



Pour une protection sociale durable tout au long de la vie

Le Plan Avenir Santé Seniors (PASS) au service de la lutte contre les renoncements aux soins des seniors

Table des matières

À propos des auteurs	4
A propos de l'Institut Sapiens	5
A propos de SPVIE Assurances	6
En synthèse	7
Introduction	8
Partie I – Le départ en retraite : une perte du pouvoir d'achat dédié à la santé	13
A) L'impressionnant effet ciseaux lié au départ en retraite	13
B) Une dégradation du pouvoir d'achat santé attendue dans les prochaines années	15
Partie II – La préparation de la retraite : la nécessité d'une capitalisation dédiée à la santé	18
A) La lutte contre les renoncements aux soins	18
B) Les effets positifs d'un Plan Avenir Santé Séniors	20
Conclusion	29
Méthodologie et sources	31

Mars 2024

Pour assurer notre fonctionnement et nos publications, nous développons des partenariats avec des organismes issus d'un éventail très large de secteurs. Ils nous soutiennent afin de faire vivre un débat d'idées dynamique, si nécessaire à notre pays.

La présente étude a été réalisée en partenariat avec SPVIE Assurances. L'objectif était d'estimer la perte en pouvoir d'achat des retraités liée à la hausse du poids de leur complémentaire dans leur budget, tout en évaluant la faisabilité des pistes permettant de l'atténuer. Les équipes et les experts de l'IS ont joui d'une totale indépendance dans la poursuite de ce travail, et dans la rédaction des conclusions de cette étude. Ses résultats finaux n'engagent que ses auteurs

À propos des auteurs



Olivier Babeau

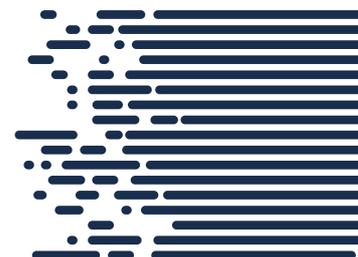
Président fondateur de l'Institut Sapiens

Ancien élève de l'ENS de Cachan, diplômé de l'ESCP, agrégé d'économie et docteur en sciences de gestion, Olivier Babeau est professeur à l'université de Bordeaux. Il est notamment l'auteur de *La Tyrannie du Divertissement* (Buchet Chastel, 2023) *Désordre numérique* (Buchet Chastel, 2020) *l'Horreur politique* (Les Belles Lettres, 2017) et de *l'Eloge de l'hypocrisie* (Cerf, 2018). Il intervient très régulièrement dans les médias pour décrypter l'actualité économique et politique.



Cédric Pironneau

Cédric Pironneau (ISG, maîtrise de philosophie Paris I) est Directeur général et cofondateur de SPVIE Assurances. Il a été auparavant Directeur en charge du développement au département grands comptes chez Malakoff Humanis. Ancien conseiller prud'homal, il représente aujourd'hui SPVIE Assurances au sein de l'association d'entrepreneurs Croissance Plus.



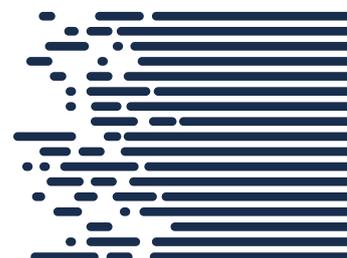
A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un *think tank* (laboratoire d'idées) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **dix observatoires thématiques** : développement durable ; agriculture ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale ; droit social ; immobilier.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr



A propos de SPVIE Assurances

Groupe de courtage en assurance de dimension industrielle créé en 2010, SPVIE Assurances conçoit, distribue et gère des produits d'assurance de personnes et de biens.

Innovants, les produits santé, prévoyance, dommages et autres produits IARD proposés par SPVIE Assurances sont adaptés à ses publics (particuliers, indépendants, professionnels, chefs d'entreprise et sociétés) et pertinents pour ses réseaux de distribution et ses partenaires courtiers.

En constant développement, le groupe SPVIE Assurances a multiplié par 12 ses effectifs depuis 2016, et compte plus de 650 collaborateurs dans 11 sociétés implantées dans 4 pays. Rentable, il réalise une croissance moyenne de CA de 85% chaque année depuis 5 ans, et reste aujourd'hui à la 4^{ème} place du classement des courtiers grossistes français.

En synthèse

- ⇒ Dans les 15 prochaines années, le taux de remplacement (rapport entre le dernier salaire et le montant de la pension) des futurs retraités va diminuer de **15%**.
- ⇒ Au moment du passage **à la retraite, le poids de la mutuelle dans le budget des seniors actuels passe de 2% à 8%**. Dans les prochaines années, pour les futurs retraités, ce taux d'effort passera de **3% à 12%** de leur budget mensuel.
- ⇒ **Un retraité** désincité à maintenir sa complémentaire santé **a 3,86 fois plus de risques de renoncer aux soins** qu'un retraité protégé.
- ⇒ **La mise en place d'un Plan Avenir Santé Seniors permettrait de diminuer de 25% le taux d'effort des retraités**, lui faisant gagner **4 points** de pouvoir d'achat.
- ⇒ Un versement annuel variant entre **325€** et **781€**, réparti à parts égales entre l'État, le salarié et son entreprise, permettrait de générer un PASS individuel compris entre **27K€** et **66K€** en fin de carrière.
- ⇒ De manière agrégée, **le fonds PASS pourrait atteindre 513 milliards d'euros d'ici 2066**, permettant de financer l'émergence d'innovations liées à la santé des seniors, tout en leur rendant du pouvoir d'achat.
- ⇒ Pour le salarié, **1€ capitalisé à travers le Plan Avenir Santé Seniors lui permet de récupérer 6€ à la retraite.**



Introduction

L'année 2023 a été marquée par un long et intense débat sur les retraites qui a tenu la France en haleine durant tout un semestre. En se concentrant exclusivement sur le volet financement du système, celui-ci a néanmoins occulté des pans entiers de la qualité de vie des retraités. La question de leur santé a par exemple été assez peu abordée ; alors que **l'explosion du coût de la santé à la retraite risque d'accentuer la fracture générationnelle**. La population de retraités étant à la fois toujours plus nombreuse (projection de l'INSEE sur la pyramide des âges) et vivant de plus en plus longtemps à la retraite (augmentation de l'espérance de vie), il apparaît crucial pour notre contrat social de traiter cette question d'accès à la santé et de son coût.

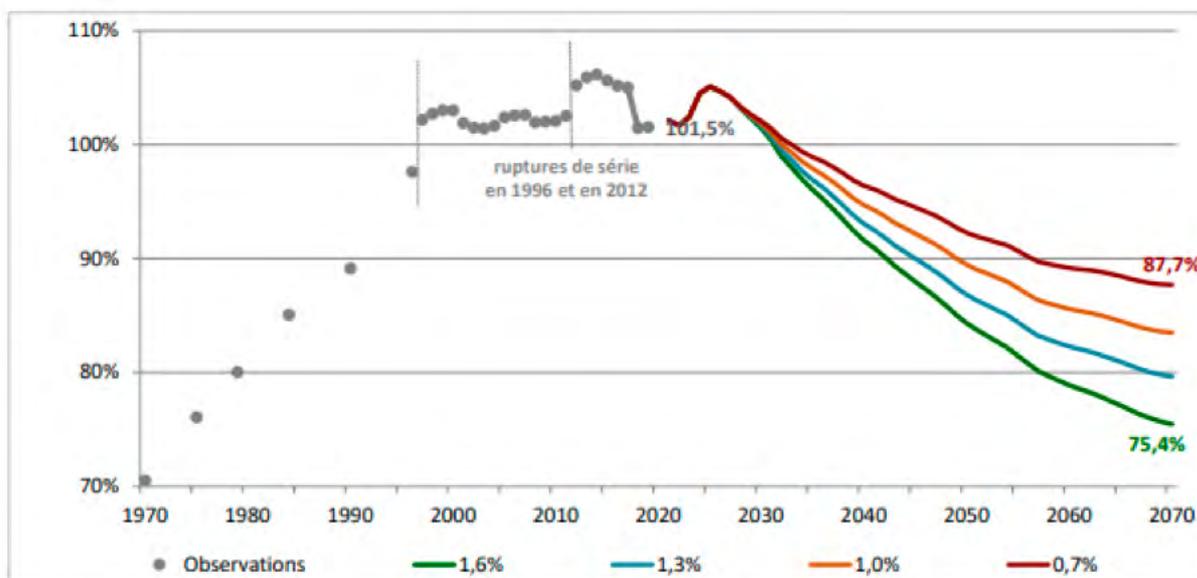
Certes, l'équilibre macroéconomique d'une matrice par répartition est essentiel pour assurer sa pérennité dans le temps, mais il ne peut constituer le seul point de débat concernant le dernier âge de la vie ; surtout lorsque l'on apprécie le décrochage estimé en matière de **pouvoir d'achat des retraités. Celui-ci est particulièrement**

affecté par la hausse soudaine des frais de santé à laquelle doivent faire face les seniors dès qu'ils ne sont plus en activité.

Si la question de la dépendance, de son coût et de son financement figure bien à l'agenda politique (annonce d'une loi Grand Âge en 2024), celle des moyens dont disposent les retraités pour affronter un coût de la santé du quotidien qui explose (coût de la complémentaire santé qui triple) n'est presque jamais traitée. **Ses conséquences en termes de santé publique sont pourtant dramatiques et peuvent aller jusqu'au renoncement aux soins par manque de moyens** (voir infra).

Selon les données du Conseil d'Orientation des Retraites (COR), la génération actuellement à la retraite dispose d'un niveau de vie supérieur à celui du reste de la population, les retraités vivent donc mieux que leurs compatriotes. Mais cette situation n'est pas éternelle et pourrait fortement se dégrader dans les prochaines années.

Graphique 1 - Niveau de vie relatif des retraités observé et projeté (niveau de vie moyen des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population)¹

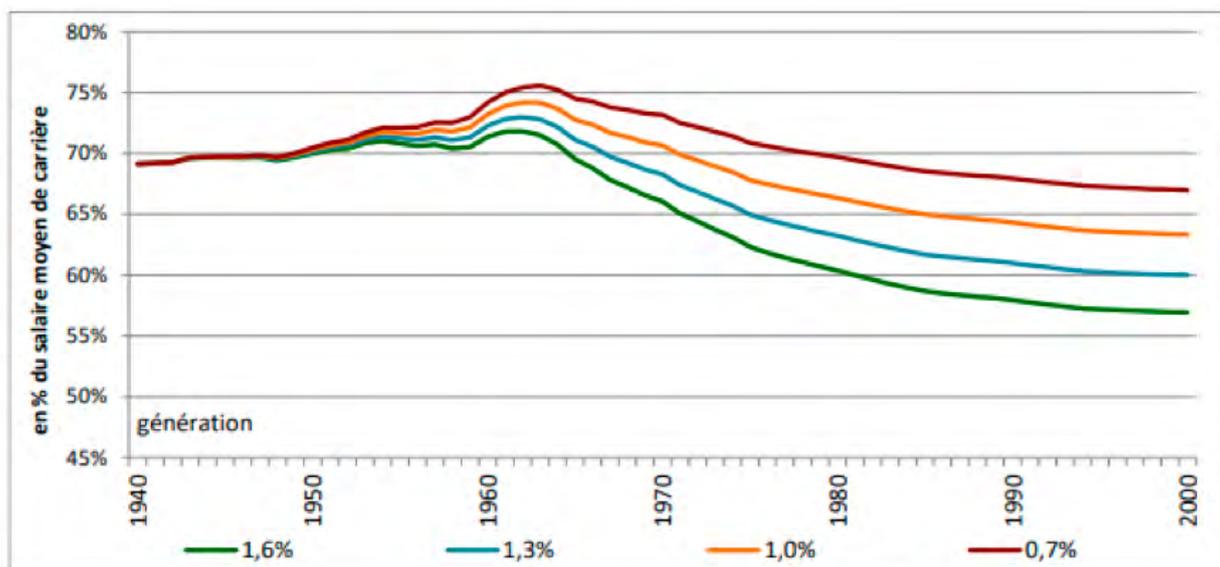


La dégradation du ratio allocataires / cotisants (passant de 2,2 en 2000 à 1,1 dans les prochaines années), conséquence d'un système basé exclusivement sur une répartition très sensible aux dynamiques démographiques, **va provoquer une baisse du taux de remplacement (rapport entre le dernier salaire en activité et le montant de la pension de retraite) des retraités à partir de 2030, précipitant une baisse de leurs revenus et une hausse**

¹ Source : rapport du COR – septembre 2023
https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2023-09/RA_2023_Def_0.pdf

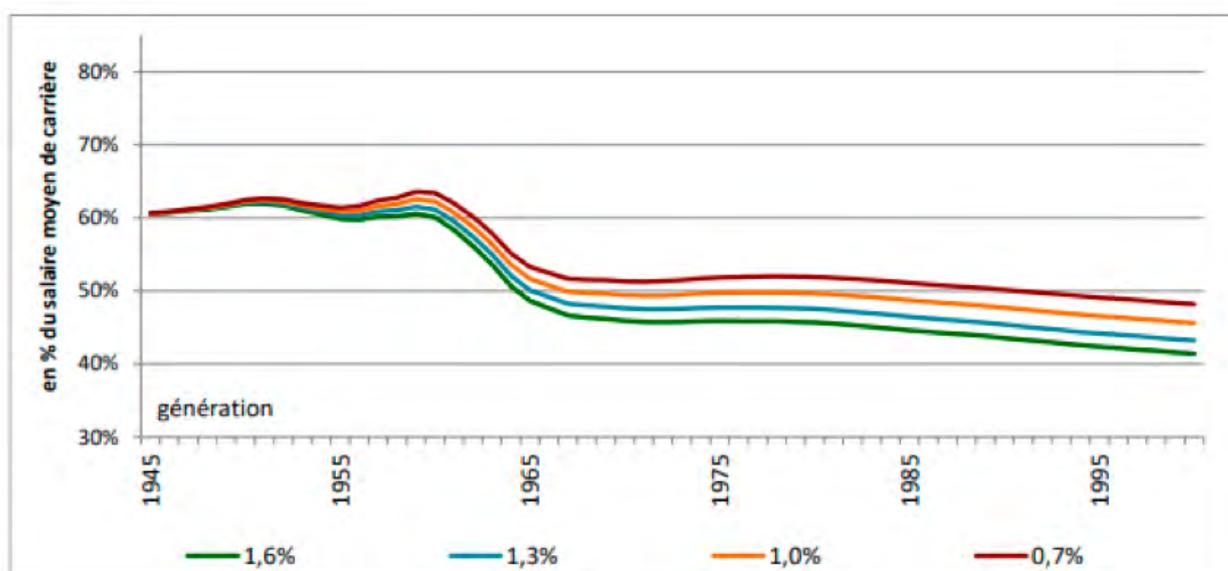
de leur paupérisation, sans que cela n'émeuve personne. À noter que cette baisse de 15 points en moyenne concernera à la fois les salariés du privé et les fonctionnaires.

Graphique 2 – Taux de remplacement net (pour un non-cadre) selon les hypothèses de productivité²



Lecture : pour un salarié non-cadre de la génération 2000, le taux de remplacement pourrait varier entre 56% et 67%, alors qu'il était de 76% pour la génération 1964.

Graphique 2 bis - Taux de remplacement net moyen pour un fonctionnaire de catégorie B (sous hypothèse d'une hausse des primes)



Lecture : pour un fonctionnaire de catégorie B de la génération 2000, le taux de remplacement pourrait être de 40%, soit 25 points de moins que pour la génération 1960.

² Rapport annuel du COR – septembre 2023
https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2023-09/RA_2023_Def_0.pdf

Le passage à la retraite induit un important décrochage en termes de revenus, appelé à devenir de plus en plus brutal pour les futures générations. Les estimations du COR montrent ainsi que le niveau de vie relatif des retraités de 2070 sera au niveau de celui des années 1970, actant le retour d'un **phénomène que l'on pensait disparu : celui des retraités pauvres.**

À cette perte de revenu imputable aux baisses des pensions s'ajoute une **hausse de certaines dépenses contraintes en lien avec les soins médicaux.** L'article 4 de la loi EVIN du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application (30 août 1990 modifié le 21/03/2017) prévoient le maintien de la complémentaire santé collective pour le salarié quittant l'entreprise pour une raison indépendante de sa volonté (incapacité de travail, invalidité, départ en retraite), où les garanties sont maintenues au niveau qu'il avait lors de sa période d'activité, et ce de manière viagère, sans limitation dans le temps et sans possibilité de modification ensuite des garanties par l'assureur³.

En parallèle, les cotisations, plafonnées par le décret du 21 mars 2017, sont similaires la première année, peuvent augmenter de 25% la deuxième année et de 50% la troisième année. Concrètement, cela signifie qu'un actif s'acquittant d'une cotisation de mutuelle mensuelle de 50€ lorsqu'il était en emploi verra celle-ci grimper à 100€ l'année de son départ (correspondant à la récupération à sa charge de la part employeur), à 125€ l'année suivante, puis à 150€ l'année d'après⁴. **Le poste de dépense alloué à sa complémentaire santé va ainsi tripler dans son budget** en l'espace de quatre ans. À cela s'ajoute le fait que légalement, l'assureur n'a pas d'obligation de maintenir ladite protection pour les ayants droit, ce qui peut ainsi pousser l'assuré à devoir prendre une protection en sus et donc à mécaniquement augmenter son budget dédié à ce poste de dépenses.

Face à une baisse attendue de ses revenus, le retraité pourrait être tenté de renoncer à certains soins de base, voire d'abandonner sa couverture. À ce titre, rappelons qu'une personne dépourvue de complémentaire santé dispose de 3,86 fois plus de risques de renoncer aux soins de base qu'une personne avec protection⁵. Alors que le taux de couverture tend vers 100% (96,4 %), occulter cette situation reviendrait donc à faire un bond

3 Lors du passage à la retraite, la couverture devient juridiquement un contrat individuel et donc sans possibilité de résiliation par autrui que par l'assuré lui-même, protégé par l'article 6 de la même loi Evin).

4 Une situation qui, par la généralisation de l'obligation de mutuelle d'entreprise prévue par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, concerne maintenant en théorie tous les salariés français.

5 Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, 2021, DREES études et résultats numéro 1200.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

en arrière dans ce domaine et à créer une désincitation à la protection à un âge de la vie où le besoin de suivi et de soins est le plus important.

À travers cette note, nous souhaitons alerter sur ce phénomène aujourd'hui dans l'angle mort du débat public, tout en y apportant une solution concrète et déployable rapidement. Nous présenterons ainsi dans un premier temps les conséquences de l'effet ciseaux au moment du départ en retraite, avant de présenter dans un second temps notre proposition de PASS (Plan Avenir Santé Seniors), pilotable et individuel, essentiel pour juguler cette baisse et pérenniser notre système de protection sociale.



Partie I – Le départ en retraite : une perte du pouvoir d'achat dédié à la santé

A) L'impressionnant effet ciseaux lié au départ en retraite

L'effet ciseaux présenté en introduction, s'il prend de plus en plus d'importance dans les débats, reste encore un sujet d'experts⁶, malgré les importantes conséquences pour les personnes concernées. **Pour illustrer l'effet ciseaux en question, nous avons choisi de prendre trois cas fictifs de salariés à des niveaux de salaire et de protection différents.** Ces profils sont les plus représentatifs dans la population d'actifs, et les caractéristiques retenues (taux de remplacement et durée de cotisation) sont issues des différents travaux du COR⁷.

6 Le rapport du HCAAM de 2021 avait notamment mentionné l'explosion des dépenses contraintes liées à la hausse du taux d'effort une fois à la retraite pour justifier son scénario de bouclier sanitaire. Depuis, ce sujet prend de plus en plus de poids chez les économistes de la santé et les experts du domaine, allant jusqu'à une prise de position récente du ministre de la Santé.

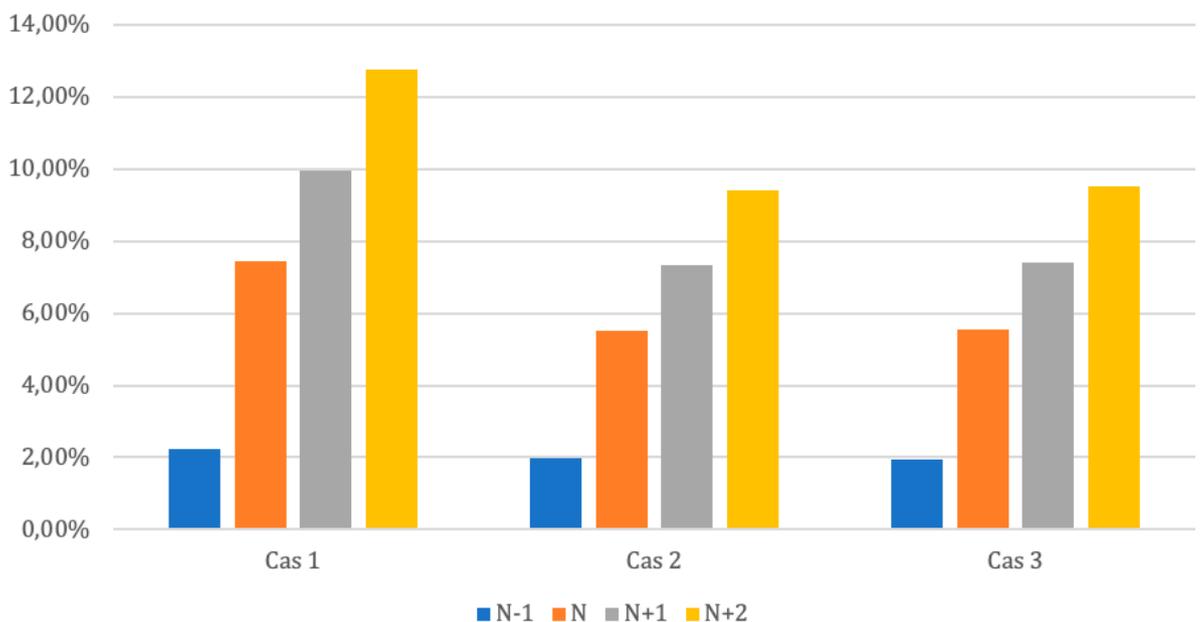
7 Données issues du dernier volet des estimations du Conseil, publié en juin 2023

Cas 1 : salarié non-cadre, partant à la retraite à 61 ans et atteignant cet âge au chômage comme 40% des Français, avec un taux de remplacement de 65,7% sur un salaire de 2 130€, disposant d'un contrat aux garanties moyennes (95,59€ / mois).

Cas 2 : salariée cadre intermédiaire partant à la retraite à 63 ans, avec un taux de remplacement de 78,1% sur un salaire de 3 500€, disposant d'un contrat aux garanties fortes (137,85€ / mois).

Cas 3 : salariée non-cadre partant à la retraite à 62 ans, avec un taux de remplacement de 75,8% sur un salaire de 1 490€, disposant d'un contrat aux garanties minimales (57,47€ / mois).

Graphique 3 – Variations du taux d'effort au moment du départ en retraite



Lecture : au moment du départ en retraite (année N) le salarié du cas 3 verra son taux d'effort passer de 1,93% à 5,55% de son revenu.

Note : cette simulation prend en compte la hausse des cotisations appliquée au 1er janvier, ainsi que la hausse des pensions de retraite.

Le graphique 3 illustre **l'augmentation rapide du poids de la protection santé dans le budget des seniors au moment du départ à la retraite. Au bout de trois années de retraite, le taux d'effort liée à la protection sociale est six fois plus important qu'au moment de la dernière année d'activité.** Une augmentation qui concerne tous les actifs, quel que soit leur niveau de revenu de protection, et qui est d'autant plus importante pour une personne à la carrière hachée (cas 1). Le pouvoir d'achat se retrouve ainsi effrité par un double effet : la baisse des revenus et la hausse des cotisations.

*Graphique 4 – Synthèse des hausses du poids de la cotisation
mutuelle dans le revenu*

	Entre l'année du départ en retraite et la dernière année en activité	Entre la troisième année en retraite et la dernière année en activité
Cas 1	331%	568%
Cas 2	279%	478%
Cas 3	287%	492%

Un actif soldant sa retraite au 1^{er} janvier 2024 accusera une forte hausse de son budget dédié à sa protection santé pouvant multiplier son taux d'effort par six. L'avantage social de l'accès généralisé à une mutuelle à faible coût s'efface donc très rapidement au moment du départ à la retraite, au point de devenir **un fardeau financier pouvant représenter jusque 10% du budget total de l'individu.**

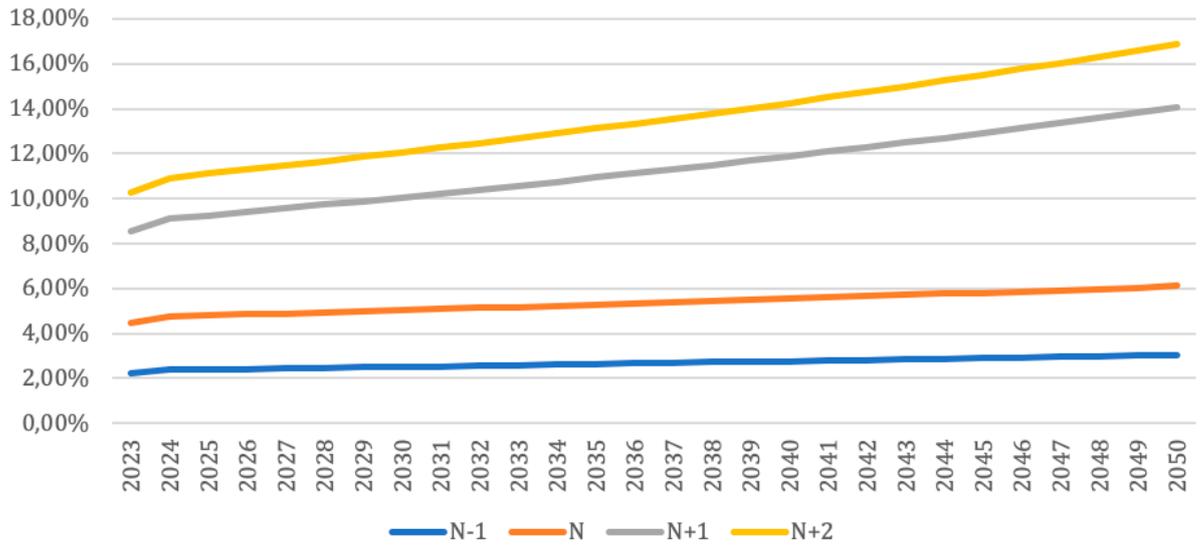
B) Une dégradation du pouvoir d'achat santé attendue dans les prochaines années

Cette dégradation observée du pouvoir d'achat dédié à la santé s'effectue pourtant dans un moment où le niveau de vie relatif des retraités est au plus haut sur un siècle (graphique 1). À l'aune de la baisse à venir du niveau des pensions, cette érosion du pouvoir d'achat sera donc d'autant plus forte dans les prochaines années.

Les estimations du COR font état d'une baisse à venir du taux de remplacement de près de 15 points pour les actifs d'ici 15 à 20 ans. Cet appauvrissement relatif, complété par une hausse des cotisations, **risque ainsi de venir grever un peu plus le pouvoir d'achat futur des actifs actuels,** qui subiront cet effet ciseaux dans des proportions encore plus violentes.

Les graphiques 5 à 7 présentent nos estimations concernant le taux d'effort des futurs retraités partant entre 2024 et 2050, selon leur profil. Pour les construire, nous avons appliqué un taux de croissance des salaires de 3%, une hausse des cotisations de 4% et une dépréciation lente du taux de remplacement fournie par les travaux du COR et adaptée à chaque profil présenté plus haut.

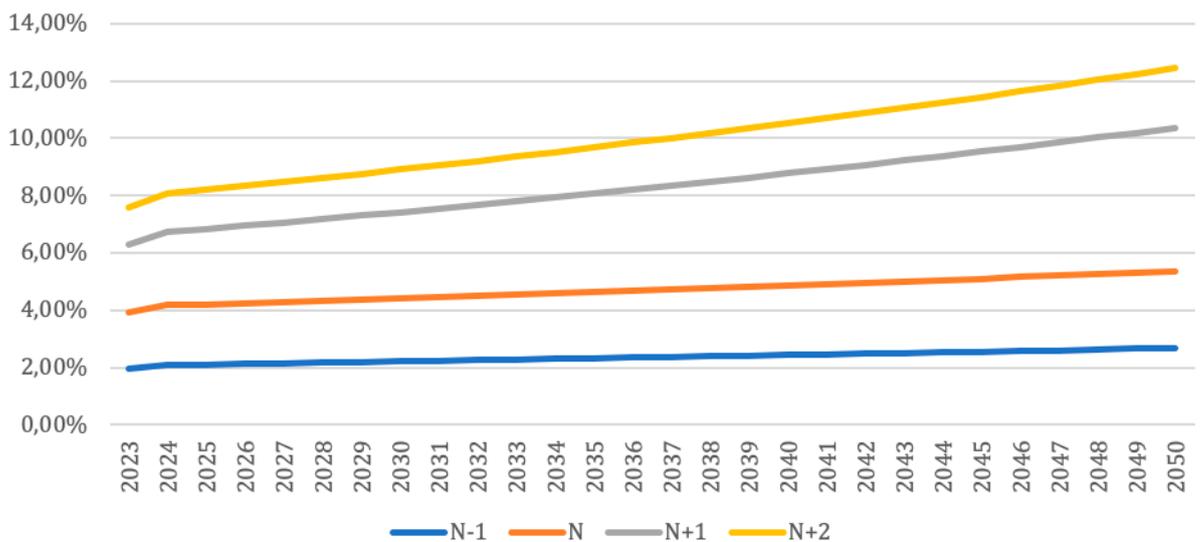
Graphique 5 – Estimations du taux d'effort projeté pour un salarié du cas 1



Lecture : un salarié au profil présenté dans le cas 1, partant à la retraite en 2046 aura un taux d'effort de 5,9%, puis de 13,4% l'année suivante et de 16,3% en 2048.

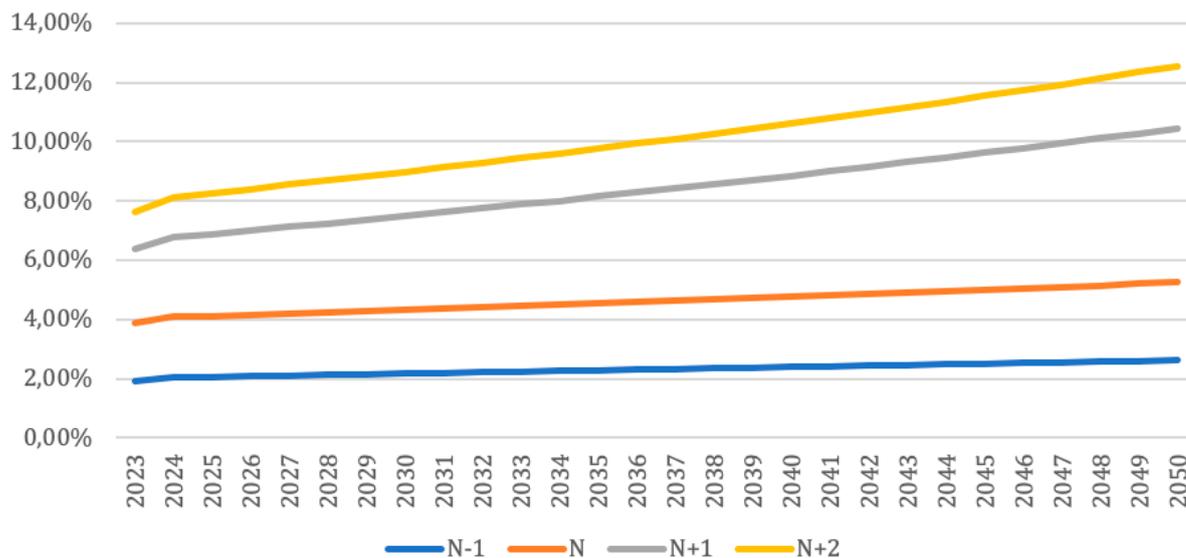
Alors que les taux d'effort en N-1 (dernière année d'activité professionnelle) et en N (année de la retraite) restent relativement stables dans le temps, les taux d'effort en N+1 et N+2 s'envolent, progressant de plus de 6 points dans les prochaines années.

Graphique 6 – Estimations du taux d'effort projeté pour une salariée du cas 2



Lecture : une active dont le profil correspond au cas 2, partant à la retraite en 2038, aura un taux d'effort de 4,8%, contre 3,9% pour celle partie en 2023.

Graphique 7 – Estimations du taux d'effort projeté pour une salariée du cas 3



Lecture : une salariée présentée au cas 3 partant en retraite en 2024 et ayant eu un taux d'effort de 1,9% en 2023 verra ce dernier bondir à 8,4% en 2026, lors de sa deuxième année à la retraite.

Cette situation d'explosion des dépenses allouées à l'assurance santé est potentiellement corrosive pour les finances publiques. Une telle augmentation du taux d'effort, réalisée sur une temporalité aussi courte, crée **un puissant choc désincitatif pour les individus concernés, pouvant les pousser à amoindrir leur protection, voire à renoncer à certains soins**. Concrètement, cela représente moins de visites chez le médecin généraliste, une moins bonne observance des traitements médicamenteux, un moindre recours aux médecins spécialistes et une diminution des soins paramédicaux.

Une raréfaction des visites médicales et du suivi des traitements qui viendra mécaniquement diminuer les détections précoces des pathologies et affaiblir les différentes mesures de prévention. S'en suivra une forte augmentation des maladies chroniques et évitables, ayant un coût très important dans le budget de la Sécurité sociale. Nous sommes donc face à une **potentielle bombe sanitaire et financière qu'il est nécessaire de désamorcer dès aujourd'hui**.



Partie II – La préparation de la retraite : la nécessité d'une capitalisation dédiée à la santé

A) *La lutte contre les renoncements aux soins*

La situation dépeinte dans la partie précédente interpelle et impose une résolution rapide. **La perte de pouvoir d'achat induite par l'effet ciseaux a des conséquences directes sur la hausse du renoncement aux soins**, et ce à deux titres.

Premièrement à cause de l'effet budgétaire, notamment en période d'inflation. Celui-ci pousse 26% des Français à renoncer à se soigner⁸ et 44%⁹ à diminuer leurs dépenses en matière de santé. Cette renonciation peut s'illustrer par une diminution de la protection sociale individuelle, un non-recours à certains soins, voire un

8 <https://www.ifop.com/publication/limpact-du-reste-a-charge-sur-le-renoncement-aux-soins-medicaux/>

9 <https://www.cofidis-group.com/2023/04/12/le-budget-annuel-des-frais-de-sante-en-forte-hausse-depuis-5-ans-75/>

abandon d'un traitement en cours à cause d'un reste à charge trop important.

Deuxièmement, à cause de l'effet géographique. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)¹⁰, un individu situé dans une zone sous-dotée sur le plan médical a 1,57 fois de risques en plus de renoncer aux soins que s'il vivait dans une zone médicalisée. Or, **la baisse du pouvoir d'achat des retraités peut les pousser à effectuer des arbitrages budgétaires sur d'autres postes de dépenses que la santé**, comme le logement. Abandonnant ainsi une habitation en grande agglomération pour une zone où le foncier est moins coûteux mais marquée par une importante désertification médicale, le retraité sera amené là aussi à renoncer à certains soins, par manque de praticiens autour de lui.

Ce renoncement est d'autant plus préjudiciable qu'il s'opère à un âge où les besoins en diagnostic et en suivi médical sont les plus importants. C'est notamment à cette période de la vie que se manifestent le plus les pathologies chroniques. Ces dernières concernent 36% de la population française (dont très majoritairement des retraités) la prévalence des maladies chroniques croît de manière exponentielle avec l'âge et elles représentent plus de 60% des dépenses annuelles de l'Assurance maladie (106 milliards sur 170 milliards d'euros)¹¹. À ce poids relatif important s'ajoute une importante croissance annuelle du nombre de patients concernés, supérieure à celle de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)¹², c'est-à-dire que ces pathologies croissent à un rythme plus élevé que nos capacités budgétaires en matière de santé, mettant ainsi à mal la pérennité de notre système sur le long terme¹³.

Or, contrairement à certaines affirmations, les dépenses de santé des Affections de Longue Durée (ALD) ne sont pas couvertes à 100% par la Sécurité sociale, cette dernière ne couvrant pas les dépassements d'honoraires et les nombreux actes et produits non remboursables, qui sont ainsi laissés en partie à la charge des complémentaires santé. La DREES¹⁴ estime ainsi que le reste à charge moyen pour les patients en ALD est de 20%, dont 60% en dépassement d'honoraires (pour une dépense moyenne de 520€).

10 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

11 <https://www.institutsapiens.fr/observatoire/lutter-contre-les-pathologies-chroniques-un-enjeu-de-sante-publique/>

12 Objectif national de dépenses de l'Assurance Maladie

13 Lutter contre les pathologies chroniques, un enjeu de santé publique, janvier 2023

14 Etudes et Résultats n°1251, décembre 2022

La réduction du nombre de pathologies chroniques passe avant tout par une politique de prévention efficace (dans ses trois dimensions : primaire, secondaire et tertiaire). Or, elle ne peut se faire sans échanges directs avec un praticien pouvant à la fois détecter les signaux faibles de la maladie et apprendre aux patients les bons gestes à adopter pour l'endiguer et la juguler. L'avancée des pathologies chroniques ne pourra être stoppée si les renoncements aux soins pour raisons financières, en sus du nonaccès « physique » aux soins, augmentent, et c'est pour cette raison qu'il nous faut prévenir la hausse du taux d'effort des retraités.

B) Les effets positifs d'un Plan Avenir Santé Séniors

À l'instar de la retraite qui se prépare durant toute une carrière, le pouvoir d'achat dédié à la santé doit lui aussi se construire sur le long terme. Ainsi, il est essentiel de parvenir à **développer un dispositif permettant d'atténuer l'effet ciseaux pour empêcher un maximum de renoncement** aux soins parmi nos aînés et optimiser leurs parcours de soins.

Dans un contexte d'importants déficits publics et de hausse des taux d'intérêt, il est inconcevable de s'en remettre exclusivement au budget de l'État ou à celui de la Sécurité sociale. Selon nous, **la réponse à cette situation se situe dans la constitution d'une épargne santé tout au long de la carrière professionnelle, à travers un versement annuel vers un fonds dédié.**

Concrètement, **cela signifie que chaque actif disposerait d'un compte épargne santé personnel, sur le modèle du Plan d'Épargne Retraite (PER) créé par la loi PACTE, abondé à parts égales par l'actif lui-même, son employeur et l'État, fonctionnant sur le principe de la capitalisation pour croître au rythme des intérêts composés, pouvant être mobilisé en dividendes une fois à la retraite pour compenser la perte de pouvoir d'achat.**

Nous avons ainsi réalisé différentes simulations visant à évaluer les montants nécessaires à capitaliser pour absorber une partie de la hausse des dépenses de santé générales et de la hausse des dépenses liées à l'âge. Pour y parvenir, nous avons actualisé à l'horizon 2066 la somme à capitaliser par un actif tout au long de sa carrière pour obtenir un versement pouvant couvrir 25% des dépenses liées à son contrat complémentaire santé, une fois à la retraite.

Nous avons réalisé nos estimations sur la base des hypothèses suivantes :

- une durée théorique de cotisation de 42 ans (début de carrière à 22 ans en 2024 pour un départ à 64 ans en 2066) ;
- une hausse annuelle moyenne du coût de la cotisation de 4% ;
- un taux de rendement sur les encours de 3% ;
- une baisse du taux de remplacement constante (selon les données du COR).

Nous avons ainsi évalué que les montants suivants correspondent aux montants à capitaliser annuellement, selon le niveau de protection choisie¹⁵ :

- **781,1€ / an** pour un contrat aux garanties élevées (soit 260,4€ par contributeur) ;
- **542€ / an** pour un contrat aux garanties moyennes (soit 180,6€ par contributeur) ;
- **325,5€ / an** pour un contrat aux garanties basses (soit 108,5€ par contributeur).

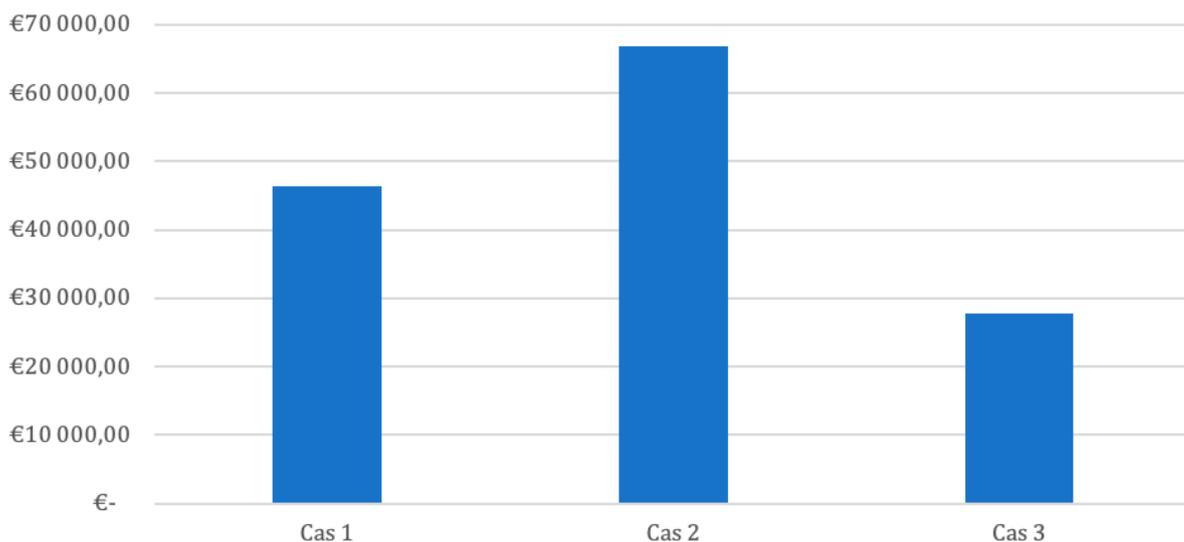
Pour rappel, les cotisations moyennes liées aux garanties des différents contrats observées actuellement sont les suivantes :

- garanties importantes (fort) : **1 654,27€/an** (soit 137,85 €/ mois) ;
- garanties normales (moyen) : **1 147,12€/an** (soit 95,59 €/ mois) ;
- garanties minimales (minimum) : **689,69€/an** (soit 57,47 €/ mois).

Selon les différents montants de versement correspondant aux niveaux de garanties (et à nos profils fictifs), nous estimons que le PASS rattaché à chaque actif pourrait obtenir les tailles suivantes à l'horizon 2066 :

¹⁵ Nous avons ici réalisé l'hypothèse qu'un salarié restait toute sa carrière dans le même niveau de garanties pour rendre les résultats plus lisibles

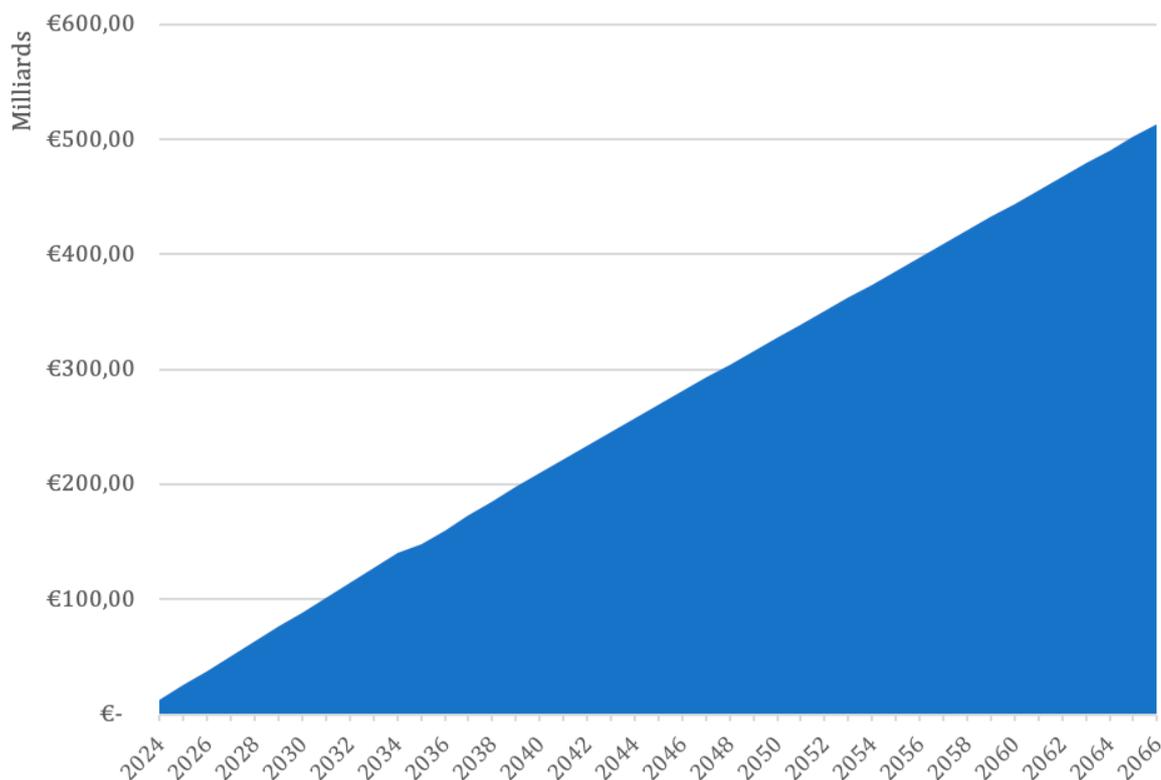
Graphique 8 – Volume total du fonds individuel en 2066 selon les cas de salariés



Lecture : avec un versement annuel correspondant de 542€, le salarié du cas 1 disposera en 2066 d'un fonds personnel de 46 332€.

Une capitalisation annuelle de 781,1€ pour un actif du cas 2, débutant sa carrière au 1^{er} janvier 2024 lié à un contrat santé aux garanties hautes (et supporté à parts égales par l'État, son employeur et lui-même), lui octroiera une fois à la retraite (en 2066) un capital de 66 771€. Les sommes ainsi capitalisées et bloquées tout au long de la carrière permettent d'obtenir un important fonds dédié à la santé, variant entre 27 825€ et 66 771€ selon les profils d'assurés. Une somme importante, qui l'est encore plus lorsqu'on l'apprécie de manière agrégée.

Graphique 9 – Volume total du PASS



En prenant en compte les futures évolutions de la population active fournies par l'INSEE, nous estimons qu'**à l'horizon 2066, le PASS global pourrait atteindre la taille de 513 milliards d'euros**¹⁶. Il est à ce titre intéressant de noter que la dimension capitalisation du fonds permet de compenser la diminution de la population active attendue dans les prochaines années, les intérêts composés permettant de compenser l'effet démographique.

Pour parvenir à cette taille, voici l'effort brut que chacun des contributeurs au PASS (État, employeur et salarié) doit fournir tout au long de la carrière de l'actif selon le cas :

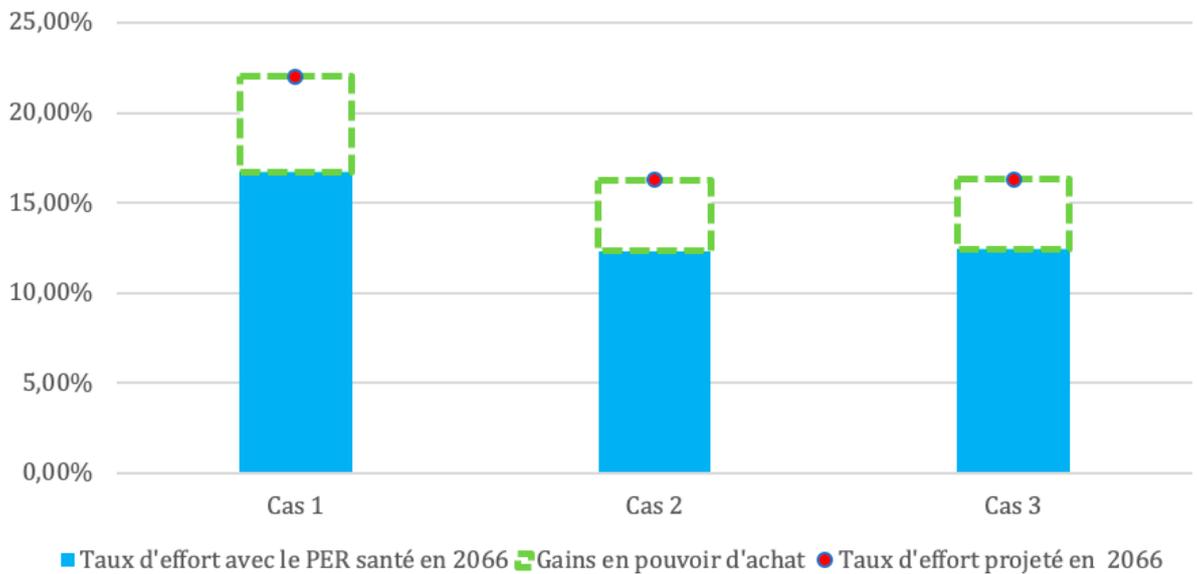
- **cas 1** : 7 769€ ;
- **cas 2** : 11 196€ ;
- **cas 3** : 4 658€.

Il est intéressant de constater que pour ces trois cas testés, le montant global des contributions est deux fois moindre que le montant du fonds obtenu, grâce à l'action des intérêts composés. **En termes de rentabilité, cela signifie que chaque euro versé par le salarié lui donne droit à six euros au moment de son départ**

¹⁶ Pour parvenir à cette estimation, nous avons simulé les versements annuels dépendant des critères susnommés, et appliqué un taux de sortie du marché du travail variant entre 3% et 5% par année, correspondant aux départs en retraite à venir.

en retraite. Les dividendes du fonds, versés une fois à la retraite, viendront ainsi compenser une partie de la hausse du budget dédié à la mutuelle, représentant ainsi un gain en pouvoir d'achat variant entre 3 et 5 points de pourcentage du taux d'effort selon son profil.

Graphique 10 – Gains en pouvoir d'achat pour les salariés selon leur cas-type (projections d'ici à 2066)



Lecture : en 2066, un salarié du cas 1 allouera 22% de son budget au paiement de sa mutuelle. Le versement en rente du PASS lui permettra de faire baisser ce taux d'effort à 16,72%, lui rendant ainsi 5,29% de son revenu en pouvoir d'achat

Nos simulations de gains pour les trois cas-types montrent que **le dispositif permet de rendre du pouvoir d'achat aux futurs retraités, dans des proportions très importantes.** Le transfert de richesses intertemporel est même fortement positif, les actifs étant gagnants sur le long terme grâce aux mécanismes de capitalisation.

Graphique 11 – Comparaison de l'effort instantané par rapport aux gains à venir pour les cas-types

	Versement en proportion du salaire	Gain en pouvoir d'achat à la retraite
Cas 1	2,11%	5,29%
Cas 2	1,86%	3,91%
Cas 3	1,81%	3,86%

Lecture : un salarié du cas 3, en allouant 1,81% de son salaire annuel à l'alimentation de son PASS, pourra augmenter son pouvoir d'achat de 3,86% à la retraite.

Le PASS représente donc un investissement individuel intéressant pour les concernés, leur permettant d'assurer au mieux leurs dépenses de santé une fois à la retraite. Il est également intéressant de noter que **ce mécanisme est aussi efficace pour les actifs les moins riches que pour les plus aisés**. Enfin, il permet même dans le cas 1, où l'actif n'a pas une carrière complète, de venir compenser un peu plus la baisse du pouvoir d'achat liée à la décote appliquée aux pensions dans ce cas-là.

Encadré – Les caractéristiques techniques et fiscales du PASS

Nous proposons que le PASS dispose d'une fiscalité similaire à celle du PER, prévoyant ainsi une déduction des sommes entrantes mais une imposition des sommes sortantes. Concrètement, cela représente pour l'entreprise une économie de 28% sur la tranche 1 et de 20% au-delà en exonération de cotisations. Pour le salarié, il s'agit d'une économie de 7% sur la tranche 1 et 1% au-delà, ainsi que d'une exonération à l'impôt sur le revenu. En parallèle, la rente versée une fois à la retraite sera imposable à l'impôt sur le revenu, et la partie de la rente correspondant aux gains générés par les versements volontaires sera imposée à hauteur du taux des prélèvements sociaux, soit 17,2%. Ce choix permettra d'augmenter le volume des sommes versées et favorisera la croissance du fonds.

Ledit fonds devra au moins être labellisé Investissement Socialement Responsable (ISR) et présenter des investissements vertueux d'un point de vue social et écologique, en accord avec les standards européens en la matière.

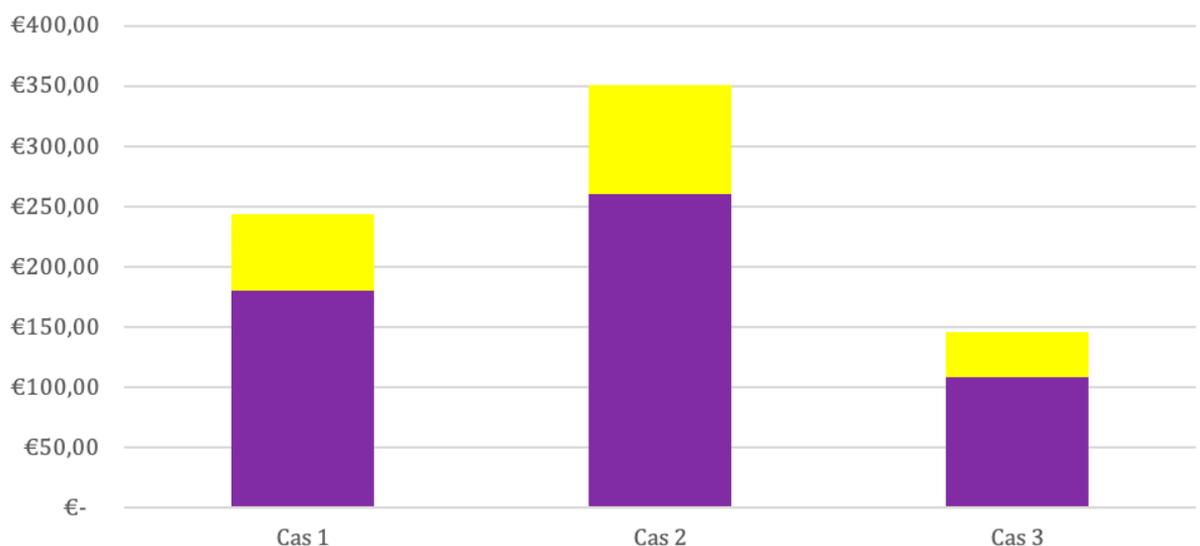
Le fonds pourra également servir de levier de financement pour soutenir les initiatives innovantes liées au maintien de l'autonomie des seniors. Les contributions versées par les salariés, les entreprises et l'État favoriseront ainsi un développement de l'écosystème français en santé, permettant un double retour bénéfique sur investissement. Enfin, notons que le fonds que nous proposons ne pourra en aucun cas faire l'objet d'une sortie prématurée, à l'inverse du PER, et ne pourra être touché qu'en dividendes au moment du départ en retraite, pour n'être utilisés qu'à la baisse du taux d'effort santé du bénéficiaire.

En prenant en compte les caractéristiques fiscales du PASS, nous pouvons ainsi estimer le potentiel coût pour l'État, qui se retrouve à devoir financer le dispositif à double titre : en contribuant à hauteur d'un tiers du versement annuel et en permettant de ne pas fiscaliser les montants ventilés vers le PASS, que ce soit au niveau de l'entreprise comme de l'individu.

Le coût de ce dispositif est en réalité presque neutre pour l'Etat. D'abord car il fiscalise « à la sortie » les montants retirés du PASS une fois le salarié arrivé à la retraite. Ensuite car sa contribution est compensée par le renforcement de la « taxe soda » (dont le but est de réduire l'obésité en France) et qui serait fléchée vers le nouveau dispositif renforçant ainsi son impact en terme de santé publique (baisse projetée du diabète de type 2, de l'obésité, et des maladies coronariennes).

Le coût annuel pour les finances publiques du PASS s'élève ainsi à 244€ pour un salarié du cas 1, à 351€ pour un salarié du cas 2 et à 146€ pour un salarié du cas 3. Un coût qui comporte le versement annuel et les pertes fiscales liées aux exonérations (mais qui ne tient pas en compte des compensations (cf ci-dessus).

Graphique 12 – Coût par salarié et par an pour l'État



D'un point de vue macroéconomique, en prenant en compte la pondération des différents profils-types de salariés dans la population active globale, on obtient un coût annuel pour les finances publiques de 5,68 milliards d'euros, ventilé de la façon suivante :

- 1,47 milliard d'euros au titre des exonérations fiscales des versements ;
- 4,21 milliards d'euros au titre des versements sur les PASS des salariés.

Ce montant, pouvant paraître important au premier abord, est entièrement compensé et ne représente que 5% des dépenses annuelles allouées au financement des pathologies chroniques, dont la réduction par un meilleur recours aux soins figure dans les objectifs du PASS.

Graphique 13 - Synthèse des gains et des pertes par contributeur sur la durée de vie d'un salarié selon le cas étudié

		Coût total	Gain total	Balance
Cas 1	Salarié	7 769€	46 711€	+38 962€
	État	10 488€	8 034€	-2 454€
	Entreprise	5 593€	/	-5 593€
Cas 2	Salarié	11 196€	67 362€	+56 166€
	État	15 145€	11 586€	-3 559€
	Entreprise	8 061€	/	-8 061€
Cas 3	Salarié	4 658€	28 083€	+23 425€
	État	6 288€	4 830€	-1 458€
	Entreprise	3 354€	/	-3 354€

Lecture : sur la durée totale de sa vie (carrière + retraite), le PASS aura coûté 11 196€ au salarié du cas 2, mais lui aura permis de toucher 67 362€, générant ainsi un gain net de 56 166€.

Évalué au niveau global de la carrière, **le PASS affiche une balance fortement positive pour le salarié, lui permettant de récupérer entre 23 425 € et 56 166€ net, après impôt.** L'État, de son côté, se retrouve à devoir s'acquitter d'un coût global compris entre 1 458€ et 3 559€ sur toute la vie de l'individu. L'entreprise apparaît ici comme la plus grande contributrice nette à ce dispositif, la contribution pour un salarié variant de 3 354€ à 8 061€ après impôt. Cette donnée doit **pousser les entreprises à promouvoir le versement au PASS comme un élément extra-salarial de la rémunération et devenir un élément d'attractivité à part entière.**



Conclusion

Les prévisions concernant le pouvoir d'achat des retraités semblent de plus en plus sombres. La hausse – justifiée notamment par les transferts de charges – du tarif des complémentaires santé pour les seniors rend l'effet de seuil à l'âge de la retraite toujours plus marqué d'année en année. **Notre société, qui ne peut se satisfaire qu'une catégorie entière de la population renonce à se soigner ou à se couvrir pour raisons financières, semble dans l'obligation de trouver des solutions et d'innover.** Car en réalité, c'est tout l'équilibre de notre système de protection sociale créé en 1945 qui est menacé par cette nouvelle « fracture » à l'âge de la retraite.

Pour éviter une explosion des renoncements aux soins qui aurait de lourdes conséquences en matière de santé publique, la création d'un Plan Avenir Santé Séniors (PASS) alimenté par la personne en activité, l'État et l'entreprise tout au long de la carrière apparaît comme un outil efficace pour diminuer le taux d'effort actualisé de chacun, et ainsi maintenir une bonne couverture de la population. **Pour un euro versé par le salarié durant sa carrière, il pourra récupérer jusqu'à six euros en hausse de son pouvoir d'achat santé une fois à la retraite.**

Ce transfert intertemporel de revenus représente une formidable opportunité de diminuer drastiquement les renoncements aux soins à venir des retraités, mais aussi d'accompagner financièrement la création de solutions innovantes accompagnant l'un des plus importants défis auquel notre pays est confronté, à savoir le vieillissement en bonne santé de la population.

Le PASS est ainsi une arme à **triple effet pour créer une protection sociale adaptée aux besoins d'une population vieillissante, aider au développement d'innovations majeures préparant au mieux l'avenir de notre système de santé, et lui assurer une importante stabilité** et une véritable pérennité pour les prochaines décennies.

Méthodologie et sources

Pour construire nos cas-types d'actifs, nous avons sélectionné trois profils représentatifs de la population active, auxquels nous avons appliqué le taux de remplacement moyen observé par le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) pour lesdits niveaux de salaire.

Pour effectuer nos simulations de perte en pouvoir d'achat présentées dans la partie I, nous avons construit un modèle de micro-simulations permettant d'estimer au mieux l'évolution du taux d'effort pour chaque profil d'actif sur le long terme. Les montants liés aux différentes garanties des contrats santé ont été fournis par notre partenaire SPVIE Assurances. Pour effectuer nos estimations dynamiques liées à la hausse de 9% des cotisations complémentaires, nous avons appliqué le taux observé par la Mutualité française.

Pour effectuer nos simulations de gains en pouvoir d'achat, présentées dans la partie II, nous avons repris les travaux de notre partenaire SPVIE Assurances sur la somme à capitaliser selon les profils dès aujourd'hui pour espérer de manière actualisée une prise en charge de 25% de la couverture santé une fois à la retraite en 2066. Nous avons ensuite construit un modèle de macro-simulations où, en reprenant les projections de l'INSEE de la population active que nous avons segmentées par niveaux de revenus, nous avons pu estimer le nombre d'actifs cotisant sur chaque profil. Nous avons appliqué ensuite un taux de sortie du marché du travail variant entre 3 et 5%, pour simuler les futurs départs à la retraite. Enfin, nous avons simulé l'effet du versement annuel des dividendes pour les néo-retraités (rapporté à leur durée de cotisation pour ceux n'ayant pas atteint le taux plein) pour obtenir nos simulations dynamiques sur la taille du fonds.

Concernant la balance des gains et des pertes pour les trois acteurs, nous avons agrégé leurs versements tout au long du processus corrigés des différentes mesures fiscales et sociales applicables, puis nous les avons comparés avec les différents revenus dédiés, que ce soit par des versements en dividendes pour les actifs ou en recettes fiscales pour l'État.

