COLLECTION

#02

ÉDUCATION
SANTÉ
INNOVATION
TRAVAIL

septembre 2026

CAP 2027
par l'Institut de l'ENTREPRISE

LIVRE BLANC SANTÉ

La santé, moteur de la croissance.
Sortir de la gestion de la pénurie
pour investir dans le capital humain.

À propos de l'Institut de l'Entreprise

Créé en 1975, l'Institut de l'Entreprise est une association à but non lucratif réunissant une centaine d'entreprises de dimension multinationale mais fortement implantées en France.
L'Institut travaille à valoriser le rôle et la place de l'entreprise dans notre société à travers différents programmes.

L'**Agora** orchestre un travail collégial entre dirigeants et parties prenantes sur les grandes transformations et mutations de l'entreprise.

L'**IHEE** accompagne et forme des dirigeants issus de l'entreprise et de ses parties prenantes.

Melchior crée le dialogue entre le monde de l'éducation et celui de l'entreprise afin d'améliorer l'insertion professionnelle des jeunes.

Mentions légales

Document conçu et réalisé par l'Institut de l'Entreprise - 29 rue de Lisbonne, 75008 Paris - 302 655 154 | Directrice de la publication : Flora Donsimoni | Création graphique : ©pastekart — Letizia Raugi, www.pastekart.com | Crédit photos : iStockphoto

Sommaire

Liste des contributeurs
page 02

Personnalités auditionnées
page 03

Synthèse
page 04

2027, l'année où la santé ne pourra plus attendre

Synthèse de nos propositions
page 06

Introduction
page 08

Le paradoxe français : une dépense de santé élevée, mais un capital humain insuffisamment protégé

01 page 14
Un système qui gère la pénurie au lieu de préparer l'avenir

1. La triple pénurie 16
2. Une gouvernance en panne 22
3. Le coût de l'immobilisme pour l'économie réelle 24

02 page 28
L'entreprise, acteur stratégique de la santé

1. Le travail, facteur de santé et de compétitivité : la double évidence oubliée 30
2. L'entreprise, levier de prévention sous-exploité 36
3. Les risques à prendre en compte pour les entreprises 39
4. Le cycle de vie professionnel : tous les âges, tous les profils, tous les passages 45

03 page 52
Libérer, prévenir, financer : nos propositions pour soigner le système de santé

1. ***Proposition phare n°1***
   Créer un passeport « prévention santé » universel, ouvert dès l'entrée dans la vie professionnelle 54
2. ***Proposition phare n°2***
   Adopter une loi-cadre de recomposition des métiers de santé pour garantir l'accès à un professionnel de santé en 24h 56
3. ***Proposition phare n°3***
   Rendre obligatoire un accord de branche santé-prévention visant une baisse de 20 % de l'absentéisme en cinq ans 58
4. ***Les propositions techniques***
   La boîte à outils de la réforme 60

Conclusion
page 80

La santé comme investissement pour l'entreprise, un choix de société

Liste des contributeurs

Président du groupe de travail



- Christian Schmidt de la Brélie, *Directeur général de Klesia*

Direction du groupe de travail

- Erwann Tison, *Directeur des études de l'Institut de l'Entreprise*
- Matthieu Leclercq, *Rapporteur des travaux*
- Nathalie Garroux, *Responsable de l'Agora*

Membres du groupe de travail

- Max Barbier, *Mercer (ancien Président)*
- Myriam El Khomri, *Diot-Siaci (Directrice du conseil et de la Stratégie RSE)*
- Jean-Pierre Fine, *UIMM (Secrétaire général)*
- Anne-Sophie Godon-Rensonnet, *Malakoff Humanis (Directrice accompagnement social et prévention en entreprise)*
- Corinne Guillemin, *AXA France (Directrice Innovations et services santé et prévoyance)*
- Vincent Harel, *Verlingue (Directeur général)*
- Christophe Harrigan, *CNP Protection sociale (Directeur général)*
- Laurent Marquet de Vasselot, *CMS Francis Lefebvre (Directeur général)*
- Clément Michaud, *Crédit Agricole Assurances (Directeur)*
- Estelle Sauvat, *Groupe Alpha (Présidente)*
- Jérôme Sennelier, *Monceau Assurances (Directeur général)*

Personnalités auditionnées

Le groupe de travail remercie les personnalités auditionnées dans le cadre de ses travaux, dont l'expertise a nourri la réflexion. Cette mention n'engage en rien les experts susnommés et ne préfigure pas de leur adhésion aux propositions publiées, qui relèvent de la seule responsabilité de l'Institut de l'Entreprise.

- Maëlig Le Bayon, *Directeur de la CNSA*
- Laurent Cappelletti, *Économiste, professeur au CNAM*
- Jean de Kervasdoué, *Économiste de la santé*
- Hervé Martini, *Psychiatre et secrétaire général Addictions France*
- Bruno Palier, *Directeur de recherche du CNRS au Centre d'études européennes de Sciences Po*
- Alexandra Roulet, *Professeur à l'Insead*
- Serge Volkoff, *Statisticien, ergonome, fondateur du CREAPT (Centre de Recherche sur l'Expérience, l'Âge et les Populations au Travail)*

Synthèse

2027, l'année où la santé ne pourra plus attendre

En 2027, les Français n'éliront pas seulement un président. Ils décideront de ce qu'il advient de leur système de santé : la poursuite d'un modèle qui s'épuise en gérant les urgences au fil de l'eau, ou un investissement assumé dans la prévention et le travail.

Ce choix ne peut plus être différé car le malade, désormais, c'est le système lui-même.

Les symptômes sont connus de tous : 6 millions de Français sans médecin traitant, 87 % du territoire classé en désert médical, des services saturés, des délais qui s'allongent.

Ce que l'on mesure moins, c'est ce que cette dégradation coûte à l'économie. En 2023, 42 % des salariés du privé se sont vu prescrire au moins un arrêt maladie.

L'absentéisme représente plus de 100 milliards d'euros par an, 79 millions de journées de travail perdues, des restrictions d'aptitude, des reconversions contraintes, des départs précoces. La mauvaise santé des Français est devenue un problème de compétitivité nationale.

Le paradoxe est que cette dérive ne s'explique pas par un manque de moyens. La France consacre 333 milliards d'euros par an à sa santé, 11,4 % de sa richesse, plus que la quasi-totalité de ses voisins.

Elle dépense beaucoup, elle dépense surtout mal. Le système paie la maladie, rarement son évitement : 40 milliards d'euros partent chaque année en actes non pertinents pendant que la prévention reste marginale et que la Sécurité sociale creuse un déficit de 21,6 milliards.

La France paie un système d'excellence et obtient des résultats moyens.

L'entreprise est la première victime de ces dysfonctionnements. Elle en est aussi la clé. Présente dans le quotidien de l'essentiel de la population active, elle voit les signaux faibles avant l'hôpital et supporte

directement le coût de l'inaction.

Elle peut devenir un territoire de prévention, réduire les effets des pathologies chroniques, mieux insérer les jeunes, les femmes, les personnes en situation de handicap, et surtout maintenir en emploi, ce qui demeure la meilleure protection contre le chômage et la désinsertion.

À une condition : que la puissance publique lui en donne les moyens.

C'est l'objet des dix-huit propositions de ce livre blanc, dont trois structurent l'ensemble.

Un passeport « prévention santé » universel, ouvert dès l'entrée dans la vie active, pour faire de la prévention un droit individuel et lisible.

Une loi-cadre de recomposition des métiers de santé, pour garantir l'accès à un professionnel en vingt-quatre heures.

Des accords de branche santé-prévention obligatoires, visant une baisse de 20 % de l'absentéisme en cinq ans.

Autour de ces piliers, une boîte à outils complète la transformation : nouveaux modes de rémunération, numérique en santé, financement pluriannuel.

Les candidats de 2027 devront dire ce qu'ils feront de ce constat. Ce choix engagera plus qu'un quinquennat, il engagera toute une génération.

Synthèse de nos propositions

PROPOSITION PHARE N° 1

Créer un passeport « prévention santé » universel,
ouvert dès l'entrée dans la vie professionnelle

PROPOSITION PHARE N° 2

Adopter une loi-cadre de recomposition des métiers de santé
pour garantir l'accès à un professionnel de santé en vingt-quatre heures

PROPOSITION PHARE N° 3

Signer un accord de branche santé-prévention
visant une baisse de 20 % de l'absentéisme en cinq ans

La boîte à outils de la réforme

— PROPOSITION #4
Créer un fonds national de prévention des addictions en entreprise

— PROPOSITION #5
Accentuer l'inclusion des personnes en situation de handicap ou d'invalidité

— PROPOSITION #6
Renforcer la santé des femmes dans le Plan santé au travail 2026-2030

— PROPOSITION #7
Prévenir la santé mentale et climatique en entreprise

— PROPOSITION #8
Créer un label « Entreprise engagée pour la santé au travail »

— PROPOSITION #9
Sécuriser l'entrée des jeunes dans l'emploi et permettre aux seniors de transmettre leurs compétences plus longtemps

— PROPOSITION #10
Créer « France Santé au Travail »

— PROPOSITION #11
Sortir de l'exclusivité du paiement à l'acte

— PROPOSITION #12
Faciliter l'accès rapide au médicament et à l'innovation utile

— PROPOSITION #13
Multiplier par cinq les expérimentations de l'article 51 passant dans le droit commun

— PROPOSITION #14
Déployer massivement le numérique en santé

— PROPOSITION #15
Poursuivre la réforme de l'offre et de l'organisation des soins

— PROPOSITION #16
Réformer l'articulation AMO/AMC pour optimiser la prévention sans créer une médecine à deux vitesses

— PROPOSITION #17
Changer l'assiette du financement de la santé

— PROPOSITION #18
Passer à un Ondam pluriannuel pour donner de la stabilité au secteur

Introduction

Le paradoxe français :

Une dépense de santé élevée mais un capital humain insuffisamment protégé

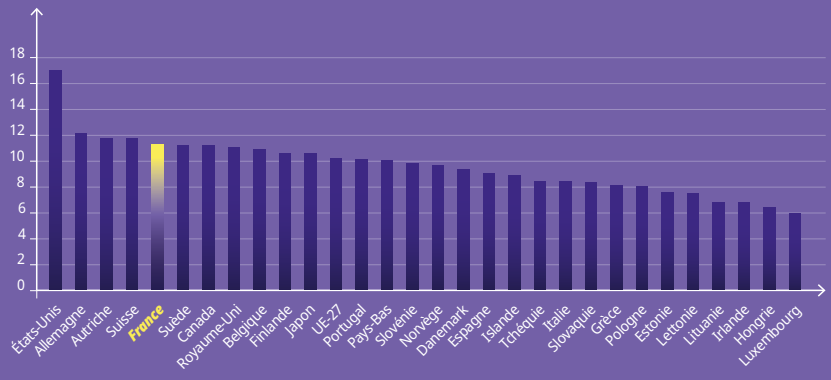
"La Sécurité sociale fait partie de l'identité de la France et du patrimoine des Français. Elle a sa place dans notre Histoire, comme dans notre quotidien."

Prononcés par le président de la République Jacques Chirac lors du 50e anniversaire de la Sécurité sociale en 1995, ces mots rappellent l'attachement profond de la Nation à son modèle social. Si le système de santé en est l'un des piliers, il en est aussi devenu l'un des principaux points de tension.

À mesure que les besoins et les dépenses de santé ont progressé sous les effets combinés du vieillissement, des maladies chroniques et du progrès médical, les principes hérités de l'après guerre et les équilibres qui en découlent s'avèrent de plus en plus fragiles. Une refondation s'impose pour que le système soit à nouveau capable de tenir ses promesses : soigner, prévenir, maintenir en emploi et préserver le capital humain dont dépend aussi notre économie.

La France est l'un des pays européens qui consacrent le plus de ressources à la santé. En 2024, la dépense courante de santé au sens international s'élève à 333 milliards d'euros, soit 11,4 % du produit intérieur brut (PIB)[1]. Ce niveau situe la France au-dessus de la moyenne de l'Union européenne et des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), tout en restant en deçà des États-Unis (17,2 %) et de l'Allemagne (12,3 %). En termes de dépense par habitant, les Français dépensent 6 600 dollars en parité de pouvoir d'achat, contre environ 5 000 dollars en moyenne dans les pays de l'OCDE[2].

Graphique 1 — Dépense courante de santé par pays en 2024 (en % du PIB)



Source : Drees, 2025

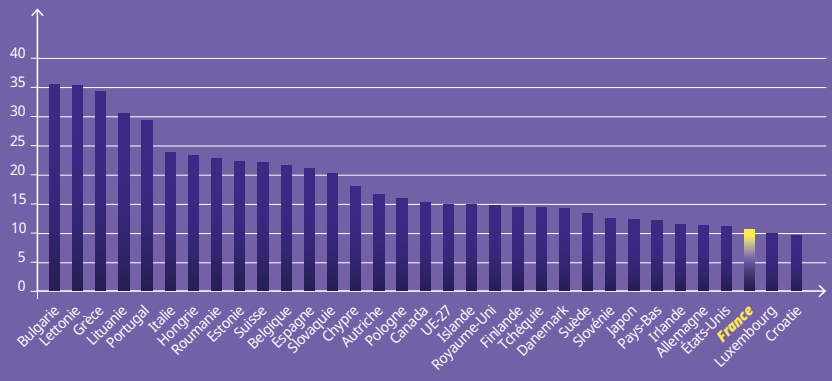
[1] *Drees (2025),* Les dépenses de santé en 2024

[2] *OCDE (2023),* Health at a Glance

Ce niveau de dépense dit quelque chose du choix de modèle en France. La santé est considérée comme un bien commun auquel la société accepte de consacrer une part importante de sa richesse.

Ce choix a produit des résultats qu'il faut reconnaître. La France reste un pays où la protection financière des patients est forte. Le reste à charge y demeure parmi les plus faibles d'Europe (10,2 %), constituant l'un des acquis majeurs du système[3].

Graphique 2 — Part du reste à charge des ménages par pays en 2023 (en % de la dépense courante de santé)



Source : Drees, 2025

Ces acquis ne doivent pourtant pas cacher un paradoxe. La France paie un système d'excellence et obtient des résultats moyens. Certes, le système protège relativement bien les patients une fois les soins engagés mais il est moins adapté quand il s'agit de trouver un médecin, obtenir un rendez-vous, être orienté rapidement, éviter qu'une pathologie ne s'aggrave faute de prise en charge précoce.

Ce paradoxe se retrouve d'abord dans l'accès aux soins primaires. En 2024, plus de 6 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant et 87 % du territoire national était classé en situation de désert médical[4].

La difficulté à trouver un médecin ne constitue plus une exception locale, mais une expérience partagée nationalement.

Les résultats en matière de prévention sont aussi en berne. En 2024, les dépenses institutionnelles de prévention représentaient 8,7 milliards d'euros, soit 2,6 % de la dépense courante de santé au sens international. Ces montants ne sont pas négligeables, mais ils restent modestes au regard des masses engagées dans les soins curatifs, dans la prise en charge hospitalière et dans les affections chroniques.

La France investit encore trop peu pour éviter que la maladie, l'usure professionnelle ou la perte d'autonomie ne se produisent. Quant à la santé au travail, les dépenses de prévention associées ne pèsent qu'environ 2,7 milliards d'euros[5] alors que le coût de l'absentéisme est estimé à plus de 100 milliards d'euros par an[6].

Ce livre blanc propose de changer de paradigme. La santé doit désormais être pensée comme un investissement dans le capital humain. L'idée n'a rien de neuf en économie.

De Mushkin à Grossman en passant par Becker, la théorie en fait une composante de ce capital, au même titre que l'éducation, les compétences ou l'expérience professionnelle. Une population en meilleure santé travaille plus longtemps, apprend mieux, s'adapte plus facilement, connaît moins d'interruptions d'activité et contribue plus durablement à la production nationale.

La santé représente, sous ce prisme, l'une des conditions de la croissance économique.

[3. 5] *Drees (2025),* Les dépenses de santé en 2024

[4] *Gouvernement (2025),* dossier de presse du pacte de lutte contre les déserts médicaux. *Cela ne signifie toutefois pas que 87 % de la population soit sans accès aux soins*

[6] *Institut Sapiens (2018),* Le coût caché de l'absentéisme au travail

La santé est souvent considérée, à juste titre, comme un secteur en crise.

Mais elle est rarement vue comme un levier de souveraineté, de compétitivité pour les entreprises, de cohésion sociale et d'emploi. Le secteur de la santé est pourtant producteur de valeur, d'emplois qualifiés, d'innovation, d'exportations et de recherche.

La seule industrie pharmaceutique représente plus de 18 milliards d'euros de valeur ajoutée, et on compte 1,23 million de professionnels de santé[7] et 370 000 postes à créer d'ici 2030.

Cette économie de la santé reste pourtant sous-optimale.

D'un côté, elle mobilise des ressources publiques et privées considérables ; de l'autre, elle laisse se développer des pathologies évitables, une désorganisation de l'accès aux soins, des ruptures de médicaments, des pertes de chances et une dégradation mesurable de la santé au travail.

L'OCDE estime que jusqu'à un cinquième des dépenses de santé seraient des dépenses inefficaces ou évitables.

En France, cela se traduit selon la FHF par 40 milliards d'euros gaspillés chaque année en actes non pertinents[8].

La santé au travail est un exemple des difficultés du système.

Les comparaisons européennes montrent d'ailleurs un décrochage de cette spécialité en France.

Les effectifs de médecins du travail ne cessent de reculer et, en 2023, 42 % des salariés du secteur privé se sont vu prescrire au moins un arrêt maladie dans l'année[9].

[7] *Insee (2025),* Ratios de l'industrie par activité – données annuelles 2023 *; Insee (2025),* Professions de santé – données annuelles 2024

[8] *Fédération hospitalière de France (2019),* La santé au cœur des préoccupations des Français

[9] *Malakoff Humanis (2024),* Baromètre absentéisme 2024

[10] *Eurofound (2022),* Working conditions in the time of COVID-19: Implications for the future *; Barnay T. (2025),* L'influence des conditions de travail sur la santé, Revue Regards

Selon l'enquête européenne sur les conditions de travail de 2021[10] :

— 66 % des salariés français déclarent effectuer des mouvements répétitifs, contre 58 % en moyenne en Europe ;

— 34 % déclarent des postures douloureuses ou fatigantes, contre 27 % en Europe et 22 % en Allemagne ;

— 39 % estiment que leur travail détériore leur santé, contre 31 % en Allemagne et 28 % en Italie ;

— 38 % des salariés français déclarent avoir toujours le sentiment d'un travail bien fait, contre 46 % en moyenne européenne.

Ce phénomène pèse sur la performance des entreprises.

Arrêts de travail, restrictions d'aptitude, difficultés de maintien dans l'emploi, reconversions contraintes et départs précoces du marché du travail sont autant de signes d'un capital humain insuffisamment entretenu.

Deux idées traversent ce livre blanc.

D'une part, la France souffre d'un modèle de santé organisé autour de la gestion de la pénurie (pénurie de professionnels disponibles, pénurie de temps médical utile, pénurie de médicaments essentiels, pénurie d'innovation organisationnelle).

L'entreprise est l'acteur de santé publique que la France n'a jamais pleinement mobilisé.

Elle touche presque toute la population active, dispose déjà d'outils de prévention, finance une part importante de la protection complémentaire et supporte directement le coût économique de la mauvaise santé.

Elle doit devenir le partenaire structuré d'une politique nationale de production de santé.

01

02

03



UN SYSTÈME QUI GÈRE LA PÉNURIE AU LIEU DE PRÉPARER L'AVENIR

La crise du système de santé français est souvent résumée à un manque de moyens. La réalité est plus dérangeante. La France dépense beaucoup pour sa santé mais elle dépense mal.

Le problème central tient moins au volume des moyens qu'à leur orientation. Une grande partie de l'effort est mobilisée trop tardivement, quand les soins doivent déjà être remboursés, quand les services sont saturés ou quand les patients ont déjà renoncé à se faire suivre.

À l'inverse, trop peu de ressources sont consacrées à organiser les parcours, prévenir les maladies et maintenir les personnes en emploi.

Peu à peu, le système s'organise comme si le manque était normal. On ne se demande plus comment produire davantage de soins avec les ressources disponibles, mais comment répartir une rareté qui s'accentue. Le rationnement se fait par l'attente, la distance, la complexité administrative, le renoncement ou la saturation des professionnels.

Patients, soignants, employeurs et territoires le vivent au quotidien. Au bout du compte, ces dysfonctionnements structurels pèsent sur les entreprises et sur la productivité nationale.

Pour sortir de cette logique, il faut partir des trois pénuries que vivent patients, soignants et entreprises. Celle des compétences et du temps médical. Celle des médicaments. Celle des innovations.

1. La triple pénurie

La pénurie de compétences médicales

La première pénurie est celle des compétences médicales disponibles. 62 % des communes de moins de 10 000 habitants présentaient un risque de ne plus disposer de médecin généraliste[11]. À l'échelle nationale, 87 % du territoire est désormais classé en situation de fragilité médicale. Cette tension est d'autant plus préoccupante qu'une partie importante des médecins approche de la fin de carrière, 30 % d'entre eux ayant plus de 63 ans.

Au 1er janvier 2025, la Drees recense environ 237 200 médecins en activité. La profession commence à montrer des signes de rajeunissement : 49 % des médecins ont 50 ans ou plus, tandis que 31 % ont moins de 40 ans[12].

Les projections annoncent une légère amélioration dans les années 2030 du fait de l'assouplissement du numerus clausus, voté en juillet 2019. Mais cette inflexion statistique ne change pas encore l'expérience quotidienne des patients et dans beaucoup de territoires, trouver un médecin reste difficile.

Cette tension est accentuée par le vieillissement de la population. Les besoins de soins augmentent mécaniquement avec l'âge, mais aussi avec la chronicisation des maladies, les polypathologies, la dépendance et la complexité des parcours. Le choc démographique le plus fort est encore devant nous, car les premiers baby-boomers atteindront les âges de forte perte d'autonomie à partir des années 2030.

Face à cette évolution, la France a longtemps temporisé. Elle a tardé à former davantage, à faire évoluer les métiers, à organiser la délégation de tâches et à redéfinir ce qui relève vraiment du médecin. D'autres pays ont avancé plus vite dans l'évolution des métiers et l'intégration des infirmiers en pratique avancée (IPA), des assistants médicaux, des pharmaciens, des sages-femmes et des autres professionnels de premier recours dans les parcours de soins. Les travaux de l'OCDE soulignent d'ailleurs que les IPA peuvent améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente, avec une qualité comparable à celle des médecins pour certaines prises en charge de routine, notamment le suivi de pathologies chroniques ou les soins de premier recours simples[13].

Les pays ayant pris de l'avance, des Pays-Bas à la Scandinavie, rappellent que lorsque le temps médical devient rare, il faut l'utiliser là où il a le plus de valeur.

La France a néanmoins commencé à faire bouger les choses. En 2009, la loi hôpital, patients, santé, territoires a autorisé les protocoles de coopération, qui organisent des délégations d'actes entre professionnels travaillant en équipe. 58 protocoles de coopération nationaux ont été autorisés

depuis, et permettent de prendre en charge chaque année 1,1 million de patients tout en préservant la sécurité et la qualité des soins[14].

Les coopérations entre ophtalmologistes et orthoptistes ont ainsi permis un gain de 7 à 12 minutes de temps médical par consultation lorsque la préconsultation et les examens techniques étaient réalisés par un orthoptiste, avec une hausse nationale de capacité de prise en charge de 3,1 millions de patients supplémentaires en quatre ans[15]. En obstétrique, les sages-femmes prennent en charge une part croissante du suivi physiologique et de la gynécologie préventive (de 16 % des suivis des grossesses réalisés par des sages-femmes libérales en 2010 à 25 % en 2016[16], et de 2 % des actes de suivi gynécologique en 2016 à 23 % en 2022)[17].

La pratique avancée se développe également chez les infirmiers, avec environ 4 000 IPA en exercice. Plus récemment, la loi de 2025 sur la profession d'infirmier, l'affectation de plus de 3 700 internes de quatrième année en zones sous-dotées à la rentrée 2026 et le pacte de lutte contre les déserts médicaux prolongent ce mouvement[18].

Ces mesures peuvent contribuer à libérer du temps médical et soulager certains territoires, mais elles ne suffiront pas si elles ne s'inscrivent pas dans une refonte plus profonde du cadre d'exercice de l'ensemble des professions et de l'organisation du premier recours.

La pénurie concerne aussi la santé au travail. Les services de prévention et de santé au travail disposent d'un avantage unique, ils sont au contact du travail réel (postes, gestes répétés, expositions, tensions dans les organisations et difficultés de maintien dans l'emploi).

Pourtant, ils restent trop souvent cantonnés à une logique de conformité réglementaire. En outre, la pyramide des âges de cette spécialité est plus défavorable, les effectifs ont reculé de 20 % entre 2015 et 2022, les visites réglementaires ne sont pas toutes réalisées et les médecins du travail peuvent suivre jusqu'à 12 000 salariés[19]. Dans un pays où de nombreux salariés déclarent que leur travail abîme leur santé, la médecine du travail doit pourtant devenir un outil concret de prévention, de maintien dans l'emploi et de lutte contre l'usure professionnelle.

[11] *Vigneron E. (2019),* Le manque de médecins : aux sources de la désertification – Étude sur la santé en milieu rural

[12] *Drees (2025),* 237 200 médecins sont en activité en France au 1er janvier 2025

[13] *OCDE (2024), Health at a Glance ; Brownwood, I. et Lafortune G. (2024),* Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges, OECD Health Working Papers, No. 165

[14] *Ministère de la Santé (2026), page « les protocoles de coopération » du site internet*

[15] *Guillot A. et Boussel S. (2012),* Le travail de l'orthoptiste dans la préconsultation en ophtalmologie de l'adulte *; Syndicat national des ophtalmologistes de France (2019)*

[16] *Conseil national de l'ordre des sages-femmes (2020), 2020 :* 20 propositions pour la santé des femmes

[17] *Karnycheff T., Chevillard G., Voillequin S. et Roquebert Q. (2025),* Les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en France : différents profils d'activité

[18] *Gouvernement (2025),* dossier de presse du pacte de lutte contre les déserts médicaux

La pénurie de temps médical utile

La deuxième pénurie est celle du temps médical utile. Un pays peut manquer de médecins tout en utilisant mal le temps médical à sa disposition. Un système peut compter davantage de professionnels sans amélioration de l'accès aux soins si ces professionnels ne sont pas là où les besoins augmentent, s'ils exercent moins d'heures cliniques, s'ils sont absorbés par des tâches administratives, si les patients âgés et atteints de maladies chroniques nécessitent davantage de temps ou si les parcours sont mal coordonnés.

Il faut donc revoir très concrètement l'organisation des soins en confiant certaines tâches à d'autres professionnels, en allégeant les procédures inutiles et en utilisant mieux les outils numériques.

Jusqu'à un cinquième des dépenses de santé pourrait relever de dépenses évitables ou inefficaces[20]. Une partie importante des dépenses pourrait donc être mieux utilisée pour éviter les actes inutiles et les parcours mal coordonnés. En outre, chaque acte redondant, chaque prescription injustifiée, chaque hospitalisation évitable mobilise du temps et des ressources. Dans un système saturé, un acte inutile ne coûte pas seulement de l'argent, il prend aussi la place d'un soin qui aurait pu être utile à un autre patient. Repenser la pertinence des soins doit être un enjeu prioritaire des politiques de santé.

Les chiffres concernant les sur-prescriptions et la non-observance thérapeutique sont éloquents : 10 milliards d'euros liés aux sur-prescriptions ; 9 milliards d'euros par an et plusieurs milliers de décès évitables liés à la mauvaise observance des traitements chroniques[21]. Prescrire ne suffit donc pas. Encore faut-il que le patient comprenne le traitement, l'accepte, puisse l'intégrer dans sa vie quotidienne et dispose des moyens matériels de le suivre.

La pénurie de temps médical utile est aussi entretenue par des incitations économiques imparfaites. La rémunération à l'acte a des vertus car elle soutient l'activité, donne de la lisibilité et garantit une forme de réactivité. Mais elle valorise encore trop peu la prévention, la coordination, le temps long, l'éducation thérapeutique et l'évitement d'actes inutiles. Le système a introduit des forfaits, des rémunérations

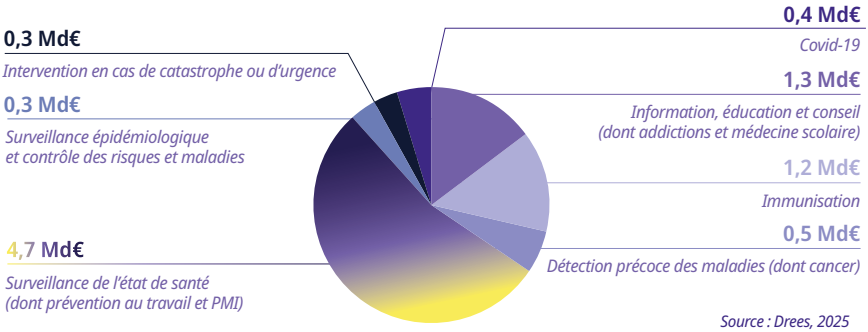
[19] *Inspection générale des affaires sociales (2020),* Évaluation des services de santé au travail interentreprises *; Inspection générale des affaires sociales (2025),* L'innovation en santé au travail *; Cour des comptes (2022),* Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises

[20] *OCDE (2017),* Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing

[21] *Bégaud B. et Costagliola D. (2013),* Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France *; IMS Health et Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique (2022), Améliorer l'observance*

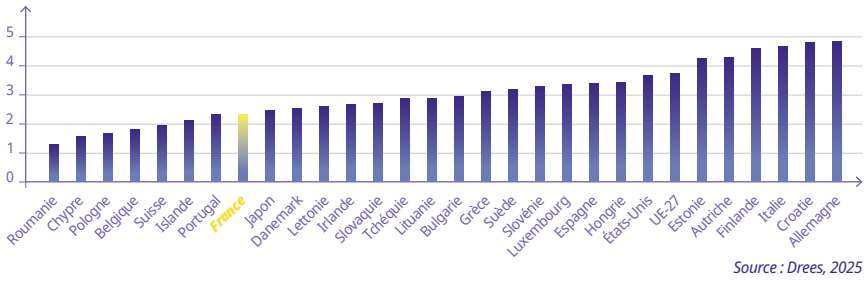
sur objectifs, des incitations à la qualité et des expérimentations, mais ils restent marginaux. Le système prend en charge la maladie, rarement son évitement. L'hospitalisation, l'acte, la molécule, le dispositif sont rémunérés, quand le temps passé à prévenir l'aggravation d'une pathologie l'est beaucoup moins. Or les maladies chroniques, les troubles psychiques, la sédentarité, les addictions ou les risques professionnels se combattent d'abord par la prévention, le dépistage, l'accompagnement et l'évolution des comportements.

Graphique 3 — Répartition des dépenses de prévention en 2024 (en Md€)



Source : Drees, 2025

Graphique 4 — Part des soins préventifs dans la dépense courante de santé en 2023 (en %)



Source : Drees, 2025

Le système de santé raisonne encore la plupart du temps en épisodes de soins. L'entreprise, elle, observe les situations dans la durée. Un diabète mal suivi, une dépression non prise en charge ou un trou-ble musculosquelettique qui s'installe finissent par peser sur l'activité. Il con-vient désormais construire des parcours plus simples, où chacun intervient là où il est le plus utile.

La pénurie de médicaments et d'innovation

La troisième pénurie est celle des produits de santé et de l'innovation. Les ruptures d'approvisionnement en médicaments ne sont plus des accidents isolés. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a recensé 4 925 déclarations de ruptures ou de risques de rupture en 2023, contre 3 761 en 2022 et 2 160 en 2021.

En 2024, le nombre de signalements a diminué à 3 825, mais il demeure très élevé[22], signe que la tension est devenue structurelle. Ces tensions concernent en particulier les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, c'est-à-dire ceux dont l'indisponibilité peut entraîner une perte de chance importante pour les patients.

Les causes sont multiples : mondialisation des chaînes de production, concentration des besoins sur certains principes actifs, fragilités industrielles européennes, hausse de la demande mondiale, complexité réglementaire et arbitrages de prix. Il serait simpliste de tout imputer à l'administration des prix.

Il serait tout aussi simpliste de nier que le prix, la visibilité économique et l'attractivité du marché français jouent un rôle dans la disponibilité de certains produits matures à faible marge. La pénurie de médicaments pose une question de souveraineté sanitaire. Les ruptures désorganisent l'offre de soins, inquiètent les patients, conduisent à des substitutions parfois imparfaites et dégradent l'observance.

La France connaît également un retard dans l'accès aux innovations médicamenteuses. L'accès aux innovations thérapeutiques peut y être relativement long et complexe. En témoignent les délais français d'accès effectif aux médicaments après les autorisations européennes de mise sur le marché. Environ un tiers des médicaments autorisés par l'Agence européenne des médicaments entre 2018 et 2021 n'étaient toujours pas disponibles pour les patients français fin 2022 (contre 13 % en Allemagne), avec des goulots d'étranglement identifiés au niveau de l'évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS), de la détermination de prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS) et de la publication au Journal Officiel[23].

Ces contraintes sont particulièrement critiques dans les domaines où les traitements innovants présentent des coûts unitaires élevés (le cancer en particulier).

À cette pénurie de produits de santé s'ajoute une pénurie d'innovation organisationnelle. La France dispose d'un potentiel scientifique et médical considérable, mais elle peine à transformer rapidement les innovations en gains d'accès, de qualité et de productivité.

Les expérimentations existent, notamment à travers l'article 51, mais leur généralisation reste lente[24]. Le système sait expérimenter mais peine davantage à passer à l'échelle.

La révolution numérique et l'intelligence artificielle rendent ce retard plus visible encore. Les outils existent : télésurveillance, aide à la décision, orientation des patients, prévention personnalisée, suivi de l'observance… Bien utilisés, ils peuvent libérer du temps médical et éviter des ruptures de parcours. Mais leur diffusion reste freinée par des exigences légitimes (protection des données, sécurité, éthique, souveraineté) et par des blocages qui le sont moins (systèmes d'information fragmentés, absence de modèle économique clair et résistance au changement organisationnel).

L'innovation ne devrait plus être appréciée seulement à l'aune de sa nouveauté ou de son coût immédiat, mais aussi de ce qu'elle apporte concrètement aux patients, aux soignants et au système : délais de prise en charge, complications évitées, temps médical libéré, observance, retour au travail.

Toute expérimentation devrait ainsi comporter, dès l'origine, une méthode d'évaluation, des critères de passage à l'échelle et une trajectoire budgétaire *(cf. propositions n° 13 et 14)*.

[22] *ANSM (2025),* Rapport d'activité 2024

[23] *Mission à la demande de la Première ministre sur la régulation des produits de santé (2023),* Pour un « new deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé

[24] *1 264 projets déposés, 158 projets autorisés et 30 projets en phase transitoire de généralisation, selon le rapport au Parlement 2025 des expérimentations de l'article 51*

2. Une gouvernance en panne

Ces trois pénuries ont comme racine commune une gouvernance trop peu tournée vers le long terme. Le système de santé français dispose d'outils de pilotage indispensables, qui sont encore trop concentrés sur l'année à venir et dépendants du budget à tenir, et desservent les transformations pluriannuelles.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est utile car il fixe un objectif de dépenses annuelles. Mais lorsqu'il devient l'outil central du pilotage, il tend à privilégier la maîtrise annuelle des dépenses plutôt que la transformation structurelle des organisations.

Cette logique annuelle réduit la visibilité des acteurs (hôpitaux, professionnels de santé, industriels), alors même que les investissements dans le secteur de la santé (infrastructures hospitalières, systèmes d'information, réorganisations territoriales entre autres) nécessitent des horizons pluriannuels.

La Cour des comptes souligne régulièrement cet enjeu[25]. Elle appelle à renforcer l'efficacité de la dépense et à inscrire davantage le pilotage dans une logique pluriannuelle.

La gouvernance actuelle souffre aussi d'un décalage entre la responsabilité nationale et la réalité des territoires. Les besoins de santé ne sont pas homogènes, et varient selon l'âge de la population, la densité médicale, les conditions de travail, la pauvreté, l'offre hospitalière, les mobilités et les pathologies dominantes.

Pourtant, les marges de manœuvre territoriales restent limitées. Les agences régionales de santé (ARS) portent une responsabilité considérable, mais ne disposent pas toujours des leviers financiers, opérationnels et politiques nécessaires pour articuler prévention, soins de ville, hôpital, médico-social et

[25] *Cour des comptes (2025),* L'objectif national de dépenses d'assurance maladie – maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins

santé au travail à l'échelle territoriale.

L'État ne peut pas piloter finement tous les parcours et la décentralisation ne suffit pas à produire une responsabilité locale. La bonne échelle doit combiner un cadre national exigeant (égalité d'accès, qualité, solidarité, objectifs de santé publique) et une responsabilité territoriale réelle sur l'organisation des moyens.

Les régions constituent, pour cela, un échelon pertinent pour penser les investissements, les ressources humaines, l'offre hospitalière et les politiques de prévention, à condition que les ARS disposent d'une autonomie renforcée et d'indicateurs publics de résultats.

Cette gouvernance doit également mieux investir dans l'expertise publique. Pour piloter un système de plus de 330 milliards d'euros, les agences qui produisent et exploitent la donnée (ATIH, HAS, assurance maladie, Santé publique France, ANAP, ARS) doivent être traitées comme des infrastructures essentielles, dont le rôle est d'identifier les écarts de pertinence, les coûts complets et les organisations reproductibles.

L'hôpital rassemble les difficultés du système. Il est à la fois indispensable, saturé, trop souvent utilisé comme recours par défaut et insuffisamment articulé avec les autres acteurs de santé.

La France ne peut pas continuer à demander à l'hôpital de compenser les faiblesses du premier recours, de la prévention, de la permanence des soins et de la prise en charge de la dépendance. Un hôpital performant doit être recentré sur ce qui justifie son plateau technique, son expertise et sa capacité de prise en charge lourde.

Cela suppose d'assumer des choix difficiles sur l'organisation hospitalière. Certains soins doivent rester proches des patients. D'autres, notamment en chirurgie ou en obstétrique, exigent des équipes suffisamment nombreuses, des plateaux techniques solides et une activité suffisante pour garantir la qualité et la sécurité.

3. Le coût de l'immobilisme pour l'économie réelle

L'immobilisme a un coût macroéconomique. Ce coût est souvent peu visible, parce qu'il est dispersé entre les comptes de l'Assurance maladie, les budgets hospitaliers, les cotisations des entreprises, les arrêts de travail et les pertes de productivité.

La mauvaise santé est une perte collective de capacité productive. Quand la prévention arrive trop tard, quand le dépistage est insuffisant ou quand la prise en charge se fait attendre, les pathologies s'aggravent. Elles deviennent plus longues, plus coûteuses, plus difficiles à traiter. Elles se traduisent ensuite dans la vie des entreprises à travers les absences, les restrictions d'aptitude, la désorganisation des équipes, les remplacements et la perte de compétences.

Le cas de l'absentéisme est emblématique : 42 % des salariés du privé ont eu au moins un arrêt maladie prescrit en 2023[26], une estimation de plus de 100 milliards d'euros de coût annuel[27], 79 millions de journées de travail ont été perdues, liées aux accidents du travail et maladies professionnelles[28]. L'absentéisme renvoie à l'organisation du travail, à la qualité du management, aux contraintes physiques, aux risques psychosociaux, mais aussi aux enjeux de prévention, de vieillissement des salariés et d'efficacité des parcours de soins.

À terme, ces dysfonctionnements réduisent aussi les recettes sociales et fiscales qui financent le système. La pénurie nourrit donc la contrainte économique qui, en retour, limite la capacité d'investissement dans la santé.

L'immobilisme a aussi un coût budgétaire. La dépense de santé progresse dans un contexte de vieillissement, de chronicisation et d'innovation technolo-

[26] *Malakoff Humanis (2024),* Baromètre absentéisme 2024

[27] *Institut Sapiens (2018),* Le coût caché de l'absentéisme au travail

[28] *Assurance maladie (2025),* Rapport annuel 2024 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels

[29] *Cour des comptes (2025),* La situation financière de la Sécurité sociale

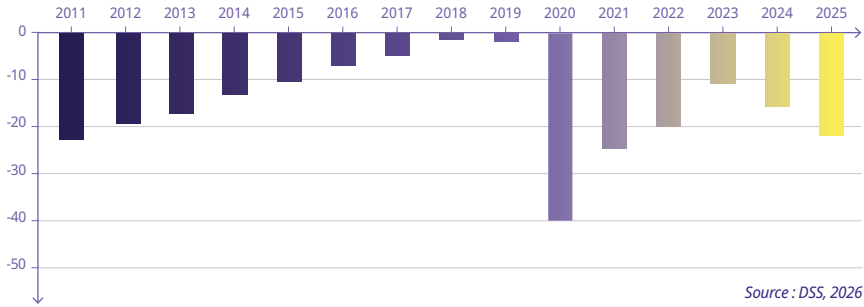
gique. En 2024, la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté tendanciellement d'environ 4 %, alors que la croissance évoluait autour de 1 %.

La situation financière de la Sécurité sociale confirme cette tension. Le déficit des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est établi à 21,6 milliards d'euros en 2025.

Alors que la reprise économique et la réduction des dépenses liées à la crise sanitaire ont été de puissants facteurs d'amélioration du solde entre 2021 et 2023, le déficit se creuse de nouveau après 2023.

Cette situation reflète des déséquilibres de grande ampleur, d'autant plus préoccupants que la France n'est ni en récession économique, ni en proie à une crise sanitaire[29].

Graphique 5 — Solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (en Md€)



Source : DSS, 2026

La branche maladie dont le déficit s'établit à 15,9 milliards d'euros (-2,1 milliards d'euros par rapport à 2024) est la branche dont la situation est la plus dégradée.

Tableau 1 — Soldes par branche des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale (en Md€)

Branches	2022	2023	2024	2025	Évolution 24-25
Maladie	-21,0	-11,1	-13,8	-15,9	-2,1
AT-MP	1,7	1,4	0,7	-0,2	-0,9
Vieillesse	-3,9	-2,6	-5,6	-7,2	-1,6
Famille	1,9	1,0	1,1	1,2	+0,1
Autonomie	0,2	-0,6	1,3	0,1	-1,2
Total régimes de base	**-21,0**	**-11,9**	**-16,4**	**-22,0**	**-5,6**
FSV	1,3	1,1	1,1	0,4	-0,7
Total	**-19,7**	**-10,8**	**-15,3**	**-21,6**	**-6,3**

Le choc de la dépendance rend cette trajectoire encore moins soutenable. La décennie 2030 sera celle de l'entrée de nouveaux baby-boomers dans les âges de forte perte d'autonomie. L'Insee anticipe une hausse très importante du nombre de personnes de 85 ans ou plus entre 2031 et 2052[30].

Autrement dit, **la majorité de l'effort à fournir est devant nous**.

Continuer à gérer la santé comme une dépense annuelle, essentiellement curative, revient à organiser l'insoutenabilité future. La France devra soit subir une hausse continue des prélèvements, soit accepter une dégradation des soins, soit transformer son modèle. Le choix le plus responsable est le troisième : transformer le modèle pour renforcer la prévention, la pertinence, la délégation, l'exploitation des données, la santé au travail et le maintien en emploi, et réduire ainsi, demain, les coûts de la réparation.

LA SOUS-EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ EN FRANCE

La France dispose, avec le système national des données de santé (SNDS), de l'une des plus vastes bases de santé au monde :

elle couvre plus de 67 millions de personnes et rassemble chaque année 1,2 milliard de feuilles de soins, 500 millions d'actes et 11 millions de séjours hospitaliers. Pourtant, ce potentiel reste sous-exploité : fin 2023, 110 demandes déjà autorisées attendaient encore leurs données, depuis 29 mois en moyenne.

La doctrine protectrice de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) contribue à cette situation, notamment sur l'hébergement et l'accès aux données. Cette sous-utilisation des données constitue une perte de chance pour la prévention, la recherche et l'évaluation des soins, alors qu'il semble possible de garantir la vie privée tout en permettant un accès plus rapide, sécurisé et efficace aux données[31].

[31] *Cour des comptes (2024), Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter*

[30] *Insee (2025),* 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050

Au-delà des données à mobiliser davantage, la méthode de réforme doit aussi changer. Les grandes réformes du système de santé ne peuvent plus être de simples ajustements paramétriques et doivent se fixer des ambitions plus structurelles :

— une préparation technique, assumée politiquement et conduite dans la durée ;

— une combinaison d'un cadrage national, d'une responsabilité territoriale et d'une mobilisation des acteurs économiques ;

— et une mesure des résultats sur l'accès réel à un médecin traitant, les hospitalisations évitables, les arrêts longs, le maintien en emploi des seniors et le coût complet des parcours.

La France a longtemps considéré que la santé relevait principalement de la solidarité nationale et du colloque singulier entre le patient et le médecin. Si ces deux dimensions restent fondamentales, elles ne suffisent plus. Face aux maladies chroniques, au vieillissement et aux tensions de recrutement, la santé devient une infrastructure productive, devant être gouvernée comme telle, avec une vision longue, des investissements, des indicateurs, des responsabilités et une place centrale donnée à la prévention.

LES CHIFFRES-CLÉS DE L'INEFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

— une dépense courante de santé au sens international de 333 milliards d'euros, soit 11,4 % du produit intérieur brut (PIB) en 2024 ;

— seuls 8,7 milliards d'euros, soit moins de 3 % de la dépense de santé, consacrés à la prévention ;

— plus de 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant et 87 % du territoire national est classé en situation de désert médical ;

— 40 milliards d'euros gaspillés chaque année en actes non pertinents ; 10 milliards d'euros liés aux sur-prescriptions ; 9 milliards d'euros par an et plusieurs milliers de décès évitables liés à la mauvaise observance des traitements chroniques ;

— 42 % des salariés du privé ont eu au moins un arrêt maladie prescrit en 2023, un coût complet de l'absentéisme de l'ordre de 100 milliards d'euros, 79 millions de journées de travail perdues liées aux accidents du travail et maladies professionnelles ;

— un déficit de 21,6 milliards d'euros de la Sécurité sociale dont 15,9 pour la branche maladie.

01

02

03



L'ENTREPRISE, ACTEUR STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ

**Le système gère la pénurie.
L'entreprise peut l'aider à en sortir.
Encore faut-il la mobiliser
comme acteur de prévention
et de maintien en emploi.**

L'entreprise touche l'essentiel de la population active. Elle voit les signaux faibles, dispose déjà d'outils de prévention et supporte directement une partie du coût de la mauvaise santé.

Pourtant, elle reste largement sous-utilisée comme levier de santé publique. Le système de santé continue de penser l'entreprise principalement comme un lieu d'exposition aux risques, un espace à encadrer, voire un acteur à contrôler.

Certes, l'employeur a une responsabilité légale de sécurité, inscrite dans le Code du travail, lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, par des actions de prévention, d'information, de formation et par une organisation adaptée du travail.

Mais l'entreprise est aussi l'un des lieux où la santé peut être protégée, restaurée et prolongée.

1. Le travail, facteur de santé et de compétitivité : la double évidence oubliée

Avant d'examiner les outils et les politiques d'entreprise, il faut rappeler deux réalités. Le travail contribue à la santé, et la santé au travail crée de la valeur. La première est souvent masquée par un débat public centré sur les risques liés au travail (accidents, troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux, exposition aux substances chimiques, horaires atypiques, pénibilité, surcharge cognitive). La seconde est encore trop peu intégrée aux stratégies publiques, alors que la santé au travail est un levier d'attractivité et une condition de performance durable.

Le travail protège la santé : un impensé des politiques publiques

Le travail protège d'abord la santé par des mécanismes économiques, sociaux et psychologiques bien identifiés. Il procure un revenu, donc une capacité d'accès au logement, à l'alimentation, aux soins et aux autres conditions matérielles de vie. En matière de pauvreté et de niveau de vie, l'écart entre salariés et demandeurs d'emploi est significatif. En 2023, le taux de pauvreté monétaire est de 6,6 % chez les salariés, contre 36,1 % chez les demandeurs d'emploi[32].

Au-delà du revenu, le travail donne un cadre. Il structure les journées, crée des routines, maintient des relations sociales régulières et nourrit un sentiment d'utilité. Le travail peut, en conséquence, protéger la santé mentale lorsqu'il apporte un moyen de subsistance, un sentiment d'utilité, des relations positives et une appartenance à une communauté[33].

Le travail facilite également l'accès au système de soins. Depuis 2016, les employeurs du secteur privé doivent proposer une com-

plémentaire santé et en financer au moins 50 % de la cotisation. En revanche, seulement 56 % des personnes au chômage anciennement couvertes par un contrat d'entreprise conservent cette couverture au moment de leur départ[34]. Le travail donne aussi accès à des dispositifs spécifiques de prévention et de maintien en emploi : visites médicales, dépistages, actions de prévention en milieu professionnel, accompagnement du retour au poste ou prévention de la désinsertion professionnelle.

C'est pourquoi la santé des actifs occupés apparaît, en moyenne, meilleure que celle des personnes sans emploi. Les chômeurs se déclarent environ deux fois plus souvent en mauvaise santé que les actifs occupés (16,3 % contre 8,2 %) et sont plus souvent en situation de détresse psychologique (26,4 % contre 15,0 %). Le renoncement aux soins illustre aussi ce différentiel : en 2016, près d'un chômeur sur trois déclarait avoir dû renoncer à un soin pour raisons financières, soit une proportion environ deux fois plus élevée que chez les actifs occupés[35].

Ces constats rejoignent la théorie du capital humain. Michael Grossman, dans la lignée de Mushkin et de Becker, décrit la santé comme un capital durable, qui produit du « temps en bonne santé », se déprécie avec l'âge et peut être entretenu par l'investissement[36]. Une population active en meilleure santé travaille mieux, apprend plus vite, connaît moins d'interruptions de carrière et reste plus longtemps employable[37].

Néanmoins, la relation entre emploi et santé doit être nuancée. Une partie de l'écart tient à des effets de sélection : les personnes en meilleure santé sont plus susceptibles d'être en emploi. Par ailleurs, il convient de ne pas confondre corrélation et causalité. La perte d'emploi n'entraîne pas mécaniquement une dégradation massive de la santé lorsque les mécanismes d'assurance fonctionnent, lorsque l'accès aux soins est garanti et lorsque le choc de revenu est amorti[38]. Ainsi, l'emploi protège, mais il le fait d'autant mieux s'il est stable, soutenable, correctement rémunéré et inscrit dans un environnement social sécurisé.

[32] *Insee (2025),* L'essentiel sur la pauvreté

[33] *OMS (2024),* Mental health at work

[34] *Drees (2024),* La complémentaire santé – édition 2024

[35] *Blanco Cazeaux I. et al. (2022),* Le renoncement aux soins des chômeurs en France, Revue Population n°77

[36] *Grossman M. (1972),* On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, Journal of Political Economy

[37] *Becker G. (1964),* Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education, NBER. *Mushkin S. (1962),* Health as an Investment, Journal of Political Economy

[38] *Roulet A. (2017),* The Causal Effect of Job Loss on Health: The Danish Miracle?

À l'inverse, la précarité de l'emploi est associée à une santé plus dégradée.

Elle n'est pas marginale : la part des CDD et de l'intérim est passée de 4,5 % de l'emploi en 1982 à 10,2 % en 2022[39], et le temps partiel contraint concernait un million de salariés en 2023[40].

Ces formes d'emploi concentrent les facteurs de risques psychosociaux (horaires imprévisibles, faible autonomie, insécurité économique) et leur nocivité s'accroît quand elles durent, quand elles sont subies et quand elles s'accumulent[41].

Pour protéger la santé, la question n'est donc pas seulement de promouvoir l'emploi, mais aussi l'emploi de qualité. Le maintien dans ce type d'emploi est, en soi, une politique de santé, et le capital santé nourrit la productivité et l'employabilité, qui le nourrissent en retour.

À l'inverse, un modèle centré sur la gestion de la pénurie et du soin curatif ignore ce cercle vertueux.

Il intervient trop tard, lorsque la pathologie est déjà installée, que le salarié est déjà en arrêt ou lorsque l'inaptitude est déjà prononcée, ce qui rend ainsi difficile le retour à l'emploi.

Le système vit encore sous le triptyque soigner, indemniser, reclasser. La politique de santé au travail doit passer à prévenir, maintenir, adapter. Cette approche est particulièrement importante dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle.

Si la France veut augmenter l'emploi des seniors, réduire l'absentéisme, prévenir la désinsertion professionnelle et soutenir la productivité, elle ne peut pas se contenter de repousser l'âge légal ou d'inciter à travailler plus longtemps.

[39] *Rémy V., Simonnet V. (2026),* CDD court, long, subi ou choisi… Quelles conséquences sur les conditions de travail et le bien-être relatifs des salariés temporaires et permanents

[40] *Inspection générale des affaires sociales (2024),* Temps partiel et temps partiel contraint : des inflexions possibles pour un cadre rénové

[41] *INRS (2021),* Prévenir les risques psychosociaux

[42] *International social security association (2011),* The return on prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies

La santé au travail : un avantage compétitif silencieux

La santé au travail est un facteur de compétitivité, à double titre. En premier lieu, elle réduit les coûts évitables : accidents, arrêts, remplacements, désorganisation, pertes d'expérience. Dans un second temps, elle génère de la performance : engagement, qualité du travail, fidélisation des équipes, attractivité sur un marché du travail où les tensions de recrutement demeurent fortes. Pour l'entreprise, elle devient un facteur réputationnel, notamment auprès des jeunes générations, pour qui la rémunération ne suffit plus et qui cherchent un environnement de travail sain, un management respectueux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et une vraie attention portée à la santé mentale. L'intérêt économique à agir est documenté.

Selon l'Association internationale de la sécurité sociale, chaque euro investi dans la prévention peut rapporter 2,20 euros[42].

À l'inverse, l'inaction coûte cher *(cf. page 24)*.

La santé au travail devient donc un avantage compétitif silencieux. Les effets ne se voient pas toujours immédiatement dans les résultats financiers, mais ils apparaissent dans la durée : moins d'absences, moins de turnover, moins de perte de savoir-faire.

Certaines entreprises en ont déjà fait un axe stratégique et ont intégré la santé au travail dans leur politique RH et leur positionnement employeur.

EXEMPLE D'AIRBUS

Airbus publie un magazine de sécurité* Safety First *qui diffuse des retours d'expérience sur des incidents, des tests, des enquêtes et des rapports d'essais, aussi bien internes qu'en lien avec des partenaires ou organismes externes.

L'objectif est de partager la culture sécurité, d'améliorer la connaissance des risques liés aux opérations, à la maintenance et à la conception.

Airbus mène aussi, depuis juin 2025, un programme pilote d'intégration de 118 exosquelettes dans ses lignes d'assemblage, en France, en Espagne et au Canada, avec des campagnes de test à venir en Allemagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Ces exosquelettes sont passifs (non motorisés), conçus pour aider à supporter des tâches spécifiques qui imposent une contrainte importante sur certaines parties du corps (épaules, nuque, lombaires, genoux).

EXEMPLE DE RENAULT

Renault s'est fixé l'ambition « zéro accident et maladie professionnelle à l'horizon 2030 ».

Quelques actions illustrent la mobilisation du groupe :

— la sécurité dans les projets de véhicules électriques et hybrides est renforcée dès la conception.

Des solutions standards comme la conception sécurisée des batteries haute tension et des procédures de verrouillage pour le montage et la maintenance ont été intégrées.

Tous les acteurs impliqués suivent régulièrement une formation spécifique en collaboration avec des organismes certifiés.

Depuis 2020, plus de 3 500 personnes ont été formées, dont 1 000 en 2023 sur ses sites de production.

— au cours des 10 dernières années, l'utilisation de plus de 1 000 produits chimiques les plus dangereux a été supprimée ou évitée, dont plus de 300 en 2023, notamment en peinture.

L'objectif est de réduire de 50 % leur nombre d'ici à 2030 par rapport à 2021.

— un nouveau système de gestion de l'ergonomie a été déployé sur l'ensemble des sites industriels et d'ingénierie pour optimiser cet aspect dès la phase de conception.

EXEMPLE DE SPIE BATIGNOLLES

Depuis 2024, le groupe BTP Spie Batignolles, en partenariat avec la start-up CAD.42, expérimente à Marseille un boîtier connecté monté sur une grue.

Ce dispositif utilise l'intelligence artificielle pour détecter en temps réel des situations à risque, telles que des comportements dangereux ou des anomalies sur le chantier.

Cette initiative vise à renforcer la sécurité des travailleurs en anticipant les accidents avant qu'ils ne se produisent.

De nombreux grands groupes, d'AXA à Danone en passant par Veolia ou Saint-Gobain, intègrent aujourd'hui dans leurs politiques RSE des mesures de prévention (addictions, activité physique, mobilité active, équilibre des temps de vie).

Ces exemples montrent que les entreprises les plus avancées ne traitent plus la santé au travail comme une obligation minimale, mais comme un actif immatériel.

Elles investissent dans la prévention, les parcours de maintien en emploi, l'ergonomie, la santé mentale, l'inclusion, la déconnexion ou encore l'accompagnement des maladies chroniques.

Le Danemark offre une source d'inspiration : sa politique de réhabilitation organise un retour au travail proactif et concerté entre le salarié, l'employeur, les professionnels de santé et les assureurs, en préparant la reprise et en adaptant les tâches plutôt qu'en se limitant à indemniser l'arrêt, au bénéfice de toutes les parties.



Le groupe BNP Paribas s'est engagé, depuis 2024, dans un programme mondial « We care » pour la santé et le bien-être de ses salariés s'appuyant sur trois axes :

EXEMPLE DE BNP PARIBAS

— un dispositif d'écoute et de soutien psychologique, avec une ambition d'étendre sa couverture de 84 % à 100 % des collaborateurs ;

— un « bilan de prévention santé » avec restitution individuelle et conseils adaptés ;

— l'accompagnement des longues maladies, pour éviter l'isolement, favoriser le maintien dans l'emploi et faciliter la reprise d'activité.

2. L'entreprise, levier de prévention sous-exploité

L'entreprise doit devenir un acteur stratégique de prévention parce qu'elle est l'un des rares lieux où les signaux faibles de santé apparaissent tôt. Un atout que les politiques publiques n'ont jamais pleinement mobilisé pour des raisons culturelles, institutionnelles et parfois idéologiques

Il est temps de franchir ce seuil en faisant de l'entreprise le partenaire de la politique de prévention, de maintien en emploi et d'investissement dans le capital humain.

La France dépense beaucoup pour soigner, mais trop peu pour prévenir, au point de faire figure de mauvais élève en matière de prévention à l'échelle de l'OCDE :

— des dépenses de prévention inférieures à la moyenne de l'OCDE (2,6 % des dépenses de santé courante vs. 3,4 % pour la moyenne de l'OCDE en 2023) ;

— une efficacité des soins préventifs également sous la moyenne (47 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ayant bénéficié d'un dépistage par mammographie au cours des deux dernières années vs. 55 % pour la moyenne OCDE).

L'entreprise a trois avantages que le système de santé mobilise encore trop peu. En plus de toucher une grande partie de la population active, parfois quotidiennement et sur de longues périodes, elle dispose d'outils déjà en place (médecine du travail, DUERP, complémentaire santé collective, prévoyance, dialogue social, politiques RH, aménagements de poste, formation des managers). Elle a donc un intérêt direct à agir car elle bénéficie d'une baisse des accidents, des arrêts, du turnover, et d'une plus grande capacité à fidéliser les salariés.

Les entreprises peuvent intervenir sur un ensemble d'actions :

— la prévention des pathologies endogènes, qui sont celles que l'organisation du travail peut produire ou aggraver (troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux, usure professionnelle, troubles du sommeil liés aux horaires, accidents liés à la fatigue, surcharge cognitive, exposition à la chaleur, sédentarité) ;

— la prévention exogène, via la médecine du travail, qui désigne les actions per-

mettant de repérer ou d'accompagner des risques de santé qui ne naissent pas nécessairement dans l'entreprise mais qui affectent le travail (maladies chroniques, addictions, santé mentale, handicap, vulnérabilités familiales, aidance) ;

— l'accompagnement des salariés-aidants, qui devient un sujet central dans une société vieillissante car les actifs qui soutiennent un proche dépendant cumulent souvent charge professionnelle, charge mentale et fatigue durable.

Les entreprises ne partent pas de rien. Depuis la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, elles doivent toutes (depuis 2016) participer à la gestion et à la prise en charge des risques santé à travers un socle minimal de garanties. D'après le baromètre 2023 du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) réalisé avec l'IFOP :

— 90 % des employeurs déclarent avoir mis en place une complémentaire santé d'entreprise ;

— 88 % des salariés déclarent être couverts par une complémentaire santé collective (82 % via leur entreprise, 6 % via celle du conjoint) ;

— en prévoyance, 94 % des employeurs déclarent avoir mis en place au moins une garantie collective pour leurs salariés (vs. 90 % en 2021) et 75 % des salariés sont couverts par au moins une garantie (vs. 70 % en 2021)[43].

Pour autant, la mobilisation reste très inégale. Le DUERP illustre ces inégalités. Il est prévu par la loi et oblige l'entreprise à identifier, hiérarchiser et tracer les risques. Mais un DUERP peut être à jour sans être vivant. La prévention réelle suppose qu'il soit discuté, actualisé, relié à des actions concrètes et partagé entre salariés, représentants du personnel, managers, services de santé au travail et direction. Les grandes entreprises sont mieux outillées : 91 % des entreprises de plus de 250 salariés disposent d'un plan de prévention formalisé, d'un DUERP actualisé et d'un programme annuel de prévention et de formations obligatoires. Dans les PME et les TPE, la situation est beaucoup plus fragile : seulement 41 % des entreprises de moins de 10 salariés disposeraient d'un DUERP à jour.

La France a construit un droit de la santé au travail largement uniforme, mais les capacités réelles de mise en œuvre varient fortement selon la taille, le secteur, les marges économiques, la présence d'une fonction RH, la maturité managériale et l'accès à l'expertise. Les grandes entreprises développent des politiques parfois très innovantes *(cf. page 33)* quand les petites, souvent présentes dans des secteurs exposés, restent insuffisamment accompagnées. Il faut donc mieux mutualiser les outils, les méthodes et l'expertise.

Cette difficulté est aggravée par la densité normative.

[43] *CTIP/IFOP (2023),* 15e baromètre de la prévoyance CTIP – la couverture des salariés en santé et en prévoyance

Le cadre réglementaire français en matière de santé et de sécurité au travail est l'un des plus fournis d'Europe. Selon une étude publiée par Légifrance le 30 avril 2025, le Code du travail français continue de gagner en épaisseur avec plus de 11 000 articles sur 4 020 pages. Le nombre d'articles est, en effet, passé de 5 131 à 11 487 entre le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2025, soit +124 % en une vingtaine d'années[44].

L'empilement normatif n'améliore pas automatiquement la santé au travail. Dans les petites structures, il peut même produire l'effet inverse en créant une focalisation sur le risque juridique au détriment de l'action concrète. La bonne réforme ne serait donc pas moins de prévention, mais une prévention plus lisible, plus outillée, plus adaptée aux spécificités des secteurs d'activité, plus accompagnée et davantage orientée vers les résultats.

La prévention se heurte aussi à un frein culturel. Même lorsque des bilans de santé sont proposés gratuitement et dans de bonnes conditions, ils ne sont pas toujours utilisés. Les salariés peuvent craindre la stigmatisation ou l'usage de leurs données, ou considérer que la prévention relève de la sphère privée. Ce frein est particulièrement fort pour les addictions, la santé mentale, le handicap ou les maladies chroniques. La confiance est donc une condition de succès. Sans garantie de confidentialité, sans implication des représentants du personnel, sans clarté sur le rôle du médecin du travail, la prévention peut être perçue comme une intrusion.

La question des trois millions d'indépendants et auto-entrepreneurs doit également être posée. Souvent exclus des mécanismes collectifs de prévention, de complémentaire santé d'entreprise et de suivi en santé au travail, ils sont pourtant exposés à des risques importants : seuls 45 % des travailleurs non salariés ont souscrit un contrat de prévoyance individuelle[45].

Une stratégie nationale de santé au travail ne peut pas ignorer ces actifs au motif qu'ils ne relèvent pas du salariat classique. Elle doit inventer des formes de mutualisation adaptées, notamment par les branches, les plateformes, les donneurs d'ordres ou les organisations professionnelles.

L'entreprise est donc un levier de prévention encore sous-exploité. Elle dispose déjà d'outils, d'informations et d'un intérêt direct à agir, mais son action reste trop fragmentée, trop inégale selon la taille des structures et trop peu soutenue par les politiques publiques. Il s'agit de l'intégrer pleinement à la stratégie de prévention.

[44] *Secrétariat général du gouvernement (2025),* Indicateurs de suivi de la production normative

[45] *CSA (2025),* Étude sur la prévoyance des travailleurs non salariés

3. Les risques à prendre en compte pour les entreprises

Les risques professionnels physiques demeurent. Près de 927 000 sinistres professionnels ont été enregistrés en 2024.

En 2024, environ 550 000 accidents du travail avec arrêt ont été enregistrés dans le régime général, soit une baisse de 1,1 % par rapport à 2023 et de 16,2 % par rapport à 2019.

Les accidents de trajet reculent également de 4,3 % par rapport à 2019 et les maladies professionnelles sont quasiment stables par rapport à 2019.

Ces évolutions témoignent d'un effort collectif, impulsé à la fois par les politiques publiques et par les stratégies de prévention internes aux entreprises[48].

Toutefois, les disparités selon les secteurs et les tailles d'entreprises restent fortes et de nouveaux risques apparaissent, portés par la transformation numérique, les mutations des organisations de travail et le changement climatique.

D'après l'Assurance maladie, la fréquence des accidents va de près de 40 pour 1 000 salariés dans le BTP et 37 dans les transports et l'entreposage à 7 dans les services tertiaires, pour une moyenne nationale de 27[49].

Au-delà de ces risques physiques, les entreprises font face à une grammaire nouvelle des risques.

Certains sont hérités, trouvant leurs racines dans des contextes personnels, mais restent peu identifiés et traités dans le monde professionnel.

D'autres sont en explosion, au premier rang desquels la santé mentale. D'autres encore sont structurants, comme le climat, le numérique, la sédentarité, le vieillissement, la porosité entre vie professionnelle et vie personnelle.

[45] *Assurance maladie (2025),* Rapport annuel 2024 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels

[47] *Assurance maladie (2025),* Rapport annuel 2024 – Risques professionnels : éléments statistiques et financiers

Les risques hérités : les addictions, un tabou qui coûte 270 Md€

Les risques hérités sont d'abord ceux des addictions.

Les conduites addictives, qu'il s'agisse de substances psychoactives (SPA) licites ou illicites ou d'addictions comportementales (jeux, écrans notamment), constituent un enjeu de santé publique et un défi pour les entreprises.

Sur le plan sanitaire, les addictions restent une des principales causes de décès évitables en France. Chaque année, la consommation de SPA est responsable de plus de 100 000 décès évitables par accident et par maladie, dont près de 40 000 par cancer. En outre, les conduites addictives interviennent dans environ 30 % des décès avant 65 ans[48].

Sur le plan économique, leurs coûts sanitaires et sociaux sont considérables, non seulement en termes de santé publique (hospitalisations, soins), mais aussi pour les entreprises (absentéisme, accidents, turnover, moindre performance) et plus globalement pour l'économie française (perte de PIB liée aux sorties du marché du travail).

Ces coûts ont, par exemple, été évalués à près de 270 milliards d'euros en France en 2019 : 160 milliards d'euros pour le tabac, 100 milliards d'euros pour l'alcool et 8 milliards d'euros pour les drogues illicites[49].

Le marché des drogues illicites (cannabis, cocaïne, crack, héroïne, opioïdes, MDMA, ecstasy et amphétaminiques) en France entre 2010 et 2023 est en forte expansion (+195 %), passant de 2,3 à 6,8 milliards d'euros[50].

Cette dynamique finit nécessairement par dépasser l'espace privé et par entrer dans le monde du travail, sous forme de baisse de vigilance, d'accidents, d'absences, de conflits, de désorganisation, d'altération des collectifs et de difficultés managériales.

L'addiction naît de l'interaction entre un produit, un individu et un environnement. Agir uniquement sur le produit ou sur la personne est insuffisant.

Le continuum qui va de l'expérimentation à l'usage à risque, puis à la dépendance, appelle des politiques graduées : information, réduction des risques, repérage précoce, orientation vers le soin, adaptation temporaire du poste, accompagnement au retour, mais aussi sanctions lorsque la sécurité est engagée.

Dans une enquête conduite auprès de professionnels des services de santé au travail, l'alcool est identifié par 91 % des répondants comme la substance posant le plus de problèmes, devant le tabac, le cannabis et les médicaments psychotropes.

Ces consommations existent dans tous les secteurs, même si les facteurs de risque (horaires atypiques, travail isolé, intensité, risques psychosociaux, culture de convivialité alcoolisée, télétravail, événements internes, pression de performance) varient entre ces secteurs[51].

Face à ces risques, l'engagement du top management est une condition d'efficacité.

Aucune politique de prévention des addictions n'est crédible si la direction tolère implicitement les pratiques qu'elle prétend prévenir, si les événements internes contredisent les messages de santé, ou si les managers ne sont pas formés à repérer et orienter sans stigmatiser.

Les dispositifs existent mais restent insuffisamment utilisés.

Prev'Camp, piloté par l'Anact avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions, propose aux entreprises une démarche sur mesure de prévention ; la campagne Addict'AIDE Pro, soutenue par la MILDECA et le ministère du Travail, met à leur disposition des ressources opérationnelles ; la HAS, l'INRS et la MILDECA ont publié des guides, la HAS ayant labellisé en 2025 des recommandations de bonnes pratiques en milieu professionnel[52] ; la charte ESPER, enfin, fournit un cadre d'engagement volontaire, signé par 100 organisations employant 1,5 million de personnes, soit 5 % de la population active.

[48] *Ministère de la santé (2025), page « addictions » du site internet ministériel*

[49] *Kopp P. (2019), « Le coût social des drogues en France », OFDT*

[50] *Ben Lakhdar et Massin (2025), « Taille des marchés des drogues illicites en France (2010-2023) », note de l'OFDT*

[51] *INRS (2021),* Enquête conduite auprès de 1 245 professionnels des services de santé au travail

[52] *HAS (2025),* Recommandation « Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel »

Les risques en explosion : la santé mentale, grand impensé de la performance durable

Le second grand risque est celui de la santé mentale. Il ne s'agit plus d'un sujet périphérique, ni d'un simple effet post-Covid. La santé mentale est devenue un déterminant majeur de la santé au travail. La santé mentale au travail ne doit pas être réduite à la fragilité individuelle. Elle renvoie à l'organisation du travail, à l'intensité, au manque d'autonomie, à la qualité du management, aux conflits de valeurs, à la perte de sens, à la reconnaissance, aux violences internes, aux incivilités externes, à la surcharge informationnelle et à la porosité entre vie professionnelle et vie personnelle.

En 2019, selon la Dares, plus de 40 % des salariés déclarent subir une intensité de travail élevée et une pression temporelle importante[53]. Et en 2021, d'après l'enquête européenne sur les conditions de travail :

— 38 % des Français déclarent avoir toujours le sentiment d'un travail bien accompli (46 % en Europe) ;

— 20 % des Français jugent ne pas recevoir la reconnaissance méritée (18 % en Europe) ;

— 55 % des Français estiment que leur travail est utile (61 % en Europe).

Le numérique pèse particulièrement sur la santé mentale. L'hyperconnexion, la multiplicité des canaux de communication ou la dépendance aux outils numériques créent de nouvelles tensions, comme une fatigue visuelle ou cognitive liée à l'usage intensif des écrans.

Trois quarts des salariés déclarent avoir déjà ressenti des effets négatifs liés à leur usage du numérique : troubles du sommeil, difficultés de concentration, sentiment de pression constante ou d'anxiété face aux sollicitations[54]. Selon un rapport de Microsoft portant sur 31 000 travailleurs dans 31 pays, les salariés sont interrompus en moyenne toutes les deux minutes, soit 275 fois par jour[55].

Les réponses commencent à se structurer. Au 1er décembre 2024, selon le ministère de la Santé, la France comptait 165 000 secouristes en santé mentale et 1 752 formateurs accrédités. La formation vise à mieux repérer les troubles psychiques, adopter un comportement adapté, informer sur les ressources disponibles et encourager l'orientation vers les professionnels compétents.

Elle crée ainsi une capacité de repérage et d'orientation dans les collectifs de travail. Michelin a par exemple, mis en place un outil d'alerte lorsqu'un salarié se connecte plus de cinq fois à sa messagerie en dehors de ses horaires.

Cela montre que les outils numériques peuvent servir à prévenir les risques qu'ils contribuent eux-mêmes à créer.

Les risques structurants : climat, numérique, sédentarité

Le troisième ensemble de risques est structurant : climat, numérique, sédentarité.

Le changement climatique modifie déjà les conditions de travail. Il augmente l'exposition aux vagues de chaleur, transforme les risques biologiques et chimiques, modifie les rythmes de travail et oblige à repenser les bâtiments, les équipements, les horaires, les protections individuelles et l'organisation des tâches[56].

Parmi les professions les plus exposées, on compte 1,5 million de salariés travaillant dans une atmosphère à plus de 24 °C et 3,6 millions qui travaillent en extérieur (soit entre 6 % et 14 % de l'emploi salarié) voire 9,7 millions de travailleurs déclarant être incommodés par la chaleur dans leur activité professionnelle (soit 36 % de l'emploi total)[57].

La prise en compte de ces risques reste partielle. Selon une enquête du Conseil économique, social et environnemental (CESE), seuls 20 % des répondants indiquent que le DUERP intègre des facteurs de risque liés au climat, 37 % indiquent qu'il ne les intègre pas et 42 % ne savent pas[58].

Le climat deviendra l'un des principaux chantiers de prévention des prochaines années et certaines entreprises avancent sur ce sujet. EDF a par exemple lancé le projet ADAPT avec le Human Adaptation Institute, visant à développer des actions concrètes : fiches pratiques, adaptation des horaires, ciblage des personnes vulnérables, amélioration des bâtiments, protection des postes extérieurs, formation, sensibilisation.

La sédentarité est un autre risque. Elle est désormais reconnue par les autorités sanitaires comme un facteur de risque pour la survenue de nombreuses pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, cancers, troubles musculosquelettiques, détresse psychique).

Un nombre non négligeable d'adultes demeure en deçà des repères de santé publique en matière d'activité physique[59].

[53] *DARES (2021),* Quelles étaient les conditions de travail en 2019, avant la crise sanitaire ?

[54] *Verbateam (2025),* Enquête Viavoice « Écrans omniprésents, salariés épuisés : l'hyperconnexion n'épargne personne »

[55] *Microsoft (2025),* Work Trend Index 2025

[56] *Anses (2018),* Évaluation des risques induits par le changement climatique sur la santé des travailleurs

[57] *Dares (2020),* Les expositions aux risques professionnels : les contraintes physiques

[58] *Cese (2023),* Travail et climat. « Quelle prise en charge de l'impact du climat sur la santé au travail »

[59] *Recommandations nationales (Anses, Santé publique France) : 30 minutes d'activité physique dynamique par jour au minimum 5 fois par semaine et faire au moins deux fois par semaine des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre*

Seuls 53 % des femmes et 71 % des hommes de 18-74 ans atteignent les recommandations d'activité physique, avec de nombreuses disparités au détriment des femmes et des moins diplômés[60].

En matière de sédentarité proprement dite, Santé publique France signale que « plus d'un adulte sur cinq déclarait passer plus de sept heures par jour en position assise »[61], un niveau qui expose à un risque pour la santé. L'Anses ajoute que « plus d'un tiers des adultes cumulent un niveau de sédentarité élevé et une activité physique insuffisante »[62], mettant en lumière une double vulnérabilité pour cette population, à savoir une activité physique trop faible et une forte sédentarité, conditions qui, additionnées, constituent un risque aggravé.

L'usage personnel des écrans, environ quatre heures par jour en moyenne, soit un quart du temps éveillé[63], nourrit cette sédentarité et favorise la porosité entre usages professionnel et personnel, dans un contexte propice aux comportements addictifs.

Le développement du télétravail, accéléré par la crise sanitaire, accentue certains de ces phénomènes, sachant qu'en 2023, environ 26 % des salariés travaillaient à distance au moins un jour par semaine.

Du côté de l'entreprise, des actions simples peuvent être mises en place, allant des réunions raccourcies ou debout lorsque cela a du sens aux pauses actives et à l'ergonomie des postes, jusqu'à l'incitation au vélo ou à la marche et la limitation des réunions successives, en passant par les campagnes internes, l'accompagnement nutritionnel ou encore les programmes d'activités physiques adaptées.

Ces risques (addictions, santé mentale, climat, numérique, sédentarité) ont comme point commun de ne pas pouvoir être traités par une réponse uniquement médicale, mais par une action sur l'environnement de travail. Ils exigent de l'employeur qu'il regarde le travail réel, les contraintes, les horaires, les collectifs, les outils, les espaces, les pratiques managériales. Ils exigent aussi une coopération avec les acteurs de santé, les branches, les organismes de prévention et les pouvoirs publics. C'est pourquoi l'entreprise doit être reconnue comme acteur stratégique. Elle est le lieu où ces risques deviennent concrets, mais aussi le lieu où leur prévention peut devenir opérationnelle.

[60] *Santé publique France (2024),* Activité physique et sédentarité dans la population en France

[61] *Santé publique France (2021),* Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes en France

[62] *Anses (2022),* Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique

[63] *Crédoc (2025),* Baromètre du numérique 2025

[64] *INRS (2018),* Étude épidémiologique (Boini S, Colin R, Grzebyk M. Effect of occupational safety and health education received during schooling on the incidence of workplace injuries in the first 2 years of occupational life: a prospective study)

4. Le cycle de vie professionnel : tous les âges, tous les profils, tous les passages

Les politiques de santé au travail regardent souvent les publics séparément : jeunes, seniors, femmes, personnes handicapées, aidants, salariés exposés, demandeurs d'emploi, inaptes. Or les problèmes apparaissent dans les transitions et la santé au travail se construit dans la durée, tout au long du cycle professionnel. Les différentes étapes et transitions des parcours professionnels et personnels (maternité, maladie, handicap, aidance, reconversion, chômage, reprise, fin de carrière) sont des moments de vulnérabilité, mais aussi une opportunité pour faire intervenir la prévention.

L'entrée sur le marché du travail : sécurisé pour mieux protéger

L'entrée des jeunes sur le marché du travail constitue une phase particulièrement sensible du point de vue de la santé et de la sécurité. Les jeunes salariés, notamment ceux âgés de moins de 25 ans, présentent une fréquence d'accidents du travail significativement supérieure à celle de l'ensemble des salariés. Selon l'INRS, la fréquence annuelle des accidents du travail pour l'ensemble des salariés tous secteurs d'activités confondus est d'environ 4 %. Chez les jeunes de moins de 25 ans, cette fréquence est de 10 %, soit 2,5 fois plus importante[64].

Cette surexposition tient d'abord au manque d'expérience : la découverte simultanée d'un environnement de travail, de gestes professionnels et de contraintes de production s'accompagne mécaniquement d'un risque accru d'erreur et de mauvaise appréciation des dangers.

Elle tient ensuite à la nature des emplois occupés : les jeunes sont plus souvent présents dans des secteurs à forte sinistralité (bâtiment, industrie, logistique, restauration), sur des postes physiquement exigeants, avec des horaires atypiques ou une forte intensité de travail[65].

Par ailleurs, la précarité est plus répandue parmi les jeunes. En 2023, 55,9 % des salariés de moins de 25 ans occupent un emploi précaire (CDD, intérim, apprentissage)[66], présentant une exposition accrue aux risques physiques et organisationnels. Cette plus forte précarité accroît également les risques de présentéisme, lorsqu'elle s'accompagne de longues semaines de travail ou d'horaires atypiques[67].

L'apprentissage et l'alternance jouent un rôle central pour cette tranche d'âge. La France compte plus de 900 000 apprentis, selon les données de la Dares, et ce mode de formation constitue une voie majeure d'accès à l'emploi durable.

L'apprentissage a fortement progressé au début des années 2020 à la faveur de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel et du renforcement des aides à l'embauche, mais tend à refluer sous l'effet des baisses de ces aides depuis 2024. L'apprentissage implique toutefois une responsabilité particulière en matière de santé au travail, dans la mesure où les jeunes alternants cumulent les contraintes de la formation et celles du travail en entreprise.

Si les données de l'INRS montrent que les apprentis sont exposés à des risques comparables, voire supérieurs, à ceux des jeunes salariés en contrat classique, en particulier lors des premières semaines de présence en entreprise, elles révèlent aussi un risque d'accidents du travail divisé par 2 lorsque les jeunes travailleurs ont reçu un enseignement en santé et sécurité au travail au cours de leur scolarité.

La formation précoce à la santé et à la sécurité au travail constitue ainsi un levier efficace de prévention. Sécuriser l'entrée dans l'emploi, c'est installer dès le début une culture de santé et de sécurité.

Cela suppose que les maîtres d'apprentissage, tuteurs et managers de proximité soient formés ; que les jeunes connaissent leurs droits et devoirs ; que la visite d'information et de prévention soit effective ; que les secteurs à forte sinistralité bénéficient d'outils spécifiques et que les écoles, CFA et entreprises partagent des référentiels communs.

[65] *Dares (2025),* Quelles sont les spécificités des conditions de travail des jeunes salariés ?

[66] *Observatoire des inégalités (2024),* La précarité du travail a été multipliée par deux en quarante ans

[67] *Hamon-Cholet S. et Lanfranchi J. (2021),* Présentéisme pour maladie : une conséquence de l'organisation du travail ? - Connaissance de l'emploi, n°170, mai 2021

Le parcours : des populations invisibilisées

Le parcours professionnel fait ensuite apparaître des populations longtemps invisibilisées.

La première est celle des femmes. Un chiffre interpelle d'abord : 20 % des femmes subissent au moins un fait de violence (agression, harcèlement, violences sexistes ou sexuelles) dans le cadre du travail chaque année[68].

En 2023, les femmes représentaient 49 % de la population active française[69] mais leur santé au travail a longtemps été pensée à partir d'un modèle masculin. L'ergonomie des postes et des équipements de protection a, par exemple, souvent été conçue à partir des références d'un « homme moyen ».

Par ailleurs, sur la période 2001-2019, les accidents du travail ont diminué globalement, mais avec une forte baisse chez les hommes et une hausse chez les femmes. Les troubles musculosquelettiques touchent majoritairement les femmes[70]. Cela tient en partie à la structure de l'emploi, les femmes étant surreprésentées dans des métiers (soin, aide à domicile, nettoyage, commerce) exposés aux ports de charges, aux horaires atypiques et aux expositions chimiques.

La santé mentale des femmes au travail appelle également une attention spécifique. La souffrance psychique liée au travail, plus élevée chez les femmes, a augmenté significativement depuis 2007. Les femmes sont davantage exposées à certaines exigences émotionnelles, à une moindre autonomie, à des emplois répétitifs, au temps partiel subi et à la double journée[71].

Jusqu'à récemment, les questions liées à la santé reproductive (grossesse, endométriose, ménopause) étaient absentes des analyses de la santé au travail.

Pourtant, elles concernent directement une part significative des femmes en emploi et peuvent avoir des implications sur la santé, l'organisation du travail et la performance.

Les entreprises se sont emparées de ces enjeux. GE HealthCare France a, par exemple, lancé en 2023 le programme EndoPro afin de sensibiliser les équipes à l'endométriose, d'interroger son impact dans l'organisation et de réfléchir à des aménagements de poste ou d'horaires.

[68] *Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat (2023),* Rapport d'information n° 780

[69] *Insee (2025),* Séries Emploi selon l'âge et le sexe

[70] *Anact (2022),* Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe

[71] *Santé publique France (2024),* La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007

D'autres entreprises reconnues dans des palmarès RH[72] développent des programmes autour de la parentalité, de la conciliation des temps de vie, du mentorat, des réseaux internes et de l'accès aux responsabilités.

La deuxième population invisibilisée est celle des personnes en situation de handicap.

La France compte 3,3 millions de personnes reconnues administrativement handicapées[73], mais la réalité fonctionnelle est plus large.

14,5 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant à domicile déclarent avoir au moins une limitation fonctionnelle sévère, et 5,4 millions déclarent être fortement restreintes dans des activités essentielles du quotidien[74].

Cette différence entre reconnaissance administrative et limitation vécue montre que beaucoup de situations de handicap restent invisibles, non déclarées ou non reconnues.

L'emploi des personnes en situation de handicap a progressé, mais les marges d'amélioration restent importantes.

Leur taux de chômage s'établit à 12 %, soit près du double du taux de l'ensemble de la population (environ 7 %). Il était de 19 % en 2017.

Le taux d'emploi des personnes de 15 à 64 ans est de 78 % parmi les personnes sans handicap, contre 61 % parmi les personnes en situation de handicap.

Fin 2024, le nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap bénéficiant de l'obligation d'emploi (DEBOE) atteint plus de 500 000, sachant que 54 % d'entre eux sont en chômage de longue durée[75].

En 2024, le taux d'emploi direct des personnes en situation de handicap est de 4,0 % des effectifs assujettis, pour une obligation légale de 6 %, et seules 35 % des entreprises assujetties remplissent cette obligation.

Le respect de l'OETH varie fortement avec la taille : le taux d'emploi atteint 6,4 % dans les entreprises de plus de 2 500 salariés, contre 3,8 % dans celles de moins de 50 salariés.

Parmi les personnes handicapées en emploi, les temps partiels sont plus fréquents, les postes de cadres moins nombreux et les personnes de 50 ans et plus surreprésentées[76].

Au-delà des embauches, le maintien en emploi est essentiel. Il faut accompagner, adapter les postes, former, reconvertir, anticiper l'aggravation éventuelle, organiser le dialogue avec le salarié, mobiliser le référent handicap et articuler l'action de l'entreprise avec Cap emploi, l'Agefiph, France Travail, les services de santé au travail et les dispositifs d'emploi accompagné.

En 2024, près de 27 000 personnes handicapées ont été maintenues dans l'emploi[77], en progression de 9 % sur un an, et plus de 15 700 personnes handicapées sont entrées en ap-

prentissage, même si elles ne représentent encore que 1,8 % des entrées.

Les entreprises peuvent aussi s'appuyer sur des initiatives collectives.

Le Manifeste Inclusion réunit plus de 130 dirigeants d'entreprise engagés en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, et dont les pratiques concrètes doivent être diffusées au-delà des grandes entreprises, notamment vers les PME *(cf. proposition n° 5)*.

La transmission : le mentorat intergénérationnel comme articulation

La transmission constitue une articulation décisive entre les générations.

Le mentorat intergénérationnel, qui organise des relations structurées de partage entre salariés expérimentés et plus jeunes, voire en mentorat inversé sur le numérique, doit être pensé comme un levier de santé au travail autant que de gestion des talents. Pour les jeunes, il sécurise l'entrée dans l'emploi, transmet les gestes sûrs et installe une culture de prévention ; pour les seniors, il valorise l'expérience et permet d'évoluer vers des fonctions de transmission moins exposées à l'usure professionnelle[78].

Michelin a ainsi réduit de 30 % les incidents qualité sur les lignes où un parcours de passation des savoir-faire a été instauré, et Leroy Merlin a fait baisser son turnover de 16 % en deux ans en associant systématiquement un jeune et un expérimenté lors de l'intégration.

---

[72] *Par exemple « Great Place to Work Women »*

[73-75] *Agefiph (2025),* Tableau de bord 2024 « Emploi et chômage des personnes handicapées »

[74] *Drees (2025),* Le handicap en chiffres

[76] *INSEE (2025),* Enquête emploi 2024

[77] *Ensemble des dispositifs et des actions visant à permettre à un salarié, dont l'état de santé ou le handicap vient à réduire les possibilités pour la personne de conserver un emploi, de conserver un emploi adapté dans une entreprise (aménagements de poste, reclassement à un poste dans la même entreprise, reclassement dans une autre entreprise, aide à la création d'activité)*

[78] *C. M. Underhill (2005),* The effectiveness of mentoring programs in corporate settings: A meta-analytical review of the literature ; K. Gadomska-Lila (2020), Effectiveness of reverse mentoring in creating intergenerational relationships

La seconde partie de carrière : seniors, usure, adaptation

La seconde partie de carrière constitue enfin un enjeu majeur.

Le vieillissement de la population active et l'augmentation progressive du taux d'emploi des 55-64 ans modifient structurellement la place des seniors dans les entreprises[79].

En 2024, 60,4 % des 55-64 ans ont un emploi, contre 82,8 % des 25 à 49 ans. Le taux d'emploi des seniors continue ainsi d'augmenter et se situe à son plus haut niveau depuis qu'il est mesuré (1975)[80].

Cette progression, continue depuis le début des années 2000, s'accompagne de nouveaux défis en matière de santé au travail.

La fréquence des accidents du travail diminue avec l'âge, mais leur gravité augmente sensiblement.

Les salariés de plus de 50 ans sont proportionnellement moins souvent victimes d'accidents, mais ceux-ci entraînent plus fréquemment des incapacités permanentes et des durées d'arrêt plus longues. 32 % des incapacités permanentes consécutives à un accident du travail concernent des salariés de plus de 50 ans, contre 14 % pour les moins de 30 ans[81].

De fait, le vieillissement physiologique accroît la vulnérabilité aux blessures et ralentit les processus de récupération.

Les expositions cumulées aux contraintes physiques, aux gestes répétitifs, aux postures pénibles ou aux horaires atypiques produisent aussi des effets différés, qui se manifestent plus fortement en fin de carrière.

Les troubles musculosquelettiques, en particulier, constituent un facteur majeur de désinsertion professionnelle des seniors.

La question de l'usure professionnelle occupe ainsi une place centrale dans l'analyse de la santé au travail des seniors. 35 % des personnes âgées de 50 à 59 ans ayant au moins dix ans d'emploi déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à

[79] *Insee (2024),* Emploi, chômage, revenus du travail – Insee Références

[80] *Dares (2025),* Les seniors sur le marché du travail en 2024

[81] *INRS (2012),* Accidents du travail : quelles particularités chez les seniors ?

[82] *Dares (2011),* Enquête Santé et itinéraire professionnel

[83] *Weil E. (2025),* Retraites : un blocage français

au moins une pénibilité physique (parmi travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs), signe que de nombreux seniors ont accumulé des expositions physiques au cours de leur carrière[82].

L'adaptation des postes de travail apparaît dès lors comme un levier déterminant du maintien en emploi. Les acteurs publics de la prévention et de l'amélioration des conditions de travail, et notamment l'Anact, ont d'ailleurs documenté l'existence de démarches concrètes mises en œuvre par des entreprises pour prévenir l'usure professionnelle et favoriser le maintien en emploi des salariés expérimentés.

Ces démarches relèvent à la fois de la prévention primaire, en réduisant l'exposition aux risques, et de la prévention secondaire, en limitant l'aggravation des atteintes à la santé.

Il demeure que la France se caractérise par une sortie précoce du marché du travail, via le chômage, l'invalidité ou des dispositifs de préretraite.

En comparaison internationale, elle reste en retard : 60,4 % de taux d'emploi des 55-64 ans en 2024, contre 65,2 % dans l'UE. L'écart est encore plus marqué pour les 60-64 ans, dont seulement environ 38 % travaillent en France, contre souvent plus de 60 % dans les pays les plus performants.

Ce retard, hérité d'une culture du départ précoce et de politiques ayant longtemps encouragé les sorties anticipées, réduit le nombre de cotisants et fragilise le financement du système par répartition.

L'enjeu principal est d'augmenter l'âge réel de sortie du travail, plutôt que de se focaliser sur l'âge légal de départ à la retraite, notamment en adaptant et améliorant l'emploi des seniors[83].

La France a besoin d'un nouveau pacte de santé au travail. Ce pacte devrait reposer sur quatre convictions.

Premièrement, le travail est un déterminant de santé.

Deuxièmement, la prévention est un investissement productif et les entreprises, loin d'être seulement des lieux de risque, sont aussi des lieux de prévention.

Troisièmement, les risques nouveaux ou émergents doivent entrer dans le cœur des politiques de prévention.

Quatrièmement, la santé au travail doit être pensée comme une politique de trajectoire, couvrant l'entrée dans l'emploi, le parcours, les transitions et la seconde partie de carrière.

01

02

03



LIBÉRER, PRÉVENIR, FINANCER : NOS PROPOSITIONS POUR SOIGNER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Aucune mesure, à elle seule, ne permettra de sortir de l'impasse. Si on ne cherche à résoudre que la pénurie médicale, on continuera à alimenter le tropisme curatif du système de santé.

Si on ne renforce que la prévention, on laissera les patients sans réponse rapide lorsqu'ils ont besoin d'un professionnel. Si on ne réforme que le financement, on ne changera pas le modèle et les parcours de prise en charge. Si on oublie les entreprises, on se privera d'acteurs essentiels à la santé de la population et au financement de la santé.

Le prochain quinquennat devra donc poursuivre trois objectifs : libérer l'offre de soins, prévenir avant de soigner et financer dans la durée. Cette dernière partie formule trois propositions phares en ce sens, puis une boîte à outils technique de réformes complémentaires. Ces mesures forment un tout, chacune répondant à une faille différente du système.

Par exemple, le passeport « prévention santé » universel donne à chaque actif un droit individuel et personnalisé à la prévention. La loi-cadre de recomposition des métiers de santé rend possible l'accès rapide à un professionnel et concentre le médecin sur les cas complexes.

L'accord de branche santé-prévention renforce la place de l'entreprise dans la prévention, en particulier pour les PME et TPE qui ne disposent pas des mêmes moyens que les grandes entreprises.

PROPOSITION PHARE N°1

Créer un passeport « prévention santé » universel,

ouvert dès l'entrée dans la vie professionnelle

Cette première proposition vise à créer un passeport « prévention santé » universel, ouvert dès le début de carrière et alimenté tout au long de la vie.

En milieu professionnel, ce passeport serait abondé par l'employeur, la Sécurité sociale et la complémentaire santé, adossé au dossier médical partagé et articulé avec la médecine du travail.

Une fois à la retraite, il continuerait d'être abondé par la Sécurité sociale et la complémentaire santé et par des versements volontaires et individuels.

Le financement devrait ainsi être mixte. L'assurance maladie obligatoire financerait les actions de prévention usuelles telles que les dépistages, les vaccinations, les bilans aux âges clés et les programmes validés de prévention des maladies chroniques. Les complémentaires santé financeraient quant à elles des modules additionnels, en particulier dans le cadre des contrats collectifs.

L'employeur contribuerait au titre de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, par exemple en abondant des actions collectives ou des parcours liés aux expositions du métier. Les branches pourraient compléter pour les métiers les plus exposés dans le BTP, le transport, la logistique, l'aide à domicile, l'hôtellerie-restauration, l'industrie, le soin et la propreté.

Chaque Français disposerait d'un espace de prévention rassemblant ses bilans, ses dépistages, ses actions de sevrage, ses programmes d'activité physique adaptée, ses interventions de santé mentale, ses rappels vaccinaux

et ses risques professionnels connus, et tout autre élément utile à la poursuite de l'objectif inhérent. L'espace en question serait personnalisé et comprendrait des recommandations adaptées selon l'âge, le sexe, les antécédents, les métiers et leur exposition.

Cette création répond à la faiblesse structurelle de la politique de prévention française : campagnes nationales, bilans, complémentaires santé, médecine du travail et entreprises agissent chacun dans leur périmètre, sans lisibilité d'ensemble pour le patient comme pour le médecin.

Le passeport que nous proposons aurait pour rôle de relier ces briques, en intégrant les trois niveaux de prévention :

— prévention primaire : activité physique, nutrition, réduction de l'exposition à certains risques, prévention des addictions, ergonomie, prévention des risques psychosociaux ;

— prévention secondaire : dépistage, bilans, alertes, orientation rapide ;

— prévention tertiaire : accompagnement des maladies chroniques, retour au travail après arrêt long, adaptation du poste, maintien dans l'emploi.

À horizon de dix ans, un objectif de 15 à 20 milliards d'euros d'économies par an pourrait être visé par :

— la réduction d'actes évitables (exemples : examens d'imagerie non pertinents pour les lombalgies communes, bilans biologiques redondants, actes répétés faute de partage de données, ou certains passages aux urgences qui pourraient être traités en soins primaires) ;

— l'amélioration de l'observance (exemples : mise en place de rappels numériques, d'entretiens pharmaceutiques ou de suivi infirmier, en particulier pour les pathologies chroniques) ;

— la prévention et la limitation de certaines complications (exemples : suivi renforcé des patients insuffisants cardiaques et rénaux, réadaptation après infarctus, programmes de sevrage tabagique, activité physique adaptée pour les patients à risque) ;

— la réduction des arrêts longs (exemples : prévention des troubles musculosquelettiques dans les secteurs les plus à risque, repérage précoce des troubles psychiques, cellule de soutien au retour au travail après un arrêt long) ;

— et l'amélioration du maintien en emploi (exemples : aménagement de poste pour salariés atteints de cancer, de maladies chroniques, de handicap ou de troubles musculosquelettiques ; reconversion interne avant inaptitude).

PROPOSITION PHARE N° 2

Adopter une loi-cadre de recomposition des métiers de santé

pour garantir l'accès à un professionnel de santé en vingt-quatre heures

Notre deuxième proposition consiste à adopter une loi-cadre de recomposition des métiers de santé autour d'une garantie d'accès au premier recours. Chaque citoyen devrait pouvoir accéder à un professionnel de santé en vingt-quatre heures.

Il ne s'agit pas de promettre un rendez-vous chez un spécialiste pour tous les besoins dans ce délai, mais de garantir une première réponse qualifiée (orientation, examen simple, renouvellement de prescription, dépistage, premier avis, alerte vers un médecin, le cas échéant spécialiste, lorsque la situation est complexe).

Le temps médical est rare et mal utilisé *(cf. page 16)*, et le système reste excessivement organisé autour de l'accès au médecin comme point d'entrée quasi exclusif.

IPA, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthoptistes, sages-femmes, infirmiers de santé au travail et assistants médicaux peuvent absorber une partie des demandes simples et orienter les patients vers le bon niveau de prise en charge. L'enjeu est d'utiliser chaque compétence à son niveau maximal de valeur.

La loi-cadre devrait donc construire une chaîne de compétences structurée, fondée non sur la délégation ponctuelle mais sur la délégation de responsabilité.

La délégation ponctuelle laisse subsister une logique dans laquelle le médecin autorise au cas par cas, alors que la délégation de responsabilité crée des périmètres clairs, des protocoles et des obligations de traçabilité[84].

Elle permet aux professionnels paramédicaux de trouver leur place dans le parcours de soins, tout en garantissant que les cas complexes reviennent au médecin.

Dans cette organisation, le rôle du médecin généraliste serait recentré sur la coordination des cas complexes. Il serait moins mobilisé sur les actes routiniers, les renouvellements simples, les certificats et les situations pouvant relever d'un autre professionnel.

Les IPA doivent aussi devenir l'un des nouveaux maillons du premier recours. Ils peuvent suivre des patients stabilisés, adapter certaines prises en charge dans un cadre défini, repérer une dégradation, alerter le médecin et renforcer l'éducation thérapeutique.

Avec près de 4 000 IPA en exercice aujourd'hui, l'objectif devrait être de former 4 000 professionnels par an, afin de créer une capacité réelle dans le suivi des maladies chroniques, la santé mentale, l'oncologie, la gériatrie, la prévention et la santé au travail.

Cette proposition suppose de lever plusieurs verrous concernant les règles d'accès direct, les nomenclatures, les modalités de rémunération, la responsabilité professionnelle, les systèmes d'information mais aussi les cultures professionnelles.

[84] Les protocoles de coopération sont encadrés par les articles L4011-1 à L4011-5 du code de la santé publique et une révision des différents champs de compétences impliquerait des évolutions sur l'ensemble de la quatrième partie « professions de santé » du code de la santé publique

PROPOSITION PHARE N° 3

Rendre obligatoire un accord de branche santé-prévention

visant une baisse de 20 % de l'absentéisme en cinq ans

Cette troisième proposition ambitionne de mettre en place une négociation collective obligatoire de branche sur la santé et la prévention, avec l'objectif de réduire globalement l'absentéisme de 20 % en cinq ans.

Un accord national interprofessionnel aurait certes une portée symbolique, mais serait moins adapté aux réalités sectorielles.

L'entreprise seule, surtout lorsqu'elle est petite, peut manquer de moyens. La branche est la bonne échelle car elle permet de mutualiser sans perdre le contact avec la réalité du terrain.

Les risques ne sont, en effet, pas les mêmes dans le BTP, le transport, la grande distribution, la banque, l'aide à domicile ou le numérique. Les expositions physiques, les horaires, les risques psychosociaux, les addictions, la sédentarité, l'effet du changement climatique ou les troubles musculosquelettiques varient fortement selon les métiers.

Chaque accord de branche devrait traiter quatre sujets devenus centraux :

— les addictions, touchant à la fois la santé, la sécurité et le maintien dans l'emploi ;

— la santé mentale, pesant de plus en plus sur l'absentéisme ;

— le vieillissement, obligeant à adapter les postes avant que l'usure ne devienne irréversible ;

— et l'aidance, qui concernera un nombre croissant de salariés avec l'entrée de la génération du baby-boom dans les âges de dépendance.

L'objectif de baisse de 20 % de l'absentéisme serait atteint en combinant réduction des causes évitables d'arrêt et des accidents, meilleure organisation du retour et adaptation des postes, prévention des rechutes, amélioration de la qualité du travail et soutien à la santé mentale et aux maladies chroniques.

Cet accord devra aussi reconsidérer le rôle des complémentaires santé afin qu'elles puissent devenir des acteurs de prévention à part entière.

Elles pourront, par exemple, aider à financer des programmes de prévention, accompagner les TPE, évaluer les résultats, proposer des parcours de soutien et diffuser les actions qui fonctionnent.

Reprenant une proposition formulée par Bruno Palier et ses co-auteurs dans *Travailler mieux* en 2025, l'accord pourrait être accompagné d'un index santé-travail rendant visibles les progrès et les écarts.

Cet index serait multidimensionnel (rémunérations, conditions de travail, horaires et conciliation des temps de vie, formation et perspectives de carrière, participation des salariés), calculé à partir d'indicateurs existants et décliné en sous-index.

Il devrait surtout comparer chaque entreprise à des structures de taille et de secteur comparables, pour évaluer des trajectoires et des progrès plutôt que pénaliser les métiers exposés. C'est à cette condition que l'index deviendra un outil d'amélioration plutôt qu'un instrument d'image ou de réputation.

LES PROPOSITIONS TECHNIQUES

LA BOÎTE À OUTILS DE LA RÉFORME

Les propositions 4 à 10 visent à faire de l'entreprise un acteur identifié et incontournable de la prévention, tout en améliorant l'inclusion et le maintien en emploi de tous les profils de salariés.

PROPOSITION PHARE N° 4

Créer un fonds national de prévention des addictions en entreprise

Les addictions constituent un sujet essentiel de la santé au travail (cf. page 40).

Un fonds national de prévention des addictions en entreprise serait créé, cofinancé par l'assurance maladie obligatoire, l'État, les complémentaires et la branche accidents du travail-maladies professionnelles, avec une gouvernance tripartite associant l'État, les partenaires sociaux et les experts de santé au travail. Cette création permettrait :

— de valoriser et financer des initiatives innovantes de prévention individuelle et collective en matière de lutte contre toutes les formes de comportements addictifs ;

— d'accompagner la généralisation des recommandations de bonnes pratiques de la HAS ou de la signature de la charte ESPER ;

— d'évaluer plus systématiquement, sur la base de travaux scientifiques reposant sur des méthodes d'analyse éprouvées, les résultats et le retour sur investissement des actions engagées.

Pour ce qui est de la prévention individuelle, cela pourrait concerner des actions de repérage lors des visites en santé au travail grâce aux outils validés (ex. : questionnaires AUDIT, FACE et Fagerström[85]) proposant un accompagnement vers un parcours de soins, voire une démarche de maintien en emploi.

En ce qui concerne la prévention collective, les actions pourraient concerner :

— le développement d'indicateurs d'alerte partagés entre préventeurs, services de santé et managers, et la promotion d'espaces de dialogue paritaires ;

— la sensibilisation régulière des salariés et des managers par des intervenants extérieurs, du repérage des risques à la conduite à tenir face à un collègue en difficulté ;

— des actions ciblées d'aide au sevrage tabagique et de lutte contre la sédentarité ;

— la mise en place de procédures d'urgence pour gérer les troubles du comportement, du retrait immédiat du poste à la visite de reprise avec le médecin du travail.

Ce fonds pourrait être doté à hauteur de 50 à 100 millions d'euros par an et s'inspirerait des mécanismes de l'article 51 pour son fonctionnement.

[85] *Respectivement Alcohol Use Disorders Test, formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien, test de dépendance physique à la nicotine*

PROPOSITION PHARE N°5

Accentuer l'inclusion des personnes en situation de handicap ou d'invalidité

La mise en place de l'obligation d'emploi a produit des progrès notables, mais le taux d'emploi des personnes en situation de handicap demeure nettement inférieur à celui des personnes sans handicap et beaucoup de situations de handicap restent invisibles, non déclarées ou non reconnues *(cf. page 40).*

Cette proposition vise à accentuer l'inclusion des personnes en situation de handicap ou d'invalidité à travers :

— un bonus dès la première embauche pour les TPE-PME et pour les entreprises dépassant l'obligation légale, pouvant représenter jusqu'à 50 millions d'euros (soit moins de 10 % des contributions versées à l'Agefiph) ;

— un élargissement du périmètre des dépenses déductibles de la contribution, notamment en intégrant de nouveaux types d'investissements favorisant l'accessibilité, l'adaptation des postes de travail et l'accompagnement des salariés concernés, ou en relevant le plafond de déduction ;

— la diffusion des bonnes pratiques du Manifeste Inclusion : accueil dès le stage de troisième, accès à l'entretien lorsque les compétences correspondent, accessibilité numérique, partenariats avec les entreprises adaptées et les ESAT.

PROPOSITION PHARE N° 6

Renforcer la santé des femmes dans le Plan santé au travail 2026-2030

Le plan santé au travail 2021-2025 a permis des avancées notables, mais il n'a pas pleinement intégré une approche différenciée selon le sexe, alors même que les expositions, les parcours et les risques spécifiques des femmes au travail sont désormais bien documentés *(cf. page 47).*

Des équipements conçus sur des référentiels masculins aux sujets encore négligés (grossesse, endométriose, ménopause), les politiques de prévention restent insuffisamment adaptées, avec un impact direct sur la santé, l'absentéisme et le maintien en emploi.

Le nouveau plan santé au travail 2026-2030, annoncé en juin 2026, se fixe l'objectif d'adapter les démarches de prévention des risques aux publics les plus exposés aux accidents du travail et maladies professionnelles, et notamment les femmes. Il est proposé de renforcer, dans ce plan, la prise en compte de la situation des femmes au travail, en intégrant une approche genrée dans l'ensemble des diagnostics, actions de prévention et dispositifs d'accompagnement.

Une approche genrée plus systématique constituerait un levier puissant d'amélioration globale des conditions de travail. Les études montrent qu'une prévention mieux adaptée aux réalités des femmes bénéficie à l'ensemble des salariés, en favorisant une conception plus ergonomique, plus inclusive et plus attentive aux risques invisibilisés.

Elle contribue également à la réduction des inégalités professionnelles, à l'amélioration de la qualité de vie au travail et à une meilleure fidélisation des talents.

La prise en compte des spécificités des femmes dans le plan pourrait être consolidée autour de quatre axes principaux :

— premier axe : systématiser les données genrées, en ventilant par sexe toute collecte relative aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, à l'absentéisme, à l'inaptitude ou aux expositions, condition préalable à l'identification des écarts.

— deuxième axe : adapter la prévention aux réalités professionnelles des femmes, en revoyant les référentiels d'évaluation des risques, la conception des équipements et la prévention des violences sexistes et sexuelles au travail.

— troisième axe : mieux accompagner les parcours féminins, du maintien en emploi pendant et après la grossesse aux transitions liées à la ménopause et au rôle d'aidante, en intégrant ces dimensions au dialogue social et aux négociations sur les conditions de travail.

— quatrième axe : former les services de prévention, les managers, les représentants du personnel et les branches à l'approche différenciée selon le sexe.

PROPOSITION PHARE N° 7

Prévenir la santé mentale et climatique en entreprise

Cette proposition vise à mieux intégrer deux risques émergents, la santé mentale et le climat, au cœur de la prévention (cf. pages 42 et 43).

Sur le premier, alors que plus de 40 % des salariés déclarent subir une intensité de travail élevée et une pression temporelle importante, la formation aux premiers secours en santé mentale doit être massifiée, en priorité vers les référents santé-sécurité, les managers, les représentants du personnel et les services RH, afin de développer une capacité de repérage, d'écoute initiale et d'orientation.

Sur le second, alors que 9,7 millions de travailleurs déclarent être incommodés par la chaleur dans leur activité, le climat doit entrer dans le DUERP et dans les accords de branche : chaque branche exposée élaborerait un plan « vagues de chaleur » comprenant des seuils d'alerte, une adaptation des horaires et des cadences et des modalités de protection des travailleurs vulnérables.

PROPOSITION PHARE N° 8

Créer un label « Entreprise engagée pour la santé au travail »

Cette proposition vise à créer un label « Entreprise engagée pour la santé au travail », géré par France Santé au Travail[86] et structuré en niveaux progressifs pour valoriser les actions engagées par les entreprises et faire passer la démarche d'une logique de conformité à une logique de résultats.

Cette labellisation, tenant compte de la situation des différents secteurs et des différentes tailles d'entreprise, serait structurée en plusieurs niveaux permettant de reconnaître les efforts croissants des entreprises. Pour être éligible (1er niveau), l'entreprise devrait être en conformité avec ses obligations (déploiement d'un DUERP et d'une complémentaire santé entre autres). Les niveaux supérieurs intégreraient des objectifs plus ambitieux sur les dimensions suivantes :

— prévention des risques en matière de sécurité et santé physique (exemples : taux de fréquence des accidents et son évolution par rapport aux entreprises de la même catégorie de taille et du même secteur, existence d'un plan de gestion des épisodes de chaleur) ;

— prévention des risques sur la santé mentale et qualité de vie au travail (exemples : taux d'absentéisme et son évolution par rapport aux entreprises de la même catégorie de taille et du même secteur, existence de dispositifs incitant à la déconnexion, taux de formation aux premiers secours en santé mentale) ;

— prise en charge des risques (exemples : niveaux de garantie proposés par la couverture complémentaire, taux de participation employeur) ;

— management, culture d'entreprise et dialogue social (exemples : taux de participation des salariés à des actions de prévention ou de formation des managers ; appréciation du CSE sur les actions menées par l'entreprise).

Cette labellisation constitue une alternative ou un complément à un index de qualité de l'emploi *(cf. proposition n° 3)*.

[86] *Cf proposition n°10*

PROPOSITION PHARE N° 9

Sécuriser l'entrée des jeunes dans l'emploi

et permettre aux seniors de transmettre leurs compétences plus longtemps

Cette proposition part du principe que les jeunes ont besoin d'être mieux accompagnés lorsqu'ils entrent dans le métier, et que les salariés plus expérimentés doivent pouvoir rester utiles plus longtemps sans être exposés jusqu'au bout aux tâches les plus usantes.

Cela suppose de généraliser les parcours de transmission des savoir-faire, de mieux accompagner les jeunes pendant leurs deux premières années, d'organiser un suivi en santé au travail dès l'alternance, et de rendre le cumul emploi-retraite plus simple et plus attractif pour les salariés qui souhaitent transmettre.

Pour rappel, les jeunes présentent une fréquence d'accidents du travail 2,5 fois supérieure à la moyenne, et le risque est divisé par deux lorsqu'ils ont reçu un enseignement en santé et sécurité au travail au cours de leur scolarité : chaque jeune entrant dans un secteur exposé devrait donc bénéficier d'un tuteur formé, d'une formation santé-sécurité et d'un suivi par le service de prévention et de santé au travail *(cf. page 45)*. Pour les seniors, l'usure professionnelle est le facteur majeur de désinsertion : la prévenir implique d'adapter les postes, de former tout au long de la vie et de favoriser les mobilités internes et la reconversion *(cf. page 50)*.

Le mentorat intergénérationnel répond à ces deux fragilités. Il protège mieux les jeunes au moment où ils apprennent le métier, et il donne aux seniors un rôle qui valorise leur expérience tout en limitant l'usure. C'est aussi dans cet esprit que le cumul emploi-retraite devrait être simplifié et rendu plus incitatif pour les salariés qui souhaitent continuer à transmettre leurs compétences *(cf. page 49)*.

PROPOSITION PHARE N°10

Créer « France Santé au Travail »

Cette proposition consiste à créer France Santé au Travail, en s'appuyant sur un partenariat entre l'Anact et l'INRS, et en étendant à toutes les branches un modèle inspiré de l'OPPBTP.

Elle fait écho à la recommandation du rapport *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* de Charlotte Parmentier-Lecocq en 2018.

La gouvernance de « France Santé au Travail » serait tripartite (État, organisations patronales, syndicats) et ses compétences couvriraient la production de référentiels sectoriels, l'animation des accords de branche, la gestion du label ou de l'index santé-travail, la diffusion d'outils simples pour les TPE, l'évaluation des programmes financés par le fonds addictions notamment.

Cette proposition répond à un problème d'architecture.

La France dispose de nombreux acteurs compétents : Anact, INRS, Carsat, services de prévention et de santé au travail, Assurance maladie - risques professionnels, branches, opérateurs sectoriels, complémentaires, Agefiph.

Mais l'ensemble manque de lisibilité pour les entreprises, en particulier les PME et TPE. France Santé au Travail aurait vocation à être l'interface de la politique de santé au travail.

Les propositions 11 à 15 ont vocation à libérer l'offre de soins, afin de permettre l'accès aux soins innovants et pertinents à tous les salariés, et d'accentuer la volonté de renforcer le cadre de la prévention dont l'entreprise devient une actrice.

PROPOSITION PHARE N°11

Sortir de l'exclusivité du paiement à l'acte

Le financement des soins repose encore largement sur le paiement à l'acte (en ville) ou à l'activité (à l'hôpital), qui soutient l'activité et la réactivité mais incite à l'augmentation des volumes plutôt qu'à la qualité, et reste inadapté s'agissant de prévention, de coordination, de maladies chroniques ou de santé mentale (cf. page 18).

Une évolution vers des modes de financement mixtes est souhaitable, afin de mieux aligner les incitations économiques sur les objectifs de santé publique tout en contribuant à la maîtrise des dépenses. Cela inclurait :

— des paiements forfaitaires pour les parcours de soins, finançant des séquences complètes de bilan, d'orientation et de suivi, notamment pour les maladies chroniques ;

— une capitation pour le premier recours, donnant aux équipes des moyens stables pour suivre une population ;

— des rémunérations à la qualité et aux résultats, soutenant la vaccination, le dépistage, la prévention et la réduction des hospitalisations évitables et des arrêts de travail ;

— et une meilleure coordination entre médecine de ville, hôpital et secteur médicosocial, facilitée par des incitations financières adaptées.

PROPOSITION PHARE N°12

Faciliter l'accès rapide au médicament et à l'innovation utile

La France doit faciliter l'accès rapide au médicament, en particulier lorsque l'innovation apporte un bénéfice clinique réel (cf. page 20). Un nouvel équilibre entre sécurité, innovation et responsabilité doit être trouvé pour réviser les processus d'autorisation et accélérer les mises sur le marché.

Le système doit mieux distinguer les innovations utiles des innovations marginales, et doit désormais mieux évaluer et rétribuer la valeur clinique, organisationnelle ou économique lorsqu'elle est démontrée.

Une innovation qui évite une hospitalisation, améliore l'observance ou maintient un salarié en emploi produit une valeur qui dépasse le prix facial du produit. Cette tarification à la valeur clinique supposerait une évaluation plus dynamique. Le prix initial pourrait être lié aux données disponibles au moment de l'accès, puis révisé selon les résultats en vie réelle. Les données de santé deviendraient alors un outil de régulation, permettant de vérifier que l'innovation produit bien les effets attendus.

Cette proposition implique également de réinterroger la clause de sauvegarde. Ce mécanisme assujettit les industriels du médicament à une contribution lorsque leur chiffre d'affaires remboursable dépasse un montant de référence. Si cette clause répond à l'objectif légitime de régulation de la dépense, son instabilité et son poids croissant réduisent la prévisibilité économique des industriels et affaiblissent l'attractivité du marché français pour les innovations. Elle devrait donc être recentrée sur sa fonction initiale de filet de sécurité budgétaire, avec des règles plus stables, lisibles et compatibles avec la tarification à la valeur clinique. À défaut, elle continuera de taxer indistinctement les chiffres d'affaires, y compris lorsqu'ils correspondent à des innovations utiles et efficientes.

PROPOSITION PHARE N°13

Multiplier par cinq les expérimentations de l'article 51 passant dans le droit commun

Les innovations les plus utiles en santé ne sont pas nécessairement technologiques. Elles peuvent être organisationnelles (équipes mobiles, parcours coordonnés, télémédecine, nouveaux modes d'articulation entre domicile, ville et hôpital).

Ces innovations se heurtent aux règles existantes de financement, de responsabilité et de périmètre professionnel. L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) permet de tester de nouvelles organisations de soins et des modes de financement innovants en dérogeant aux règles de droit commun, sous condition d'évaluation *(cf. page 20)*.

La France souffre néanmoins d'un défaut récurrent, elle expérimente beaucoup, puis généralise lentement *(cf. page 20)*. Cette proposition renouvelle ainsi l'ambition de l'article 51 par une multiplication par cinq des expérimentations passant dans le droit commun après évaluation. Cela pourrait passer par un délai de traitement ramené à trois mois, un rôle d'incubateur confié aux ARS et un passage facilité au droit commun pour les dispositifs probants.

Les entreprises et les branches pourraient être mieux associées, en particulier lorsque les expérimentations concernent le maintien en emploi, la prévention des risques professionnels ou le retour au travail.

PROPOSITION PHARE N°14

Déployer massivement le numérique en santé

Le numérique en santé doit devenir un levier concret d'accès, de prévention et de productivité.

Plusieurs axes d'action sont proposés en ce sens :

— enrichissement du dossier médical partagé (DMP) ;

— mobilisation de l'intelligence artificielle pour le diagnostic ;

— validation de 100 thérapies digitales ;

— réforme de la doctrine d'usage des données de santé pour permettre un usage encadré mais effectif ;

— déploiement d'un jumeau numérique du grand âge.

Le DMP doit réellement devenir le socle numérique du parcours de soins, rassemblant traitements, dépistages, observance, risques, allergies et plans de prévention.

L'intelligence artificielle peut contribuer au diagnostic, à la priorisation des patients à risque et à la détection des interactions médicamenteuses, à condition d'augmenter la capacité du professionnel sans remplacer la décision médicale.

La validation de 100 thérapies digitales (santé mentale, observance, rééducation, addictions notamment) permettrait de sortir du foisonnement non évalué et de distinguer les applications de bien-être des dispositifs thérapeutiques validés, mobilisables par les complémentaires et les entreprises.

Le jumeau numérique du grand âge viserait, lui, à anticiper la perte d'autonomie, de la prévention des chutes à l'adaptation du logement et à la coordination avec le médico-social.

Enfin, l'accélération du numérique en santé passe surtout par une évolution de la doctrine d'accès aux données de santé. La France dispose d'un patrimoine de données exceptionnel, mais son exploitation reste freinée par une culture de précaution *(cf. encadré 1)*.

L'OCDE identifie le Danemark, la Finlande et la Corée parmi les pays combinant le mieux disponibilité des données, maturité d'utilisation et gouvernance[87].

La Finlande, avec Findata, et le Danemark, avec la Danish Health Data Authority, montrent qu'un accès rapide, sécurisé et contrôlé aux données est possible.

La France doit désormais basculer vers un principe d'innovation responsable, fondé sur une régulation *ex ante* claire, en :

— créant un régime accéléré pour les projets conformes à des référentiels prédéfinis, notamment pour la recherche, l'évaluation en vie réelle, les dispositifs médicaux numériques et les algorithmes d'aide au diagnostic ;

— généralisant les environnements sécurisés d'accès aux données, afin que les données restent dans des espaces contrôlés plutôt que d'être transférées ;

— prévoyant une évaluation *ex post* systématique, permettant de retirer l'autorisation si le projet ne respecte pas ses finalités, mais sans bloquer *ex ante* les projets utiles.

PROPOSITION PHARE N°15

Poursuivre la réforme de l'offre et de l'organisation des soins

Réorganiser l'offre de soins est l'un des sujets les plus sensibles du système de santé, eu égard à l'attachement de la population et des élus locaux au maillage hospitalier actuel. Éviter ce sujet reviendrait néanmoins à laisser se dégrader à la fois la qualité des soins, la sécurité des patients et les conditions de travail des équipes hospitalières.

L'objectif n'est pas de fermer des services pour faire des économies, mais de garantir la qualité et la sécurité des soins. Certaines activités, notamment la chirurgie et l'obstétrique, nécessitent des volumes d'activité suffisants, des équipes complètes, des plannings de garde sécurisés, des plateaux techniques et une capacité à gérer les complications.

Maintenir partout des activités sous-critiques peut rassurer symboliquement, mais dégrader la sécurité des prises en charge. À l'inverse, certaines activités doivent rester en proximité (soins primaires, prévention, suivi chronique, gériatrie, santé mentale, soins non programmés simples).

Le modèle des établissements hospitaliers privés non lucratifs mérite, par ailleurs, d'être considéré. Il combine mission d'intérêt général et gestion de droit privé, avec des conventions collectives et une plus grande flexibilité d'organisation.

Un changement de modèle pour l'hôpital public pourrait permettre de renouveler l'attractivité des métiers du soin, de faire évoluer les organisations et de faciliter les coopérations territoriales entre établissements.

La gouvernance hospitalière doit aussi être clarifiée. Un directeur d'hôpital ne peut pas être réduit à la gestion de la contrainte budgétaire. Il doit pouvoir porter un projet médical, social et territorial. Les médecins, de leur côté, doivent être pleinement associés aux choix stratégiques, mais dans un cadre où les responsabilités sont explicites. Le sujet n'est pas d'opposer administratifs et soignants ; il est de savoir qui décide, avec quels moyens, pour quels résultats.

Pour l'hôpital, plusieurs chantiers devraient ainsi être ouverts :

— examiner la transposition de certaines règles des établissements privés non lucratifs aux hôpitaux publics ;

— recomposer l'offre de chirurgie ou de maternité lorsque les volumes ne permettent plus de garantir la sécurité ;

— clarifier les responsabilités entre direction, médecins et équipes soignantes ;

— rééquilibrer les financements pour ne plus rémunérer seulement le séjour, mais aussi le parcours, la qualité et les résultats *(cf. page 22)*.

Les propositions 16 à 18 visent à aboutir à une nouvelle matrice du financement du système, en diversifiant les assiettes pour ne pas tout faire peser sur le travail, optimiser chaque pan de la dépense et retrouver la stabilité du temps long dans les dépenses de santé.

PROPOSITION PHARE N°16

Réformer l'articulation AMO/AMC pour optimiser la prévention sans créer une médecine à deux vitesses

Le financement français repose sur un équilibre délicat entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Aujourd'hui, cet équilibre fonctionne plutôt bien pour rembourser des soins, mais beaucoup moins pour organiser la prévention.

Les organismes complémentaires financent une part importante de la protection des salariés, notamment via les contrats collectifs, mais disposent de leviers limités pour piloter la prévention, l'efficience ou les parcours. La réforme que nous appelons de nos vœux devrait poursuivre quatre objectifs : donner plus de marges aux complémentaires dans le cadre du contrat responsable, reconnaître les dépenses de prévention comme de véritables dépenses de santé, permettre un accès strictement encadré aux données du Health Data Hub utiles à l'évaluation, et clarifier le rôle des organismes complémentaires dans les parcours de prévention.

Desserrer le contrat responsable ne doit pas signifier déréguler sans garde-fous. Le risque serait de créer une médecine à deux vitesses, où les salariés de grandes entreprises auraient accès à des programmes sophistiqués tandis que les autres resteraient au socle minimal.

La réforme doit donc combiner liberté d'innovation et solidarité. Les complémentaires doivent pouvoir financer des programmes validés, mais ces programmes doivent être évalués, mutualisables et, lorsque leur efficacité est démontrée, intégrables dans des accords de branche ou dans le passeport universel.

Les règles actuelles incitent parfois davantage au remboursement qu'à l'investissement préventif.

Si une complémentaire finance un programme de prévention, celui-ci peut être regardé comme un coût de gestion plutôt que comme une dépense de santé. Cette classification limite l'incitation à investir. Il faut donc reconnaître la prévention comme une dépense de santé à part entière.

L'accès encadré aux données de santé est un autre levier. Les complémentaires n'ont pas vocation à accéder à des données individuelles identifiantes leur permettant de sélectionner les risques.

En revanche, un accès à des données agrégées, pseudonymisées, encadrées et auditées peut permettre de mieux cibler les actions de prévention, d'évaluer les programmes et de repérer des inégalités.

PROPOSITION PHARE N°17

Changer l'assiette du financement de la santé

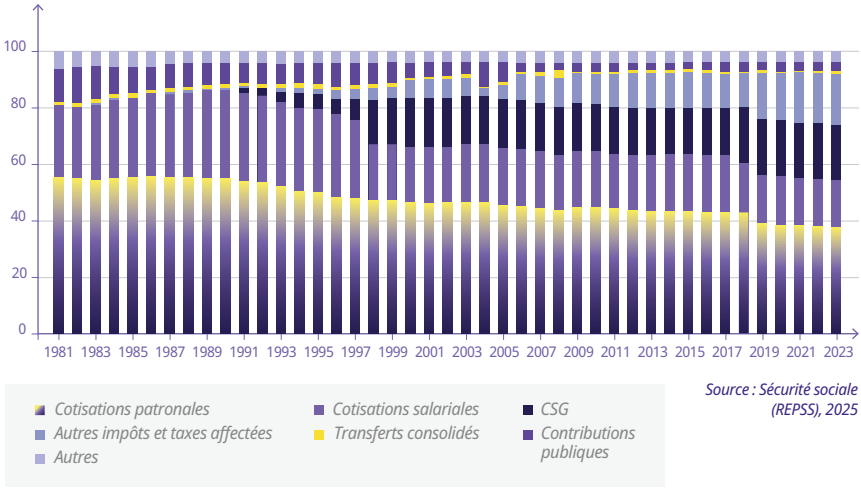
Cette proposition ouvre le débat sur l'assiette du financement de la santé.

Initialement, le financement public des administrations de Sécurité sociale reposait presque exclusivement sur des cotisations sociales assises sur le travail.

Depuis les années 1990, ce modèle a profondément évolué avec l'introduction de la contribution sociale généralisée (CSG) et la diversification des ressources. La part des financements fiscaux a augmenté, traduisant une volonté d'universalisation.

Le système relève, de ce fait, d'une double nature, une logique assurantielle liée au travail d'une part, et une logique universelle fondée sur l'impôt d'autre part.

Graphique 6 — Structure des recettes des administrations de Sécurité sociale (en %)



Source : Sécurité sociale (REPSS), 2025

Certes, la santé bénéficie à tous, mais son financement pèse encore fortement sur les actifs[88]. La question se pose ainsi de poursuivre le mouvement de diversification des ressources en élargissant encore l'assiette fiscale pour financer la santé et accompagner les transformations du système sans alourdir le coût du travail.

Cela pourrait passer par une montée en puissance de la fiscalité affectée (notamment via la CSG), mais aussi par une mobilisation accrue de recettes comportementales (tabac, alcool, produits à risque) ou de ressources assises sur la consommation.

Cela améliorerait la soutenabilité financière du système en le rendant moins dépendant de l'emploi, et renforcerait l'équité en faisant contribuer l'ensemble des revenus au financement de la protection sociale.

[88] *Les seniors représentent environ 25 % de la population mais près de 50 % des dépenses de santé*

PROPOSITION PHARE N°18

Passer à un Ondam pluriannuel

pour donner de la stabilité au secteur

La dernière proposition consiste à sortir d'un pilotage exclusivement annuel de l'ONDAM. Discuter chaque année de la dépense de santé reste nécessaire, s'agissant d'une exigence démocratique et budgétaire.

Mais lorsque l'horizon se limite à l'année suivante, le système devient myope. Il sait contenir, reporter, ajuster ; il sait beaucoup moins investir, prévenir et transformer. Un pilotage strictement annuel pousse, en effet, à chercher des économies immédiates. Or la prévention, le numérique, la formation, la réorganisation hospitalière, la santé au travail ou le grand âge ne se pilotent pas sur douze mois.

Un Ondam pluriannuel donnerait aux acteurs une visibilité qui leur manque aujourd'hui. Un hôpital ne réorganise pas ses équipes en quelques mois. Une ARS ne reconstruit pas une offre territoriale en un exercice budgétaire. Une politique de prévention ne produit pas toujours ses effets dès la première année. Il faut donc distinguer ce qui relève du fonctionnement courant, de l'investissement, de la prévention et de la transformation. Certaines dépenses doivent être assumées aujourd'hui précisément parce qu'elles éviteront des coûts demain.

Cette pluriannualité doit s'accompagner d'indicateurs publics en matière d'accès aux soins, de délais de prise en charge, de progrès sur la pertinence, la qualité, les hospitalisations évitables, la prévention et la santé au travail. Le Parlement pourrait voter une trajectoire à cinq ans, avec des clauses de revoyure annuelles. Les écarts devraient être expliqués non seulement en termes budgétaires, mais aussi en termes de résultats de santé.

L'Ondam pluriannuel serait donc l'outil budgétaire permettant non plus seulement de tenir la dépense année après année, mais aussi de soutenir l'amélioration continue du système *(cf. page 22)*.

Conclusion

La santé comme investissement pour l'entreprise, un choix de société

La France peut continuer à répondre aux urgences au gré de leur survenue. Elle peut aussi décider d'investir en amont, dans la prévention, l'organisation des soins et le maintien en emploi.

Les résultats du premier choix sont connus : difficultés d'accès aux soins, tensions hospitalières, médecine de ville saturée, prévention marginale, entreprises laissées seules face à l'absentéisme, dépenses qui progressent sans transformation réelle.

Le second choix implique une réforme structurelle afin de prévenir plus tôt, mieux soigner, travailler plus durablement et financer autrement.

Les trois premières propositions répondent chacune à des failles du système pour :

— **mieux prévenir**, avec le passeport prévention santé universel ;

— **mieux soigner**, avec la recomposition des métiers et l'accès à un professionnel de santé en 24 heures ;

— **mieux travailler**, avec les accords santé-prévention par branche, capables de faire entrer la santé au travail dans la négociation collective, les indicateurs et la stratégie des entreprises.

Les autres propositions complètent cette transformation. Elles libèrent l'offre de soins par de nouveaux modes de rémunération, l'innovation, le numérique et la recomposition de l'offre. Elles font de l'entreprise un acteur identifié de prévention, en agissant sur les addictions, le handicap, la santé des femmes, la santé mentale, le climat, les seniors, les jeunes et la transmission.

Elles ouvrent enfin le chantier du financement pour mieux articuler assurance maladie et complémentaires et donner au système une visibilité pluriannuelle.

Ces contributions au débat reposent sur la conviction que la santé, l'emploi et la création de richesse forment un cercle vertueux que la France n'a pas encore su enclencher.

En 2027, la France devra choisir. Continuer à gérer les urgences au fil de l'eau, ou construire un modèle qui investit dans la prévention et le travail.

Ce choix engage le quinquennat, mais il engage surtout les générations à venir.

CAP 2027

par l'Institut de l'ENTREPRISE

SANTÉ

Institut de l'Entreprise

29 rue de Lisbonne, 75008 PARIS
+33 (0)1 53 23 05 40

www.institut-entreprise.fr

Institut de l'ENTREPRISE