

Note n° 129 aux retraitées et retraités adhérant à Solidaires

Le 29 mai 2025

Moins de Sécu, plus de complémentaire santé, et l'assuré·e trinque !

En 2024, les tarifs des complémentaires santé ont déjà très fortement augmenté : entre 8 % et 12 % pour les contrats collectifs, 9 % et 11 % pour les particuliers. Selon le cabinet Addactis, sur les 6,2 % d'augmentation médiane pour 2025, environ 60 % sont dus à la hausse générale des dépenses de santé (inflation) et au vieillissement de la population, et 40 % aux transferts de charges de la Sécu vers les complémentaires.

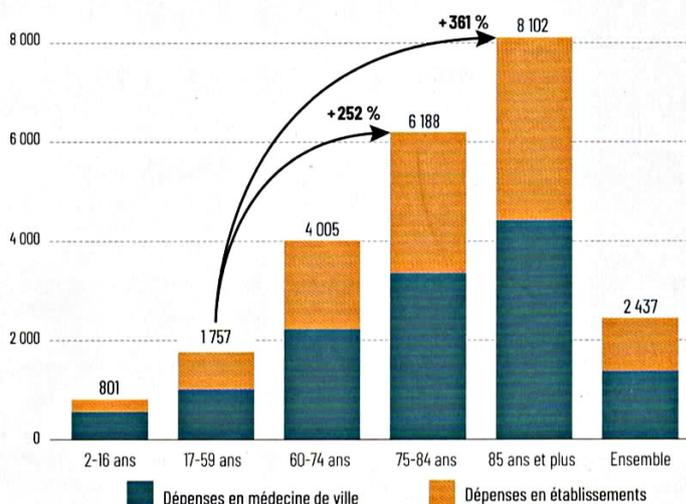
La commission des affaires sociales du Sénat a demandé une mission d'information dont les conclusions du 26 septembre 2024 ont notamment mis en évidence :

- Les frais de gestion augmentent deux fois plus que l'inflation entre 2011 et 2022.
- La prise en charge croissante des médecines douces (ostéopathie, naturopathie, sophrologie, etc.) en a multiplié le coût par cinq en huit ans (un milliard d'euros) alors que, selon elle, leur « efficacité n'est pas prouvée scientifiquement ».
- L'extension continue des garanties des contrats « responsables et solidaires » (cette mode d'un usage des mots à la mode) permet aux employeurs et aux salarié·e-s de bénéficier d'exonérations sociales et fiscales.

Les complémentaires santé se défendent, appellent à une refonte du contrat responsable afin d'assurer « l'accès de tous aux soins essentiels (...) sans devenir un frein à cause de son coût trop élevé pour certains ». Elles plaident surtout pour une véritable réflexion sur le financement de nos dépenses de santé « 315 milliards d'euros sans satisfaire personne et en ne garantissant pas l'accès aux soins ». À juste titre, elles demandent l'arrêt des mesures à l'emporte-pièce, les transferts de charges vers les complémentaires pour boucler le budget de la sécurité sociale.

LES DÉPENSES DE SANTÉ AUGMENTENT TRÈS FORTEMENT AVEC L'ÂGE

Dépenses de santé (médecine de ville et établissements) par tranche d'âge en 2022, en euros
Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (Reps)



L'Unirs et Solidaires dénoncent la baisse des dépenses qui répondent de moins en moins aux besoins de bonne santé, elles demandent une augmentation des recettes, la fin des exonérations de cotisations, l'extension de la cotisation sur l'ensemble des éléments du salaire, ... car les besoins augmentent, du fait du vieillissement de la population, des affections de longue durée qui deviennent chroniques, de l'explosion du coût de certains traitements, ...

Logiquement, les dépenses augmentent avec l'âge et, à l'opposé du principe de solidarité, les complémentaires augmentent leurs tarifs avec l'âge pour couvrir les dépenses, dans la logique capitaliste qui rembourse en fonction de ce qui a été cotisé. Nous défendons le 100 % Sécu au principe bien plus solidaire « de chacun selon ses possibilités, à chacun selon ses besoins ». Que l'on cotise peu ou beaucoup, dès lors que c'est en fonction de tous nos revenus, nous avons le même droit d'accès aux soins !

Conséquences du 100% santé sur les tarifs

Le 100% santé (pas de reste à charge pour certaines lunettes, prothèses dentaires et auditives) a été attribué par le gouvernement aux complémentaires santé, s'éloignant ainsi du 100 % Sécu que nous revendiquons.

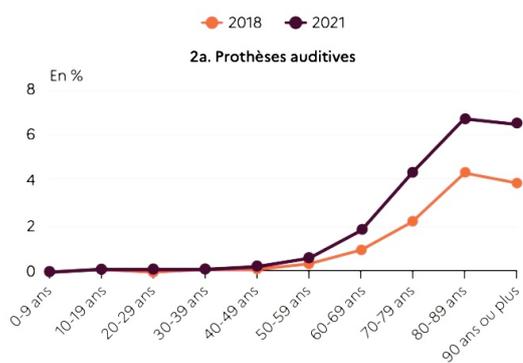
Le 100 % santé a surtout amélioré l'accès aux audioprothèses avec deux paniers :

- Des produits plafonnés à 950 euros par oreille et sans aucun reste à charge.
- Les autres, à tarifs libres, remboursés au moins 400 euros par oreille (et au plus 1 700 euros pour éviter l'inflation des prix) par l'assurance maladie et la mutuelle.

Le nombre de personnes appareillées a augmenté de 73 % en deux ans (de 447 000 en 2019 à 773 000 en 2021), dont 40 % au titre du panier 100 % santé. Une personne sur deux en déficience auditive est désormais équipée.

Les assuré-e-s les plus âgé-e-s en ont été les principaux bénéficiaires. Par exemple, 4,1 % des 70-79 ans ont acheté un équipement en audiologie en 2021 contre 2,2 % en 2018 (+ 83 %).

Taux de recours aux prothèses auditives, aux prothèses dentaires et à des lunettes, par tranche d'âge, en 2018 et 2021



Les prothèses dentaires sans reste à charge : aux dépenses de 3,5 milliards d'euros se sont ajouté 2,2 milliards pour les prothèses à tarifs maîtrisés.

Pour l'optique, le reste à charge est resté stable, le panier à tarifs libres est privilégié, surtout pour les montures jugées plus esthétiques et confortables. C'est un échec.

Le zéro reste à charge a soulagé le porte-monnaie des assurés. Selon la Drees (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé), le reste à charge moyen des ménages ne s'élevait plus en 2023 « que » à 22 % des dépenses réalisées dans les trois secteurs visés, au lieu de 15 % en 2019.

Mais les tarifs ont augmenté et les plus âgé-e-s ont payé bien plus. Entre 2019 et 2021, les dépenses pour ce 100 % santé ont augmenté de 2,1 milliards d'euros (+30 %), et les tarifs des contrats individuels pour les personnes âgées ont augmenté fortement. Le graphique ci-dessous indique +7 % à 60 ans, +11 % à 75 ans, +12 % à 85 ans, tandis que ceux des contrats collectifs sont restés quasiment stables (la crise sanitaire a réduit temporairement la consommation de soins sur d'autres postes).

Le surcoût du 100 % santé à fin 2022 pour les complémentaires est estimé entre 2 et 2,5 milliards d'euros. Pour diminuer ce coût, les délais de renouvellement des équipements optiques pourraient s'allonger de deux à trois ans, et auditifs de quatre à cinq ans. La hausse est due aussi au marketing des opticiens qui ajustent leurs tarifs au niveau des garanties et relancent leurs client-e-s tous les deux ans pour changer de lunettes, à la fraude (50 millions d'euros sur le 100 % santé) avec un exercice illégal de la profession d'audioprothésiste, une absence du suivi obligatoire des patient-e-s appareillé-e-s ou encore une facturation de matériel différent de celui délivré.

Le 100 % santé a laissé une partie de la population sur le carreau.

Le théorique reste à charge zéro ne fonctionne que pour les personnes couvertes par une assurance santé complémentaire. Pour les autres, le reste à charge demeure. La complémentaire santé solidaire (C2S) peut aider les plus démunis dont le revenu est très inférieur au seuil de pauvreté ... mais 4 % de la population et 10 % des retraité-e-s pauvres n'ont pas de complémentaire santé.

Pour en savoir plus :

- *Études et résultats n°1338* de la Drees du 29 avril 2025 : cliquer [ici](#).
- Alternatives économiques : cliquer [ici](#).

Évolution de la prime mensuelle pour un assuré de référence, entre 2019 et 2021



Gel de 241M€ au détriment des personnes âgées

Le gouvernement a présenté les grands axes de la future instruction budgétaire 2025. Les associations, fédérations et unions du secteur médico-social alertent sur une décision politique et budgétaire aussi incompréhensible qu'inacceptable : la mise en réserve prudentielle de 241 millions d'euros appliquée aux crédits destinés aux structures pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.

La mise en réserve prudentielle vise à prévenir d'éventuels dépassements d'enveloppes au cours de l'exercice budgétaire ... ce qui n'a aucun sens dans un secteur contraint par des enveloppes limitatives. Cette réserve sert, depuis plusieurs années, à financer les dépassements ailleurs.

Le gouvernement continue à ponctionner un secteur déjà en grande difficulté (pénurie de personnels, explosion des besoins, tension sur les financements). Et il ponctionne beaucoup, 22 % de l'objectif de dépenses (Ondam) au lieu de 12,5 % pour l'Ondam général. Depuis près d'une dizaine d'années, plusieurs millions d'euros ont été gelés, au détriment des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, sans qu'aucune restitution n'ait été prévue. Contrairement au secteur hospitalier, où la réserve prudentielle est restituée en fin d'année en cas de sous-consommation, le secteur médico-social ne bénéficie d'aucune souplesse et, dans la très grande majorité des cas, d'aucune restitution.

Le fait d'amputer de 241 millions d'euros les budgets du secteur médico-social est contradictoire avec le discours sur un « *plan ambitieux pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap* ».

Pour en savoir plus : cliquer [ici](#).

Ehpad publics en danger

La Fédération Hospitalière de France (FHF) a enquêté auprès de 818 Ehpad publics (sur 7 500) représentant près de 110 000 places. Leurs résultats budgétaires montrent :

- **Une progression du taux d'occupation moyen** ; 94,6 %.
- **Un déficit de plus de 7 Ehpad publics sur 10**, malgré la forte évolution des financements, l'inflation plus faible et les aides exceptionnelles (fonds d'urgence). Près de 4 Ehpad publics sur 10 rencontrent des difficultés de trésorerie courante.
- **Le montant du déficit se stabilise à 3 104 € (soit 8,5 € par jour) par place** en moyenne représentant un manque de financement de 545 millions €. Les déficits concernent surtout les sections tarifaires hébergement et dépendance.
- **Les difficultés de trésorerie s'aggravent** : pour la moitié des Ehpad publics autonomes, le nombre de jours de trésorerie d'avance ne dépasse pas 75 jours.
- **Le cumul des déficits depuis 2022 dégrade les capacités d'autofinancement et d'investissement**, et obère toute projection dans l'avenir pour l'offre médico-sociale publique en direction des personnes âgées.

Au-delà de ces incontestables constats, nous ne partageons pas une partie des solutions avancées par la FHF pour améliorer la situation financière des Ehpad publics.

Il est vrai que la concurrence avec le privé est faussée, que le public ne « bénéficie » pas des allègements de cotisations dont bénéficient depuis 2019 les établissements privés commerciaux ou associatifs, ni de l'exonération de taxes sur les salaires octroyée à d'autres Ehpad. **Solidaires et l'Unirs contestent toutes les exonérations** qui fragilisent la Sécurité Sociale et demandent un service public de l'autonomie doté de moyens publics à la hauteur des besoins.

De même, il est normal que le taux de cotisation retraite des employeurs publics augmente d'ici 2028, mais il serait tout aussi normal qu'il augmente pour tous les employeurs.

Pour voir le communiqué FHF : cliquer [ici](#).

Les médecins et la fin de vie

Un sondage commandé à l'Ifop par l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité révèle les chiffres de l'adhésion des médecins français à la légalisation de l'aide active à mourir :

- 74 % des médecins souhaitent la légalisation de l'aide active à mourir.

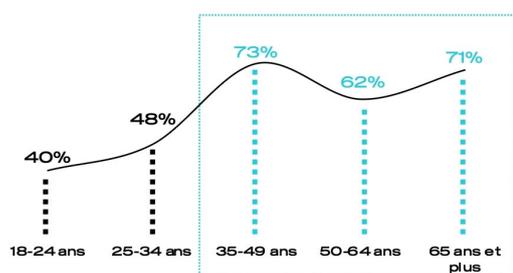
- 71 % des médecins considèrent que l'aide active à mourir est compatible avec les soins palliatifs.
- 58 % des médecins accepteraient, en ayant un rôle actif, de participer à une aide active à mourir.

Pour en savoir plus, cliquer [ici](#).

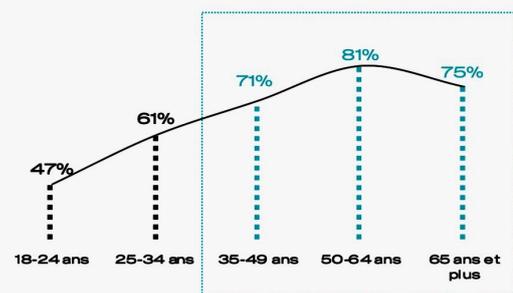
Crainte d'une privatisation de la santé

La santé vient juste après le pouvoir d'achat selon le baromètre CSA pour Havas Red Health. Elle préoccupe six personnes sur dix, notamment les plus âgées (85% des 50-65 ans), pour qui leur système de santé fonctionne mal et évolue dans le mauvais sens.

... le système de santé en France fonctionne **mal**



... le système de santé en France évolue dans le **mauvais sens**



Elles déplorent le manque de moyens humains dans le domaine médical, le manque de médecins, toutes spécialités confondues, les déserts médicaux et les délais pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, la saturation des urgences, la baisse de la qualité des soins et la hausse du reste à charge.

60 % craignent une privatisation totale du système de santé, elles pensent possible qu'un jour l'État ne s'en occupe plus et délègue ce rôle au secteur privé. Une écrasante majorité de 75% refuse cette évolution et reste attachée à notre sécurité sociale publique.

77% regrettent un manque d'investissements de l'État, notamment pour la formation des personnels soignants (57%), la recherche médicale (54%), la production de médicaments (43%).

Pour voir tous les résultats, cliquer [ici](#).

« Erreurs » dans le calcul des pensions

Selon la Cour des comptes le nombre d'erreurs de calcul de pension augmente : en 2020, elles concernaient un dossier sur six contre un sur neuf, il y a cinq ans. Les trois quarts pénalisent l'assuré-e. La CNAV précise que le manque-à-gagner « médian » était de 123 euros par an en 2020.

Les erreurs concernent davantage certaines prestations, notamment l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex-minimum vieillesse) où « la fréquence des erreurs atteint 23,8 % ».

La CNAV avance plusieurs facteurs explicatifs : difficultés à réunir toutes les pièces justificatives, en particulier pour les individus ayant eu des carrières heurtées, dont le nombre s'est accru au fil des années ; complexité de la réglementation.

Elle ne dit pas que c'est la conséquence de l'objectif des pouvoirs publics de réduire les coûts au détriment de la qualité, que la CNAV a été sommée de faire des « économies » tout en devant se mobiliser en faveur de publics fragiles et en se voyant confier de nouvelles missions (telles que l'intégration des travailleurs et travailleuses indépendant-e-s).

Rectification sur l'abattement de 10 %

Dans la note précédente d'avril, il est écrit que l'abattement fiscal de 10 % est plafonné à 4 321 euros par part fiscale. C'est une erreur, le plafond de 4 321 euros vise l'ensemble du « foyer fiscal ». S'il s'agit de deux personnes retraitées, le plafond intervient dès lors que le total annuel des pensions dépasse 43 210 euros (43 990 euros en 2026). À partir de deux retraites d'environ 1 800 euros par mois chacune, le plafond commence à jouer.

Pour les impôts 2026, avec les revenus de 2025, le plafond commence à 43 990 euros, cela veut dire qu'il concerne un couple touchant chacun une pension de 1 833 €. Si ce couple divorce tout en continuant à vivre ensemble, il ne sera touché que si chacune des deux pensions dépasse 3 665 €. Ce n'est pas juste, mais c'est ainsi !