été réduite à de la programmation budgétaire à travers la proposition d'un Ondam pluriannuel : définir un **objectif à atteindre** grâce aux données, une vision portée par une **stratégie de long terme** et couplée à un **pilotage efficace** et cohérent avec un **budget dédié**.

TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ET DÉPENSES DE SANTÉ

Source : OCDE (2023), Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris



A. ATTEINDRE UNE VISION DE LONG TERME EN ANTICIPANT LES BESOINS DE DEMAIN

Sans une **orientation stratégique**, des objectifs clairs et des actions concrètes pour les atteindre, un budget risque de perdre son efficacité, voire de générer des dépenses non justifiées, surtout dans un contexte où la soutenabilité du système n'est pas assurée.

Le HCFiPS, dans son rapport de 2022, souligne ainsi l'importance d'aligner les **choix budgétaires** sur une véritable stratégie sanitaire et sociale, un aspect encore trop souvent négligé dans l'élaboration des politiques financières. Pour ce faire, la définition des besoins est essentielle tout autant que la capacité d'anticiper les **innovations** et **transformations** de demain. C'est ainsi que l'Institut Montaigne propose dans sa note que "la modélisation des possibilités porte en elle un intérêt économique visant à définir des choix de politiques publiques raisonnés et efficaces". Pour ce faire, la mobilisation des données renseignant sur les besoins de santé des Français est essentielle et doit faire l'objet d'une politique ambitieuse. Or, malgré une riche base de travail en la matière, notamment via le Système national des données de santé, les bases de données existantes souffrent de différents maux qui empêchent leur pleine utilisation par les professionnels et les institutions. En particulier, elles demeurent très hétérogènes et

éparpillées, ce défaut de standardisation les rendant peu interopérables, tandis qu'elles pâtissent d'un cadre réglementaire complexe qui rend leur accès difficile. Une fois ces **données disponibles** pour mieux comprendre la situation actuelle, il est essentiel de se projeter vers l'avenir. Les différents scénarios prospectifs réalisés par le Conseil d'orientation des retraites ont prouvé leur intérêt, ainsi que ceux réalisés par le HCAAM. Enfin, l'évaluation des politiques publiques menées, afin d'assurer la juste utilisation des deniers publics, doit être une priorité à travers l'analyse économique des initiatives en santé.

Pour ce faire, il a été proposé de construire un tableau de bord des besoins de santé au niveau régional et national piloté par le **ministère de la Santé** afin d'élaborer des politiques publiques fondées sur les réalités de terrain, créer un lieu de réflexion prospective se fondant sur les travaux d'autres structures afin de proposer une vision concrète des défis auxquels sera confronté notre système de santé demain (IA générative, nouvelles technologies, organisation des soins transformée, etc.) et prioriser l'analyse des impacts économiques réalisés grâce aux investissements de court ou long terme est nécessaire.

B. METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE EN SANTÉ DE LONG TERME AUX OBJECTIFS PRÉCIS ET AMBITIEUX

Une fois les dispositifs de diffusion d'information instaurés et les **analyses menées**, les instances publiques disposent des éléments nécessaires pour hiérarchiser les actions à entreprendre et définir les orientations des politiques publiques à long terme. La **Stratégie nationale de santé** (SNS), si elle est adossée à une meilleure prise en compte de la voix des citoyens et de leur représentation nationale (consultation des parties prenantes, débat au Parlement, projet de loi, échanges au niveau local, etc.), peut être un outil précieux pour mettre en œuvre une politique de santé cohérente et soutenable.

Aujourd'hui, la **SNS** compte parmi ses priorités un nombre très large de champs couverts avec le risque de viser l'exhaustivité avant l'efficacité. La DREES note ainsi dans son rapport d'évaluation de juin 2022 que « le caractère "général" des orientations de la SNS est renforcé par le fait que celles-ci ne sont ni chiffrées ni étayées par des éléments concrets. » Dans son rapport

"politique de santé, pour une **stratégie pluriannuelle**", l'Institut Montaigne recommandait ainsi " de renforcer le caractère d'outil stratégique de la SNS en améliorant la définition d'objectifs concrets liés aux priorités, en donnant un cadre temporel clair et en définissant au sein de cette SNS les plans qui en émanent."

Un partage d'objectifs clairs permettrait d'asseoir une vraie politique de pertinence du système de santé, en s'attaquant ainsi à la sur-prescription, aux actes redondants, ou au mauvais usage du système de santé.

En effet, selon l'Assurance Maladie, en France, plus de 8 consultations médicales sur 10 se concluent par une prescription de médicaments, ce qui place le pays parmi les plus gros consommateurs d'Europe. Cette **surconsommation** provoque des risques d'interactions médicamenteuses génératrices de plus de 10 000 décès par an.

C. ASSURER UN FINANCEMENT PLURIANNUEL POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ SOUTENABLE

Une fois la **trajectoire définie**, les acteurs concernés mobilisés, les plans élaborés et les objectifs ainsi que les indicateurs déterminés, il est essentiel de garantir une transparence financière afin de faciliter la mise en œuvre des actions prévues.

Actuellement, les LFSS organisent de manière principalement **annuelle** le financement de la Sécurité sociale. Pour autant, cela ne devrait pas aller à l'encontre d'une visibilité financière renforcée pour des enjeux de long terme. Certains outils budgétaires incluant déjà de la pluriannualité pourraient être renforcés. C'est le cas notamment des protocoles pluriannuels signés avec les représentants des établissements de santé, ou encore les conventionnements signés par les professionnels de santé libéraux avec la CNAM. Or, leurs temporalités sont différentes et les brèches temporelles existantes dans le cadre des protocoles vont à l'encontre de la programmation souhaitée. Les lois de programmation thématiques, bien que non contraignantes, peuvent également être un outil de programmation à considérer en santé. Elles permettent de proposer un cadre de dépenses sur plusieurs années, assurant une cohérence entre les engagements politiques et leur financement sur le long cours.

L'Institut Montaigne recommandait ainsi de prévoir 3 lois de programmation pour la **prévention**, **l'innovation** et **l'investissement** en santé ainsi que l'organisation des soins car ces 3 thématiques portent sur des politiques publiques nécessairement pensées sur le long terme.

Alors que le système de santé français fait face à de nombreux défis qui alimentent une perte de confiance des Français dans ce dernier et questionnent sa **soutenabilité**, une réponse de long terme à des problèmes trop souvent pensés en réaction aux chocs existe. Afin d'inscrire la France dans une logique de **transformation** pour rendre le système de santé robuste face aux changements, il est crucial de permettre davantage de pluriannualité dans la prise de décision publique. Ce temps long doit être pensé avec des objectifs et des indicateurs de santé permettant une évaluation précise des **politiques menées** pour assurer la soutenabilité du système.

4. MIEUX LUTTER CONTRE LA FRAUDE, DANS LE SYSTÈME, DANS LES MUTUELLES

Le système de protection sociale français repose sur une large **adhésion démocratique** et la confiance des citoyens en l'équité de sa redistribution. Or, la fraude sociale est perçue par le HCFiPS comme une **menace** pour cette équité, une transgression au contrat social de la solidarité nationale, pouvant agir comme une "corruption lente et insidieuse" du système.

Pour lutter efficacement contre la fraude sociale, il est indispensable de la définir clairement. À ce titre, distinguer **l'erreur de la fraude** est essentiel ; la fraude implique une intentionnalité qui la différencie d'une simple méprise. Cette différenciation a notamment été codifiée en 2018 par la loi « pour un État au service d'une société de confiance » (ESSOC) qui a introduit le « droit à l'erreur » et la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale.

L'ampleur de la fraude sociale fait de sa lutte une priorité d'action pour les pouvoirs publics. Le HCFiPS estimait que la fraude sociale représentait un **"manque à gagner"** de plus de 13 milliards d'euros par an en 2024. La fraude sociale a également des implications économiques dans la mesure où le travail dissimulé et les fraudes aux cotisations engendrent une concurrence faussée entre les entreprises. La lutte contre la fraude sociale est donc essentielle pour la **confiance des citoyens** envers le système de protection sociale, élément central de sa pérennité.

A. LES PRINCIPAUX DÉFIS DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

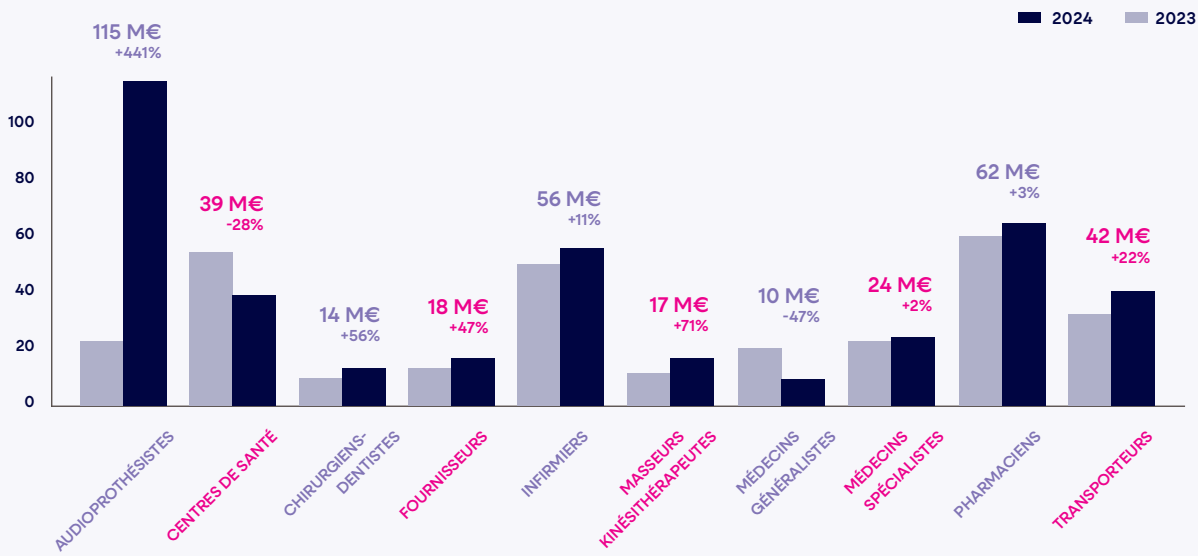
La fraude aux prestations sociales est **multiforme** et touche plusieurs acteurs.

Au sein de la fraude sociale, la fraude à l'assurance maladie est estimée **entre 3,8 et 4,5 Mds€** par la Cour des comptes.

Dans son bilan 2024, la Caisse nationale d'Assurance Maladie relève que **si plus de 50 % des fraudes** sont attribuées aux assurés en nombre, elles ne représentent que 18 % du préjudice financier total. Parmi ces fraudes, les **arrêts de travail** représentent une part importante (43 M€) et ont quasiment triplé par rapport à 2023. La majorité des détournements provient néanmoins d'une minorité de professionnels de santé qui concentrent 62 % du préjudice global.

Compte tenu de l'enjeu de pérennité du système, il est essentiel d'adapter le système de protection sociale au regard de l'évolution des formes de fraude. Les fraudes deviennent **plus complexes** et organisées, à l'instar de l'usurpation d'identité et de la fraude transnationale, ce qui souligne la nécessité d'une action coordonnée des organismes de protection sociale. De plus, tandis que **l'essor numérique** représente de nombreuses opportunités pour accroître l'efficacité du système, la dématérialisation peut également exacerber les failles des processus déclaratifs en ligne.

MONTANT DU PRÉJUDICE FINANCIER PAR PROFESSION EN MILLIONS D'EUROS



Source : Assurance Maladie, "Bilan Lutte contre les fraudes", mars 2025

B. LES LIMITES ET FAIBLESSES DU DISPOSITIF ACTUEL DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le **cadre juridique** de lutte contre la fraude aux prestations sociales demeure imparfait. Malgré la **loi ESSOC** de 2018, des ambiguïtés persistent sur la distinction entre erreur et fraude et l'absence d'une définition harmonisée de la fraude dans le Code de la Sécurité sociale crée des incertitudes juridiques. En outre, la notion d'abus de droit, existant chez l'Assurance maladie vis-à-vis des professionnels de santé, pourrait être étendue à toutes les branches pour ainsi créer un cadre juridique clair et homogène, selon le HCFiPS dans son rapport de 2024.

Dans un **système socialisé et mutualisé**, aucune fraude n'est acceptable pour garantir l'indispensable confiance dans la juste répartition des efforts.

À ce titre, il convient de rappeler que les **organismes complémentaires** sont comme l'Assurance Maladie victimes de la fraude, de plus en plus organisée et à grande échelle. C'est tout particulièrement vrai dans les secteurs où il existe une **solvabilisation intégrale** de la dépense, grâce à l'intervention des mutuelles, comme l'audiologie, l'optique ou le dentaire (100 % santé).

La lutte contre la fraude relève d'un **impératif commun** et doit mobiliser les compétences et actions de tous les acteurs concernés. Aussi, le cadre juridique permettant la **pleine mobilisation** en complémentarité des complémentaires santé et des caisses d'Assurance Maladie doit impérativement évoluer. Le gouvernement avait ainsi, dès 2023, inscrit cet objectif dans le cadre du **plan gouvernemental** de lutte contre la fraude, avec 35 mesures prioritaires dont la mesure 31 relative au renforcement de la coopération entre l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.

C'est aussi ce que recommande d'ailleurs le HCFIPS dans son rapport sur la **lutte contre la fraude sociale de juillet 2024**, estimant qu'il convient de mettre en place une indispensable mutualisation entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie obligatoire :

» **En donnant les moyens juridiques de partage des données**

Mesure du plan gouvernemental du plan de **lutte contre la fraude censurée** par le Conseil constitutionnel en LFSS 2025 en tant que cavalier social.

» **En renforçant la lutte contre la fraude des professionnels de santé**

Étendre la **suspension du tiers payant** en cas de fraude à la part complémentaire.

» **En donnant une base légale indiscutable**

En inscrivant la lutte contre la fraude dans les missions des organismes complémentaires (l'analyse du conseiller d'État JL Matt dans le cadre du rapport du HCFIPS précité souligne la nécessité de « compléter **l'article 65** de la loi du 6 janvier 1978 pour étendre explicitement à la lutte contre la fraude sociale le champ des **échanges de données de santé**, aujourd'hui limité à la seule prise en charge des prestations dans le cadre de la mission légale des organismes complémentaires, en lien avec la Sécurité sociale, à savoir la prise en charge complémentaire des dépenses d'Assurance Maladie obligatoire ».

C'est également ce que la **Cour des comptes**, dans sa note de synthèse d'avril 2025 sur l'Objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), souligne concernant le caractère impérieux du renforcement de la lutte contre la fraude, en rappelant que « le cadre **juridique** mériterait d'être adapté pour permettre aux organismes complémentaires d'informer de manière réciproque les CPAM d'informations relatives aux fraudes ».

En outre, le cadre juridique du **traitement informatisé des données médicales** par les organismes complémentaires de santé est aussi à compléter pour assurer une base légale au traitement des données de santé nécessaires à la lutte contre les fraudes”.

En somme, la lutte contre la fraude sociale constitue un **enjeu démocratique** et financier majeur, qui ne saurait être résolu uniquement par le contrôle et la répression, mais à travers une approche plus globale intégrant prévention, gouvernance renforcée et **coopération** inter-organismes, y compris des complémentaires santé. L'enjeu est de restaurer la **confiance des citoyens** dans le système de protection sociale en assurant une équité réelle dans l'accès aux droits et le respect des obligations. Et il y a **urgence** à agir.

QUELQUES RESSOURCES
INSTITUT MONTAIGNE
POUR ALLER PLUS LOIN...

» **Prévention en santé : les nouveaux impératifs**

Septembre 2023
<https://www.institutmontaigne.org/publications/la-prevention-en-sante-les-nouveaux-imperatifs>

» **Données de santé : libérer leur potentiel**

Février 2024
<https://www.institutmontaigne.org/publications/donnees-de-sante-liberer-leur-potentiel>

» **Politique de santé : pour une stratégie pluriannuelle**

Septembre 2024
<https://www.institutmontaigne.org/publications/politique-de-sante-pour-une-strategie-pluriannuelle>

» **Finances publiques : la fin des illusions**

Octobre 2024
<https://www.institutmontaigne.org/publications/finances-publiques-la-fin-des-illusions>

» **Dépistage : investissons notre capital santé**

Mars 2025
<https://www.institutmontaigne.org/publications/depistage-investissons-notre-capital-sante>

