

Tous engagés pour la santé

Pour un modèle
de protection sociale
durable, solidaire
et territorial

**« Innover,
les mutuelles
savent faire.
Elles ont en quelque
sorte « inventé »
la sécurité sociale
avant la sécurité
sociale »**

Jacques ATTALI

Préface

P05

Tribune des Présidents

P06

Introduction

P08

01 **Constat :** un système fragilisé qui exige une responsabilité partagée

P12

02 **Le rôle unique des mutuelles de proximité** dans un mouvement « Tous engagés pour la santé »

P24

03 **Recommandations :** Le plaidoyer « Tous engagés pour la santé »

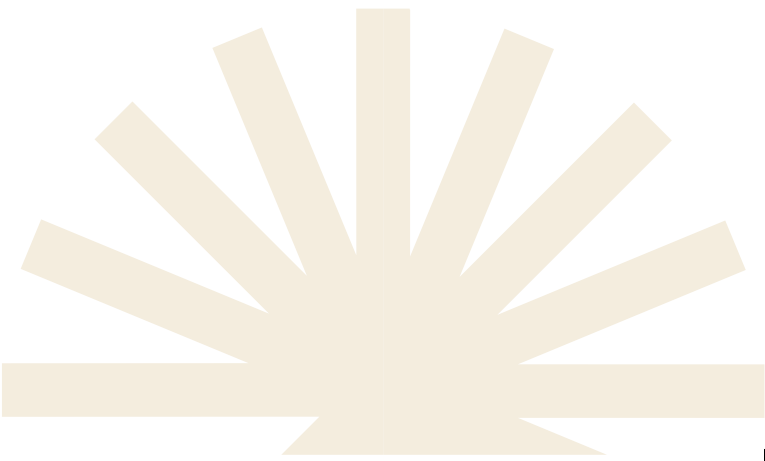
P34

Conclusion

P56

Annexes

P58



Préface

La santé n'est pas une dépense. C'est un pacte.



Imaginez un système de santé où chaque Français, quels que soient son âge, son lieu de vie et ses revenus, accède aux soins sans difficultés. Où les complémentaires santé agissent en partenaires de confiance. Où l'État, la Sécurité Sociale, les professionnels et les citoyens bâtissent ensemble des solutions pérennes. En théorie, ce système existe. En réalité, il est à bout de souffle.

Une taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur les cotisations santé multipliée par 7 depuis 2001, 18 milliards d'euros de fraude et de gaspillage, 1 Français sur 3 contraint de renoncer à des soins... Parmi bien d'autres, ces chiffres sont les symptômes d'un modèle asphyxié par l'opacité, la défiance et l'absence de vision stratégique.

Nous, mutuelles de proximité, proposons un pacte ambitieux et réaliste pour préserver la solidarité, assurer la soutenabilité du système de protection sociale et mieux servir les territoires.

Ce pacte repose sur :

- la redéfinition collective de nos objectifs de santé sur la base d'une articulation fine entre les soins et les moyens,
- la valorisation de l'innovation locale,
- la transformation des mutuelles en acteurs de prévention et non en collecteur de taxes.

Ce pacte n'est pas une option. C'est une urgence.

Pour les Français, qui méritent un système de santé juste, lisible et protecteur.

Pour les soignants, qui veulent redonner du sens à leurs métiers.

Pour l'État et la Sécurité Sociale, qui doivent rompre avec les pratiques à court terme pour consolider l'un des piliers de notre modèle social.

La santé est un bien commun. Protégeons-la ensemble.

Loïc Biver, Directeur Général de l'Alliance Mutualiste

« Agir en responsables pour préserver l'essentiel »

Le système de protection sociale français est reconnu à l'échelle mondiale pour sa capacité à protéger chacun d'entre nous. Grâce à une organisation reposant sur un socle public fort, complété par des acteurs solidaires comme les mutuelles, les Français bénéficient aujourd'hui d'un **des plus faibles reste à charge** pour parmi les pays de l'OCDE. En 2023, celui-ci s'élevait à **9,3 % en moyenne**. C'est une performance remarquable, reflet d'un engagement collectif profond. Mais c'est aussi un équilibre fragile, de plus en plus menacé.

Car derrière cette réalité chiffrée, **la tension est palpable**.

Les dépenses de santé augmentent de 3,3 % par an en moyenne depuis 2013 : bien plus que l'inflation. Les nouveaux défis en santé sont principalement : la pression démographique, le vieillissement

de la population, l'évolution des pathologies chroniques, l'innovation technologique, la nécessité d'investir dans la prévention et la santé mentale. Si la charge augmente pour la Sécurité Sociale, c'est également le cas pour les mutuelles, sans que les moyens d'y faire face et la reconnaissance de leur contribution ne leur soient octroyés.

En poursuivant cette trajectoire, **nous alimentons une bombe à retardement**. La dette s'accroît, les dépenses sont devenues insupportables, et dans le même temps, le discours reste démagogique : on promet plus, en payant moins. **Ce double langage affaiblit le pacte social** qui fonde notre système de santé.

Dans ce contexte, **nous, mutuelles de proximité fortes de notre position d'organismes à but non lucratif**, avons fait un choix : celui de la **responsabilité**.

Nous assumons notre rôle de co-financeurs,

aux côtés de l'assurance maladie, dans un esprit de **coopération et de solidarité, au bénéfice de nos adhérents**. Et nous disons clairement : **oui, nous pouvons faire plus — mais pas seuls, ni à n'importe quel prix**.

Nous appelons à un **nouveau pacte de confiance entre l'État, l'assurance-maladie, les professionnels de santé et les mutuelles**. Un pacte fondé sur la transparence, l'équité, et une vision de long terme. Un pacte qui reconnaisse que, nous, les mutuelles de proximité, par notre gestion désintéressée, notre ancrage territorial, et notre proximité avec les Français, nous sommes **un pilier indispensable de l'accès aux soins et de la santé publique en France**.

Il est encore temps d'agir. Mais il faut le faire **ensemble, avec courage et lucidité**.

C'est notre devoir de mutuelle. C'est notre engagement envers les assurés.



Michel RICARD,
Président de MMC



Albert KOEHNEN,
Président de MUTEST

Introduction

Un système à réinventer ensemble

Penser un système plus juste, plus proche, plus durable

Souvent cité en exemple pour son universalité et son reste à charge maîtrisé, le système de protection sociale français présente des fissures profondes.

Les dépenses de santé augmentent au rythme de +3,3 % par an sous le double effet du vieillissement de la population et de l'essor des maladies chroniques – qui représentent à elles seules 73 % de la croissance des dépenses de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Les inégalités sont criantes. En témoignent, les écarts de reste à charge selon les types de soins et le poids parfois écrasant des cotisations, qui peuvent atteindre jusqu'à 12 % du revenu des retraités.

La fraude et les abus (sur prescriptions, facturations indues, détournements...) pèsent lourdement sur le système de santé, alourdissant les cotisations et détournant des ressources qui pourraient financer des soins utiles. On estime qu'un adhérent paie en moyenne 50 euros/an en plus du fait des fraudes.

Le système actuel, construit par sédimentation de réformes, est devenu illisible, incohérent et injuste. Les mutuelles sont étouffées par des contraintes réglementaires (contrat responsable, 100 % santé) qui limitent leur capacité à innover et à répondre aux besoins réels des assurés.

Cette complexité coûte cher – en temps, en argent et en confiance. Injecter de la simplicité et de la transparence est un préalable pour apporter des services plus efficaces et justes.

*« On ne peut plus se contenter de colmater les brèches. Il faut **repenser les fondations**. »*

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste**.

La santé est un bien commun : elle doit être protégée collectivement

La santé n'est pas une marchandise mais un droit fondamental. Pourtant, le système actuel tend à fragmenter la solidarité en opposant :

- Les « bons risques » (actifs en contrat collectif) et les « mauvais risques » (retraités, indépendants, contrats individuels),
- L'assurance maladie obligatoire (recentrée sur les soins lourds) et les complémentaires (cantonnées aux « petits risques »),
- Les professionnels de santé (rémunérés à l'acte) et les patients (de plus en plus « responsables » de leur reste à charge).

Conséquence de la fiscalité et de la segmentation, un modèle à deux vitesses a pris forme avec, d'un côté, les contrats collectifs (37 % de la population), moins chers et plus couvrants et, de l'autre, les contrats individuels (53 % de la population dont 93 % des retraités), dont les tarifs explosent pour des garanties réduites.

La solidarité ne se décrète pas, elle se construit. Le pacte que nous appelons de nos vœux doit aboutir à la soutenabilité financière du système et à la protection de ceux qui en ont le plus besoin.

« Avec un CCO (contrat collectif obligatoire) qui exclut les plus précaires, les chômeurs en fin de droits, les personnes en situation de précarité contractuelle qui ne sont pas éligibles à la mutuelle d'entreprise et les retraités, on perd une partie du principe de solidarité. »



Julien Bourdoiseau, **Expert en droit de la santé** à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale

Les mutuelles, par leurs valeurs mutualistes, assument leur part

Les mutuelles ne sont pas des assureurs comme les autres. Elles incarnent un modèle non lucratif, ancré dans les territoires, nourri par des valeurs de solidarité et de proximité. Mais elles sont aujourd’hui prises en étau entre :

- des obligations réglementaires (100 % santé, contrat responsable) qui alourdissent leurs coûts sans toujours améliorer l’accès aux soins,
- la concurrence forte des assureurs privés et potentielle des géants du numérique, qui captent des parts de marché sans toujours respecter les principes mutualistes.
- une fiscalité punitive, à l’image de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur les cotisations santé, portée de 1,75 % en 2001 à 13,27 % en 2024 (+ 0,8% de forfait patientèle). Ce niveau interroge sur la pertinence d’une fiscalité appliquée à un bien de première nécessité, unanimement reconnu comme un facteur indispensable de l’accès financier aux soins de notre système de santé, auquel plus de 96 % des Français ont recours.

À ces dérives, le pacte de confiance que nous défendons oppose :

- une programmation pluriannuelle partagée et négociée, avec des objectifs et des transferts prévisibles,
- une clarification des rôles, l’assurance maladie étant chargée de garantir le socle universel et les complémentaires investissant des périmètres définis avec entre les mains de vrais leviers (prévention, lutte contre fraude et abus, orientation des parcours),
- la modularité des contrats pour répondre aux besoins responsables.

Cette vision d’une coopération réelle, loin de la pratique des ajustements isolés qui prévaut aujourd’hui, **est la clé pour aboutir à un système de santé équilibré.**

Les mutuelles de proximité, qui réinvestissent chaque euro dans la santé de leurs adhérents, sont prêtes à assumer davantage.

Mais elles refusent d’être seules à porter le fardeau et de collecter des taxes sans contrepartie.

Un système soutenable nécessite un effort, partagé et concret

La crise actuelle est le résultat de décennies de procrastination et de réformes à court terme. Pour éviter l’effondrement, le rapprochement entre l’État, la Sécurité Sociale et les mutuelles s’impose comme une nécessité impérieuse. Il doit permettre, notamment, d’anticiper les éventuels transferts de charge dans le cadre d’une programmation pluriannuelle, et de coordonner les efforts en matière de lutte contre la fraude et de promotion de la prévention.

Nous préconisons également de réformer le contrat responsable pour plus de justice et d’efficacité :

- modulation des garanties afin d’adapter les remboursements à l’âge, aux territoires et aux pathologies des assurés,
- sortie du « tout optique-dentaire » et attribution d’un statut optionnel aux garanties non essentielles,
- financement des programmes de prévention ayant fait l’objet d’analyses de résultats probantes.

« Il faut retrouver la liberté de définir les garanties que nous remboursons. »

Loïc Biver, **Directeur Général de l’Alliance Mutualiste**

Pour un pacte renouvelé entre assurés, mutuelles et pouvoirs publics

Ce livre blanc n’est pas un catalogue de revendications mais une feuille de route pour l’action. Il appelle à :

- un État qui assume son rôle pour donner un cadre stable, assurer une fiscalité équitable, animer un dialogue renforcé,
- une assurance maladie obligatoire qui collabore en partageant ses données, en prenant sa part dans le co-financement de la prévention, en veillant au respect des règles de transparence,
- des OCAM qui innovent à travers des garanties adaptées, l’effort de prévention à l’échelle territoriale et la lutte contre la fraude,
- des citoyens informés et engagés, éclairés par leur compréhension des enjeux, enclins à faire valoir leurs droits et à participer aux décisions de portée générale.

L’avenir de la protection sociale se joue aujourd’hui. Agissons avant qu’il ne soit trop tard.

01

Constat : un système fragilisé qui exige une responsabilité partagée

Entre déficits chroniques, déremboursements masqués et transferts de charges vers les assurés et les complémentaires, le financement de la santé en France repose de plus en plus sur des solutions de court terme, au détriment des acteurs les plus vulnérables. Les fractures territoriales et générationnelles s'aggravent, tandis que les logiques de standardisation (contrats responsables, 100 % Santé) étouffent l'innovation et creusent les inégalités.

Pire, le système peine à investir dans la prévention et la lutte contre la fraude, pourtant essentielles pour réduire les dépenses à long terme. Dans ces conditions, comment concilier équilibre financier, accès universel aux soins et adaptation aux besoins réels des populations, sans sacrifier la solidarité qui fonde notre modèle ?

Déficits, déremboursement et transferts de charge : une spirale silencieuse

Le système de santé français est miné par une logique de court terme : plutôt que de réformer en profondeur, on reporte les coûts sur les acteurs les plus fragiles – assurés, complémentaires et territoires. Cette spirale, alimentée par les déficits chroniques, les déremboursements et les transferts de charges, menace aujourd'hui l'équilibre même du modèle.

« On ne peut plus se voiler la face :
le système est en **déficit chronique** et on comble
les trous en taxant les complémentaires et en opérant
des reports de charges aux **dépens des assurés**. »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste**.

Un déficit structurel non maîtrisé

Le déficit de la Sécurité Sociale s'établit à 15,3 milliards en 2024 et le montant prévu pour 2025 est de l'ordre de 23 milliards d'euros dont 75 % lié à l'assurance maladie. En cause :

- l'explosion des dépenses liées aux affections de longue durée **(qui concentrent 73 % de la croissance des dépenses de l'AMO - +3,8 %/an depuis 2011)**
- le vieillissement démographique. La dépense moyenne par habitant est quatre fois plus élevée pour les plus de 85 ans (8 102 euros/an) que pour les 17-59 ans (1 757 euros/an)
- l'hospitalo-centrisme. En France, l'hôpital est considéré comme la porte d'entrée du système de soin, y compris pour des pathologies qui pourraient être prises en charge par la médecine de ville. Cette spécificité s'exprime à travers la concentration des investissements sur les plateaux techniques, les spécialités et les infrastructures hospitalières, mais aussi la primauté accordée aux soins curatifs au détriment de la prévention. **Les soins hospitaliers, qui représentent 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux, étaient en hausse de 2,4 % en 2019**

Des remboursements masqués

Depuis 2010, la part de la Sécurité Sociale dans le financement des médicaments suit une tendance descendante (de 15,9 % à 13,4 %), tandis que celle des complémentaires stagne à 13,1 %. Les transferts de charges se font en l'absence de concertation préalable, comme en 2023 lorsque le ticket modérateur dentaire a été relevé de 30 % à 40 %, avec **pour conséquence la bascule de 350 à 500 millions d'euros/an de prestations l'AOM vers les OCAM au détriment des mutuelles**. Pénalisées par la faiblesse de leur résultat technique (0,1 % des cotisations collectées hors taxe en 2022), les complémentaires n'ont d'autre choix que de répercuter sur les cotisations les nouveaux coûts qui leur sont imposés. De leur côté, les assurés voient leur reste à charge augmenter (+12 % pour les 85 ans entre 2019 et 2021).

« Les transferts de charges sont une **bombe à retardement** : ils alourdissent les cotisations sans améliorer l'accès aux soins. »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste**.

Une fiscalité confiscatoire et opaque

La taxe de solidarité additionnelle (TSA), initialement destinée à financer la complémentaire santé solidaire (C2S), est devenue un impôt de dernier recours pour combler les déficits de la Sécurité Sociale. **Sur les 6,5 milliards d'euros de recettes collectés en 2025, seulement 1,6 milliard d'euros a été affecté à la C2S.**

Par ailleurs, la TSA a fait l'objet d'un projet d'une surtaxe dite exceptionnelle de 2.5%. Cela porte le taux en vigueur de **13,27 % à 15,29 %**, auxquels s'ajoutent 0,8% de taxe patientèle soit un taux de taxation final de 16,12%. Les retraités et les souscripteurs de contrats individuels sont les premières victimes de cette évolution, qui contribue à faire de la TSA une super taxe cachée.

« Sans le savoir, les Français paient pour **renflouer l'assurance maladie obligatoire**. »

Josette Gueniau, **Experte en assurance santé, membre du Collège des Économistes de la Santé, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation du Think Tank Institut Sapiens**.



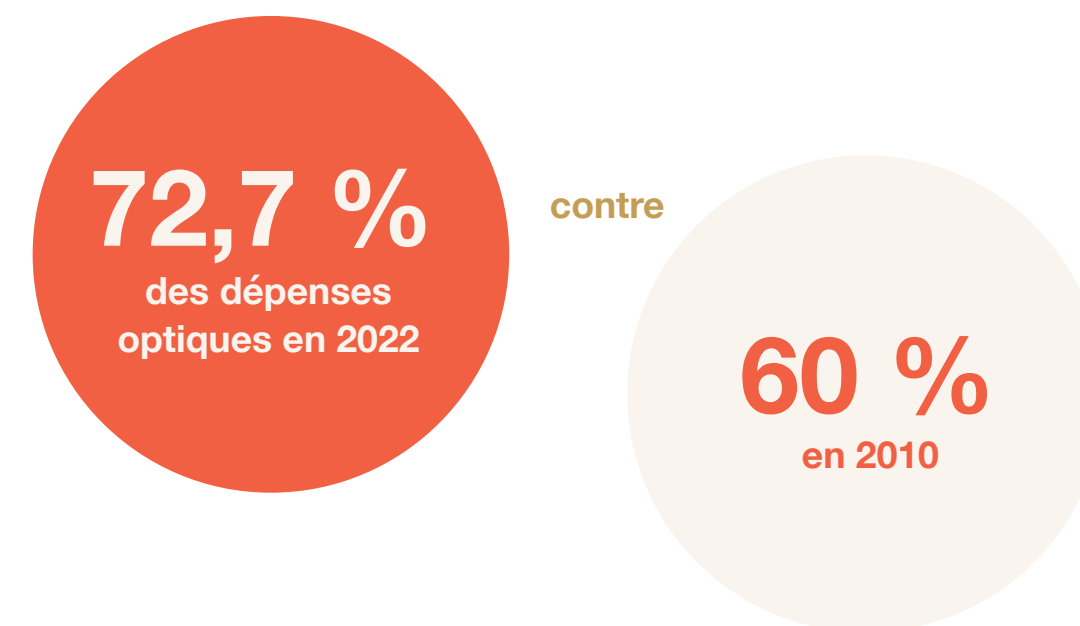
Des fractures territoriales qui exigent l'implication de tous

L'accès égal et uniforme au service de santé en tous les points du territoire est une promesse aujourd'hui mise à mal par les disparités territoriales. Les complémentaires santé, ancrées localement, pourraient jouer un rôle clé dans les réponses apportées. Elles en sont empêchées par des règles nationales rigides et standardisées.

Des déserts médicaux qui s'étendent

Un patient sur quatre renonce à un soin faute de professionnel disponible. La situation est particulièrement délicate en zone rurale, où les généralistes sont surchargés tandis que les personnes les plus modestes n'ont pas la possibilité de consulter les médecins pratiquant les dépassements d'honoraires.

Conséquence : les fractures sociales s'aggravent et les complémentaires santé doivent prendre en charge un reste à charge croissant



Des inégalités de financement

Le régime local d'Alsace-Moselle, qui couvre près de 2 millions d'affiliés, prouve que des modèles territoriaux de protection sociale peuvent fonctionner efficacement.

En 2025, le régime se distingue par **deux atouts majeurs** :

- #1** Des cotisations stables et indépendantes de l'âge.
Le taux est fixé à 1,3 % du salaire brut (*contre 1,5 % avant 2022*),
- #2** Un remboursement renforcé des soins.
Par exemple, une consultation chez un médecin généraliste est remboursée à hauteur de 90 % (*contre 70 % dans le régime général*), et les frais d'hospitalisation sont remboursés au même niveau (*80 % ailleurs*).

Les difficultés des mutuelles de proximité

Certaines collectivités territoriales, communes ou départements, ont tenté de négocier des contrats groupés au bénéfice des personnes exclues des contrats collectifs. Ces tentatives intéressantes, pénalisées par le manque de coordination nationale, de soutien politique et l'absence de financement dédié, n'ont pas rencontré beaucoup de succès.

« **L'échelon territorial est essentiel à la rénovation, à la refondation et à la pérennité du système de santé à tous les niveaux.** »

Loïc Biver
Directeur Général de l'Alliance Mutualiste



Retraités et actifs : une fracture générationnelle

D'un côté, des actifs qui bénéficient de contrats collectifs avantageux. De l'autre, des retraités confrontés à des cotisations élevées pour des garanties réduites : le système actuel oppose les générations.

« *C'est mécanique : les dépenses de santé sont exponentielles à partir d'un certain âge, ce qui expose les citoyens les moins aisés à sortir du cadre assurantiel. Aujourd'hui, nous avons peu de solutions à leur offrir.* » Loïc Biver, Directeur Général de l'Alliance Mutualiste

Les retraités, grands perdants du système

12 % Les retraités, qui consacrent jusqu'à 12 % de leurs revenus à leur complémentaire santé (*contre 3 à 5 % pour les actifs*), font face à un « triple effet ciseaux » :

- une baisse des revenus à la retraite (*le montant moyen des pensions est de l'ordre de 1 500 euros/mois*),
- une perte des avantages fiscaux associés à la participation employeur,
- une hausse des cotisations liées à l'âge (*146 euros/mois en moyenne à 85 ans contre 33 euros/mois à 20 ans*).

Les malades chroniques, eux, voient leur reste à charge augmenter : seulement 59 % de leurs dépenses sont couvertes par les complémentaires (*contre 82 % pour les assurés ne souffrant pas d'affections de longue durée*).

« *Du fait du vieillissement, on s'attend à ce que la France compte environ 2 millions de personnes en très grande perte d'autonomie à l'horizon 2030.*

La question de la prévoyance est donc cruciale et, au niveau de la branche Autonomie de la Sécurité Sociale, elle n'est pas abordée comme il le faudrait. »

Julien Bourdoiseau, Expert en droit de la santé à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (*Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie*), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale.

Des contrats individuels de plus en plus chers

Exclus des contrats collectifs, les travailleurs indépendants et précaires sont contraints de souscrire à des contrats individuels proposés à des tarifs élevés. Les jeunes actifs paient souvent pour des garanties qui ne leur sont pas utiles – comme par exemple l'optique haut de gamme. De manière générale, ces garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS), rendant ainsi les contrats peu lisibles et poussant soit à la sur-couverture, soit au sous-équipement.

Une complémentaire santé solidaire insuffisante

En théorie, la C2S s'adresse à 7,4 millions de bénéficiaires (10,9 % de la population). En réalité, près d'un tiers des personnes éligibles n'y ont pas recours – et même les deux tiers pour le volet avec participation financière. Plusieurs facteurs peuvent être évoqués : méconnaissance de cette aide, crainte de la discrimination ou encore difficulté à réaliser les démarches nécessaires.

Un autre problème tient au plafond de ressources (10 166 euros/an pour une personne seule), qui exclut du bénéfice de la C2S des retraités modestes dont les cotisations dépassent 10 % de leur revenu.

« La C2S est **un pansement** sur une jambe de bois : elle ne résout pas le problème de fond. »

Josette Gueniau,
Experte en assurance santé, membre du Collège des Économistes de la Santé,
Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation du Think Tank Institut Sapiens

« En matière de solidarité, on se rassure en pensant que les personnes qui se situent sous le seuil de pauvreté sont éligibles à la C2S. En réalité, **à peine 40 %** de ceux qui y ont droit actionnent ce dispositif, dont personne ne fait la publicité. »

Julien Bourdoiseau,
Expert en droit de la santé à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale



Zoom sur l'offre de santé territoriale de Mutest et MMC

Fortes de leur ancrage régional, ces deux mutuelles agissent aux côtés des communes pour accompagner les publics les plus fragiles grâce à leur programme « La Santé pour Tous ».

L'enjeu :

offrir aux administrés des collectivités un soutien concret, humain et de proximité.

Cette offre solidarité santé locale se traduit par un programme dont l'objectif est d'accompagner les personnes qui en ont besoin pour les aider à bénéficier de la C2S.

En cas de non-éligibilité, Mutest ou MMC propose une couverture santé compétitive, adaptée et ciblée, en évitant de financer des garanties inutiles ou superflues.



Les limites du modèle unique du contrat responsable

Le contrat responsable, mis en place en 2004 pour encadrer les complémentaires, est devenu un carcan qui étouffe l'innovation et aggrave les inégalités.

Il met en danger le principe de solidarité :

- standardisation des garanties (à l'image du remboursement systématique des soins optiques), au détriment des besoins spécifiques,
- tendance au désengagement sur les risques lourds (affections de longue durée, hospitalisations),
- inflation des cotisations pour les prestations des complémentaires : +6,4 % en 2023 pour un résultat technique global de seulement 0,1 %. En parallèle, les mesures de revalorisation tarifaire telles que le passage à 30 euros de la consultation chez un généraliste ont alourdi les charges des complémentaires de 900 millions d'euros/an, sans compensation.

Il impose un cadre trop rigide :

- obligations uniformes imposées à toutes les complémentaires – remboursement intégral du ticket modérateur, panier 100 % santé en optique / dentaire / aides auditives – sans distinction de besoins,
- restrictions qui pénalisent les patients en affection de longue durée ou vivant dans des zones sous-dotées – à l'image du plafond de prise en charge des dépassements d'honoraires,
- difficultés, pour les mutuelles, à adapter leurs offres en proposant des garanties modulables selon l'âge ou le territoire.

Il n'est pas en phase avec les attentes en matière de services de santé et engendre des effets pervers :

+1,6 milliard

de charges supplémentaires en deux ans pour les OCAM à la suite de la réforme du 100 % Santé, menée sans concertation ni évaluation d'impact,

- explosion des dépenses de soins de ville (+7,1 % entre février 2022 et février 2023),
- faible adoption du panier optique, avec un taux de pénétration décevant,
- dérives commerciales liées à la prolifération de centres dentaires et optiques aux pratiques parfois abusives.

« Les tutelles expliquent qu'elles n'ont plus les moyens de couvrir les ALD et qu'un transfert de charges va s'opérer vers les opérateurs d'assurance. Mais ce sont bien **les assurés qui, in fine, vont en pâtir le plus.** »

Julien Bourdoiseau, **Expert en droit de la santé à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale.**

Il **cantonne** les mutuelles à la couverture des « petits risques » alors qu'elles pourraient jouer un rôle de premier plan dans :

- la prévention tertiaire, qui vise à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé,
- la coordination des parcours de soins (télémédecine, coordination ville-hôpital).

Le 100 % santé est une usine à gaz : il a eu pour effet de standardiser les remboursements en oubliant les besoins réels.

Prévention et lutte contre la fraude : un effort trop peu collectif et coordonné

Le système de santé français est le deuxième plus cher d'Europe (il compte pour 11,3 % du PIB) mais l'un des moins efficaces en matière de prévention et de lutte contre la fraude. Chaque euro économisé dans ces deux domaines est un euro qui ne pèsera pas sur les cotisations. Or, seulement 3 % des dépenses de santé y sont consacrées. Il est temps d'inverser la logique : investir pour économiser au lieu de taxer pour combler les trous.

La prévention, un enjeu de santé publique encore ignoré

Sédentarité, mauvaise alimentation, tabagisme... 80 % des dépenses de santé sont liées à des comportements évitables. Mais seulement 2,5 % du budget de la Sécurité Sociale est consacré à la prévention – contre 5 % en Allemagne –, souvent réduite à des campagnes ponctuelles. Au défaut de financement s'ajoutent une coordination insuffisante et un manque de vision globale.

Certaines Mutuelles développent des programmes ciblés à l'échelon territorial,

comme Alliance Mutualiste avec les Villages Santé de Vesoul et Strasbourg. Ces initiatives s'adressent aux seniors, dont elles contribuent à limiter l'isolement et le renoncement aux soins. Mais elles gagneraient à pouvoir s'appuyer sur l'engagement de la Sécurité Sociale et des agences régionales de santé (ARS). De la même manière, le programme ETAPES, qui concerne la télésurveillance de certaines affections de longue durée, reste à ce jour une initiative expérimentale malgré son efficacité démontrée.

Contre les abus, des armes efficaces réduites à l'impuissance

Facturation d'actes non réalisés dans des centres dentaires low cost, surfacturation de montures optiques, prescriptions excessives... Les abus se pratiquent en grand nombre, bien au-delà des 620 millions d'euros/an détectés par l'Assurance Maladie.

Les mutuelles sont en première ligne pour détecter les fraudes grâce à leur proximité avec les adhérents et leurs outils d'analyse avancés, qui permettent de collecter des données précieuses comme les historiques

de remboursements et les comportements suspects. Mais ce potentiel est aujourd'hui largement inexploité car la Sécurité Sociale et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) bloquent le partage des informations pour des raisons de confidentialité.

Un autre problème tient au faible niveau de sensibilisation des professionnels de santé (médecins, dentistes, opticiens), à qui sont imputés de l'ordre de 80 % des comportements frauduleux.

« Aujourd'hui, chaque acteur lutte dans son coin et, sans coordination, la fraude prospère. »

Josette Gueniau, **Experte en assurance santé**, membre du Collège des Économistes de la Santé, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation du Think Tank Institut Sapiens.



02

Le rôle unique des mutuelles de proximité dans un mouvement « Tous engagés pour la santé »

Les mutuelles de proximité ne sont pas de simples payeurs de soins. Elles incarnent des valeurs solidaires, ancrent leur action dans les territoires et s'engagent pour une santé durable. Face à un système de santé fragmenté et déshumanisé, elles disposent de puissants leviers de transformation : une gouvernance démocratique, une connaissance fine des besoins locaux et une capacité à fédérer tous les acteurs.

« Nous, mutuelles de proximité, sommes **responsables par nature** car nous n'avons le droit ni au déficit, ni de décevoir nos clients. »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.**

Gouvernance solidaire, transparente, démocratique

Que ce soit par les statuts, la finalité, le mode de gouvernance, la relation aux adhérents, les services proposés ou la tarification, les assureurs santé et les mutuelles présentent deux modèles très différents. Quand les premiers adoptent une logique commerciale, sélective et centralisée, les secondes privilégient la solidarité, la proximité et l'engagement social.

Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif, sans actionnaires à rémunérer, et où chaque adhérent a voix au chapitre. Le Livre II du Code de la Mutualité pose comme principes intangibles le refus de toute sélection à l'entrée et la continuité des garanties à vie, dans le respect d'une solidarité intergénérationnelle pleinement assumée.

Les adhérents, rouage principal du processus de décision

En l'absence de dividendes versés à des actionnaires, les excédents éventuels sont réinvestis dans les garanties, la prévention, ou les services aux adhérents. Les décisions de portée stratégique (concernant par exemple les tarifs ou les garanties) sont prises collectivement, dans le cadre des assemblées générales et des conseils d'administration élus.

« Une mutuelle, c'est l'argent des adhérents **qui sert les adhérents.** »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.**

Communication et responsabilité

Au cœur du contrat de confiance entre les mutuelles de proximité et leurs adhérents figurent l'affichage clair des frais de gestion (20 % en moyenne, moins de 12,5 % pour certains organismes) et la communication annuelle sur l'utilisation des cotisations.

Aux côtés des acteurs de la solidarité

Les mutuelles de proximité sont un maillon essentiel de la solidarité territoriale. En témoigne, par exemple, le soutien apporté à des initiatives locales telles que des maisons de santé pluridisciplinaires ou des épiceries solidaires. Il existe également des mutuelles qui nouent des partenariats avec les collectivités locales pour pouvoir déployer une offre à destination des personnes exclues des contrats collectifs.

Proximité et connaissance fine des besoins locaux

Les mutuelles de proximité connaissent leurs adhérents : leurs aspirations, leurs difficultés, parfois leur précarité. Cette intelligence fine des besoins permet d'offrir des solutions sur mesure là où les grands groupes ou la Sécurité Sociale sont prisonniers d'approches standardisées, souvent en peine d'innovation.

« Il n'y a pas beaucoup d'autres métiers que le nôtre où il est possible de mobiliser jusqu'à deux heures de temps pour comprendre les besoins d'une personne. Nous le faisons en vue d'apporter une réponse globale de qualité, en établissant des propositions aussi équilibrées, responsables et financées que possible, et en nous efforçant de générer une marge et d'alimenter le système avec de l'innovation et des services. »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.**

Au contact des réalités territoriales

96 % des Français sont couverts par une complémentaire mais d'importantes disparités s'observent en fonction des territoires. Aussi, les mutuelles de proximités se mobilisent pour compenser les distorsions dans l'accès au soin. En zone rurale, elles négocient des tarifs préférentiels avec les professionnels de santé locaux (dentistes, opticiens) pour limiter le reste à charge pesant sur les adhérents. Elles financent des ateliers santé (nutrition, activité physique) dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en lien avec les centres communaux d'action sociale (CCAS). Autre exemple : elles peuvent intervenir pour favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-dotées, et combattre ainsi le phénomène des déserts médicaux.

« Une mutuelle de proximité, c'est un guichet unique qui connaît vos problèmes et vous propose des solutions adaptées. »

Josette Gueniau, **Experte en assurance santé, membre du Collège des Économistes de la Santé, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation du think tank Institut Sapiens.**

Des contrats adaptés pour les retraités, des garanties modulables pour les indépendants (comme une couverture renforcée en cas d'arrêt maladie), une offre sur mesure pour accompagner les précaires vers la complémentaire santé solidaire (C2S) et les faire bénéficier d'aides au paiement : les mutuelles de proximité ont pleinement conscience des fractures sociales et s'emploient à les résorber. MMC et Mutest, par exemple, s'associent avec les communes pour accompagner les personnes les plus vulnérables : étude personnalisée des besoins, montage des dossiers de demande de C2S, conseils pour gérer sa santé et ses remboursements de soins. Elles peuvent aussi, le cas échéant, déployer une assurance solidarité santé locale permettant de réduire au maximum le reste à charge pour les personnes ne pouvant bénéficier de la C2S.

L'ensemble des solutions décrites montre que la santé, loin de se décréter depuis Paris, se vit sur le terrain, au plus près des réalités du terrain. Le pacte que nous appelons de nos vœux a l'ambition de libérer l'innovation territoriale pour une couverture plus juste et plus proche des citoyens.

*« La raison d'être des mutuelles de proximité, c'est d'essayer de trouver un rapport primes sur risques le plus efficace possible pour une population et un territoire donnés. On n'assure pas de la même manière les salariés sur le bassin lorrain et du côté de La Rochelle. Je crois beaucoup à l'idée de **faire intervenir les mutuelles au plus près des risques**, pour mieux les couvrir et écartier ainsi le spectre d'un système de protection sociale **infinançable**. »*

Julien Bourdoiseau, **Expert en droit de la santé à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale.**



Actions préventives et coopérations territoriales

La prévention n'est pas un luxe. C'est l'investissement le plus rentable pour réduire les dépenses de santé et améliorer la qualité de vie. Face à l'efficacité toute relative des messages distillés par les campagnes nationales de sensibilisation, face à l'isolement des personnes et la difficulté à adopter des pratiques saines au quotidien, les mutuelles de proximités font le pari de l'action collective, concrète et pragmatique.

Des programmes de prévention innovants

En 2025, Mutest a organisé en septembre deux Journées Sport et Santé à Strasbourg et la mutuelle MMC un village Sport et Santé à Vesoul. Ces initiatives en agences intègrent des programmes de soin, des ateliers d'activité physique, de nutrition et de prévention destinés, notamment, aux seniors. Ailleurs, des offres montées en partenariat avec des hôpitaux locaux conjuguent télémedecine et télésurveillance pour un meilleur suivi des affections de longue durée.



Zoom sur les actions de prévention Mutest

Mutest et ses partenaires sont convaincus que la prévention constitue un levier d'action primordial pour maintenir sur le long terme des équilibres financiers supportables pour l'ensemble des agents de la fonction publique.

C'est ainsi que plusieurs opérations sont menées, notamment, auprès des agents de la fonction publique territoriale :

- intervention d'un nutritionniste sur les sujets relatifs au bien manger et au bien-être,
- journées d'initiation à l'ostéopathie et de formation aux bonnes postures entièrement prises en charge par Mutest dans le cadre d'un partenariat avec le COS (école d'ostéopathie de la région Grand-Est),
- financement d'un bus qui sillonne les quartiers dont les habitants sont éloignés des soins et leur permet d'accéder à des services prodigués par une infirmière (consultation, dépistage, conseils sanitaires).

Toutes ces actions rencontrent un vif succès auprès des bénéficiaires.

Tout un réseau d'acteurs mobilisés

Sur l'ensemble du territoire, les mutuelles s'engagent pour la prévention en coopérant avec :

- les mairies, pour l'aménagement de salles de sport,
- les associations telles que France Alzheimer ou la Ligue contre le cancer,
- les professionnels de santé, à l'image des réseaux de soins coordonnés pour éviter les dépassements d'honoraires.

« Parce qu'ils sont payés à l'acte et qu'ils se préoccupent de leur rendement, certains professionnels de santé en viennent à choisir leur patientèle, souvent aux dépens des seniors. On peut imaginer que les mutuelles en viennent un jour à salarier les médecins qui prennent en charge nos aînés. »

Julien Bourdoiseau, **Expert en droit de la santé à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale.**

Éradiquer les abus pour garantir une santé solidaire et durable

La fraude est un fléau qui affecte à la fois les budgets publics, le montant des cotisations acquitté par les adhérents et la confiance dans notre système de santé.

En permettant l'analyse des comportements suspects (fréquence anormale de consultations, dépassements d'honoraires systématiques) et le croisement de certaines données avec la Sécurité Sociale (prescriptions médicales et remboursements, par exemple), les algorithmes utilisés par les mutuelles peuvent contribuer puissamment à la détection et à la prévention des abus. Mais il manque souvent les moyens et l'engagement des autorités sanitaires pour basculer du signalement à l'action.

En dentaire, certaines mutuelles ont réintroduit l'entente préalable – que la Sécurité Sociale ne pratique plus depuis 2020. Pour illustration, la demande de devis systématique pour les prothèses dentaires a débouché sur une diminution de -30 % du nombre de fraudes sur les actes concernés.



Lutte contre la fraude au sein de l'Alliance Mutualiste

En tant qu'acteur de santé, les membres de l'Alliance Mutualiste assument la responsabilité de protéger les assurés tout en contribuant à la maîtrise des dépenses de santé. Parce que la fraude aux prestations de santé impacte tous les adhérents, l'Alliance Mutualiste a créé une cellule médicale dentaire. Elle utilise, par ailleurs, un logiciel innovant intégrant l'intelligence artificielle et le machine learning pour analyser automatiquement les factures reçues et repérer les anomalies.

- La cellule médicale dentaire agit comme un service de contrôle et d'accompagnement. Sa mission consiste à analyser les devis afin de vérifier qu'ils sont conformes aux bonnes pratiques et à s'assurer du bon déroulement du plan de traitement jusqu'au remboursement. Pour les dossiers complexes, un devis est envoyé à l'adhérent, ainsi qu'une lettre d'information indiquant les étapes et les documents à produire pour la poursuite du plan de traitement. L'objectif est de garantir à l'adhérent des soins dentaires adaptés, avec des remboursements facilités, et de le protéger contre toute pratique non conforme.
- Le logiciel, mis à la disposition de toutes les mutuelles de l'Alliance Mutualiste, repose sur un algorithme entraîné pour détecter les doublons falsifiés, les incohérences de dates ou de montants, les dépassements inhabituels, les erreurs dans les codes de sécurité sociale. Il permet de scanner les demandes de remboursements reçues par courrier ou mail. Dès qu'une suspicion est identifiée, une alerte est générée en temps réel. Le dossier est alors transmis à la cellule spécialisée qui décide soit de valider la demande, soit de requérir une vérification auprès du professionnel de santé concerné ou de l'adhérent. De quoi gagner en réactivité, en précision et en efficacité dans la détection des fraudes.

Engagement responsable : transparence, pédagogie, accompagnement

Cette assertion, prononcée lors de la Conférence Plaidoyer organisée par Alliance Mutualiste en octobre 2025, nous en vérifions chaque jour le bien-fondé. Beaucoup de Français paient pour des garanties qu'ils ne comprennent pas et qui ne couvrent pas leurs vrais besoins. La volonté des mutuelles de proximité est d'accompagner, éduquer et responsabiliser leurs adhérents afin qu'ils puissent choisir ce qui leur convient, avec une vision claire de ce qu'ils paient et de ce qu'ils reçoivent en échange.

Pour une meilleure lisibilité, beaucoup de mutuelles exposent les garanties offertes aux adhérents en détaillant le niveau des remboursements en euros, et non en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS). La mise à disposition d'outils digitaux tels que des simulateurs de reste à charge et autres comparateurs de contrats vient compléter l'information délivrée. Dans de nombreux cas, les adhérents ont aussi la possibilité de suivre des ateliers, par exemple sous l'intitulé « Comprendre sa complémentaire ».

L'effort de transparence s'étend aux coûts, notamment à travers l'affichage de la part de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur les appels de cotisations, ou bien via des communications annuelles sur la manière dont les fonds contribuent à la prévention ou aux frais de gestion.

Certains organismes affectent des conseillers dédiés pour assurer la relation avec les seniors et les personnes atteintes de maladies chroniques. L'optimisation des remboursements s'en trouve facilitée, mais aussi par exemple l'accès des intéressés à la complémentaire santé solidaire (C2S). Une mutuelle bretonne a ainsi réduit d'environ 50 % les renoncements aux soins en accompagnant plus étroitement ses adhérents dans leurs démarches.



Un adhérent informé est un adhérent qui choisit mieux, et qui renonce moins aux soins.

Une capacité à mobiliser tous les acteurs autour d'un objectif commun

Les mutuelles de proximité sont foncièrement fédératrices : elles savent rassembler adhérents, élus, professionnels de santé et associations autour de projets concrets, et elles en donnent la preuve dans tous les territoires. Elles sont donc tout désignées pour faire naître une alliance vouée à réformer, en profondeur, le système de santé.

Plusieurs mutuelles se sont illustrées dans un rôle de coordinateur territorial au service de l'intérêt général. C'est le cas notamment

en auvergne-Rhône-Alpes, où la Région, en partenariat avec cinq mutuelles (Radiance Mutuelle, Precocia, Miltis, EntreNous, Smerra), a lancé une complémentaire santé accessible à tous les habitants, sans condition de revenu, sans limite d'âge et sans questionnaire médical. Ce dispositif s'inscrit dans une logique d'amélioration de l'accès aux soins incluant le financement de véhicules de soins (comme des bus médicaux) pour les zones rurales, en complément des maisons de santé et du soutien aux hôpitaux de proximité.



La mobilisation s'exerce aussi en direction des adhérents, notamment sur le mode de l'incitation financière. Certaines mutuelles peuvent ainsi valoriser les adhérents qui participent régulièrement aux ateliers ou aux événements consacrés à la prévention.

Le document que vous êtes en train de lire le démontre : les mutuelles de proximité n'hésitent pas à prendre part aux débats publics et, aujourd'hui, à lancer un appel solennel à tous ceux qui croient en une santé plus juste, plus transparente et plus humaine.

Réformer le contrat responsable pour plus de flexibilité, créer un fonds national de prévention avec la Sécurité Sociale, institutionnaliser le dialogue la Sécurité Sociale-Mutuelles-État : nos grandes propositions dévoilent la détermination à prendre nos responsabilités, partager les efforts et agir dans un esprit d'ouverture.



03

Recommandations : Le plaidoyer « Tous engagés pour la santé »

Parce que notre système de protection sociale est mis à l'épreuve, nous pensons qu'une réforme ambitieuse s'impose. Elle doit être fondée sur la liberté de choix, la transparence et une responsabilité partagée entre mutuelles, Sécurité Sociale, État et professionnels de santé.

Les pages qui suivent proposent des solutions concrètes : coopération entre acteurs de la santé, personnalisation des contrats, lutte contre la fraude, ancrage territorial des mutuelles, réforme équitable de la fiscalité. Les objectifs ? Redonner du pouvoir aux assurés, préserver la solidarité intergénérationnelle et assurer la pérennité du financement.

Liberté de choisir ses soins et sa couverture santé : le 100 % choix laissé

Pour redonner aux assurés le pouvoir de choisir, nous proposons de réformer en profondeur le contrat responsable et le 100 % santé, en instaurant un modèle souple, personnalisable et équitable, adapté aux parcours de vie et aux besoins réels.

Liberté de choix pour tous les assurés

Retournons la question telle qu'elle est formulée classiquement et demandons-nous quel intérêt il y aurait à limiter la liberté de choix. Apporter des garanties plus solides ? Une couverture santé plus complète ? Aucun de ces bénéfices supposés n'a jamais été démontré dans la pratique...

Ce que nous savons, en revanche, c'est que la liberté favorise l'adhésion aux complémentaires santé. Surtout, elle stimule leur capacité à innover, à déployer des services en phase avec les attentes et à accompagner efficacement les personnes comme les acteurs du système de santé.

Nous ne nous limitons pas à défendre la liberté de choix. Nous proposons des mesures concrètes :

- en tirant un trait sur la norme du « tout optique-dentaire »,
- en intégrant des garanties santé et bien-être en option (par exemple, les médecines douces et les montures haut de gamme),
- en permettant aux assurés de choisir entre un contrat « essentiel » (garanties minimales, cotisation réduite) et un contrat « renforcé » (avec une couverture étendue incluant prévention et soins innovants).

« Pourquoi imposer la même couverture à un étudiant et à un retraité ? La liberté de choix, c'est la base de la démocratie sanitaire. »

Nous défendons un surcroît de transparence et de pédagogie, avec un affichage clair des garanties en euros ainsi que l'obligation, pour les mutuelles, de remettre un bilan annuel personnalisé faisant ressortir les dépenses, les remboursements et les gisements d'économies.

« Sur notre territoire, nous avons constaté que de nombreux assurés renoncent à certains soins non par manque de couverture, mais par manque de compréhension des garanties et des alternatives possibles.

Nous avons donc développé des actions de pédagogie (webinaires, permanences physiques, supports simplifiés) pour expliquer les parcours de soins et les options disponibles, et pour améliorer le recours effectif aux soins. »

Éric Svoboda, **Président de la MEP.**



Zoom sur l'offre de Nostrum Care

Au sein d'Alliance Mutualiste, Nostrum Care met la santé mentale et le bien être au cœur de son positionnement. Ce choix stratégique répond à un réel besoin des Français, encore trop peu pris en compte par les mutuelles traditionnelles.

L'offre de Nostrum Care inclut notamment la prise en charge de soins relevant d'une quarantaine de médecines dites « douces » comme l'ostéopathie, la sophrologie, l'acupuncture ou encore l'hypnose.

Adaptation aux parcours de vie, notamment pour les retraités

Confrontés à la hausse continue de leurs cotisations, les seniors les plus modestes en viennent parfois à renoncer aux soins. Il est de notre devoir de refuser avec la plus grande force ces situations qui mettent à mal le principe de solidarité intergénérationnelle. Voilà pourquoi nous préconisons le plafonnement des cotisations après 75 ans – une règle déjà en vigueur dans le secteur public.

Le pacte sur lequel nous demandons aux acteurs du système de santé de s'engager comporte d'autres mesures en faveur de nos aînés :

- des contrats modulables, incluant notamment une offre « petits risques » (centrée sur les soins optiques et dentaires) pour ceux qui peuvent se le permettre, et un renforcement des garanties sur les soins lourds pour ceux qui en ont besoin,
- des forfaits pluridisciplinaires pour les ALD (par exemple : 500 euros/an pour un diabétique), cofinancés par la Sécurité Sociale et les mutuelles,
- des plafonds légaux sur les dépassements d'honoraires de manière à limiter les dépenses imprévues,
- un fonds de mutualisation entre actifs et retraités pour lisser les cotisations sur le long terme,
- une C2S seniors. Aujourd'hui, un retraité âgé de 85 ans peut payer 146 euros/mois au titre de la complémentaire santé, soit l'équivalent d'un mois de pension par an pour un couple. Nous proposons la création d'une couverture spécifique au profit des retraités dont le taux d'effort dépasse 10 %, (en limitant leur participation à 2 euros/jour),
- un accès facilité à la prévention, et en particulier à des programmes d'activité physique adaptée. Dans ce domaine, l'Alliance Mutualiste et d'autres mutuelles de proximité réfléchissent au lancement, début 2026, d'une initiative commune visant à promouvoir la pratique d'une heure de marche par jour. L'idée est de labelliser la démarche afin qu'elle puisse être reprise au sein de la communauté mutualiste, avec l'objectif de créer une action de prévention concrète et mesurable.



« La mutualité peut se démarquer en faisant de la prévention sa figure de proue. Avec le vieillissement de la population, les mutuelles et les adhérents sont gagnants : **le coût de la prévention est bien moindre que des traitements médicamenteux et des protocoles lourds à assumer. Les adhérents en retirent du bien-être et, in fine, des économies sur leurs cotisations, celles-ci étant calculées sur les prestations versées. C'est un enjeu majeur.** »

Jean-Michel Vallat, **Président de la Mutuelle de Prévoyance et de Santé (MPS).**

Des contrats permettant une personnalisation sans pénalisation

Notre recommandation n'a pas pour objet de supprimer le contrat responsable, mais de le réformer pour qu'il devienne un outil de liberté et d'équité.

Nous appelons les pouvoirs publics à :

- assouplir le cadre réglementaire en mettant fin aux pénalités pour les contrats dits « non responsables » et en autorisant les complémentaires santé à proposer des garanties différenciées telles que les forfaits ALD ou les services de prévention ciblée,
- refondre le contrat responsable en le soumettant à une évaluation collective tous les trois ans,
- instaurer et entretenir un dialogue permanent avec les mutuelles et la Sécurité Sociale sur la question de l'adaptation des garanties,
- mettre en place des incitations fiscales au bénéfice des employeurs qui contribuent à la diffusion des contrats solidaires, par exemple en faisant profiter les travailleurs agricoles non salariés de conditions de déductibilité élargie sur les cotisations versées.

« Aujourd'hui, on est obligés de produire **un contrat responsable qui n'a plus de sens et qui devient extrêmement coûteux parce qu'on est obligés d'appliquer la même recette pour tout le monde.** »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.**



Nous souhaitons que les mutuelles puissent :

- proposer des contrats adaptés aux spécificités locales, comme par exemple les déserts médicaux et les zones urbaines denses,
- nouer des partenariats avec les collectivités pour négocier des tarifs préférentiels, notamment dans le cadre de réseaux de soins locaux.

Nous appelons les employeurs et les territoires à :

- s'engager dans des partenariats pour des contrats solidaires,
- soutenir les initiatives locales de type mutuelles communales.

« En Alsace, le régime local montre qu'on peut adapter les garanties sans casser la solidarité. »

Albert Koehren, **Président de Mutest.**

Nous appelons les employeurs et les territoires à :

- s'engager dans des partenariats pour des contrats solidaires,
- soutenir les initiatives locales de type mutuelles communales.



Droit d'expression des candidats à l'élection présidentielle

Mesdames et Messieurs les candidats à l'élection présidentielle de 2027, en qualité de d'acteurs et de décideurs, l'avenir de notre système de protection est un point clé de vos programmes respectifs. Nous vous invitons à nous adresser par mail, à l'adresse protectionsociale2030@alliancemutualiste.fr, vos réponses à ces questions, votre position et vos idées pour répondre à cet enjeu d'intérêt général :

« Vous engagez vous à promouvoir un pilotage de notre système de santé qui associe les organismes de complémentaires santé, la Sécurité Sociale et l'Etat pour garantir à terme la pérennité de son financement et sa modernité ? »

« Si oui pourquoi, si non quelles sont les solutions que vous proposez ? »



Une co-responsabilité assumée : mutuelles, État, professionnels

Les mutuelles ne sont pas responsables des hausses de cotisations

Payeur contraint et maillon final d'une chaîne de responsabilités mal partagées, les mutuelles sont injustement pointées du doigt pour l'élévation du coût de la santé. Cette stigmatisation est contre-productive dans la mesure où elle masque les vrais problèmes et empêche toute réforme structurelle.

Le rôle réel des mutuelles dans le système

Les mutuelles ne sont pas des assureurs comme les autres : elles sont des acteurs historiques de la solidarité, ancrées dans les territoires et engagées pour une santé durable.

Ces caractéristiques font des mutuelles les alliées naturelles de changements qui pourraient permettre d'améliorer de manière significative le fonctionnement du modèle de santé français grâce à :

- des synergies avec les collectivités territoriales pour mieux cibler les besoins, par exemple en matière de prévention chez les seniors,
- une démarche de contractualisation à l'échelon local avec les professionnels de soin (médecins, infirmiers) pour des parcours coordonnés,
- des expérimentations innovantes, comme l'animation d'ateliers santé dans les mairies ou le déploiement d'actions de prévention au sein des agences en local,
- la promotion de la télémédecine en zone rurale pour limiter les déplacements. Le programme expérimental ETAPES a déjà réduit de 30 % les hospitalisations pour les insuffisants rénaux,
- le rééquilibrage des dotations entre territoires, au profit des zones sous-dotées.

Pour aider les mutuelles à endosser ces fonctions élargies, différents outils pourraient être créés, à l'image d'un fonds national de prévention doté de 500 millions d'euros/an et abondé par la Sécurité Sociale et les mutuelles, et d'un « dossier santé unique » pour faciliter le suivi des patients sur le long terme.

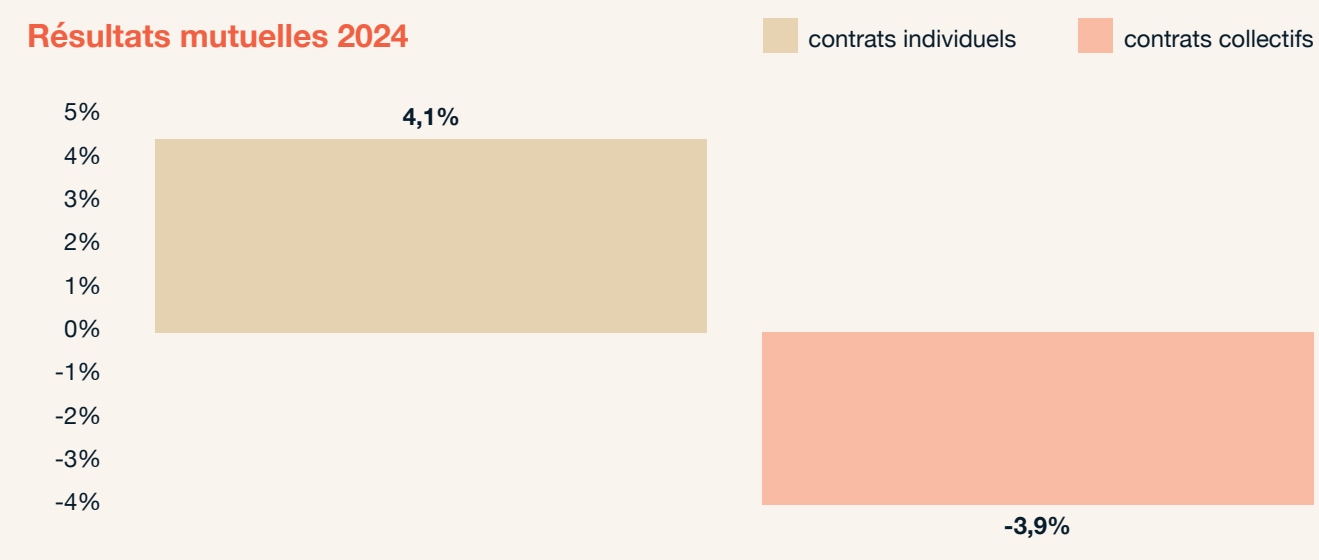
« Les dispositifs qui fonctionnent le mieux sont ceux construits en coopération locale, associant collectivités, professionnels de santé et acteurs mutualistes. À l'inverse, les dispositifs descendants, peu adaptés aux réalités territoriales, peinent à produire des résultats durables. »

Éric Svoboda, **Président de la MEP.**

Alerte : l'augmentation des cotisations comme seule variable est intenable

Le système actuel reporte systématiquement les coûts sur les complémentaires, qui en sont réduites à augmenter les cotisations. Cette spirale est insoutenable à moyen terme, pour les assurés comme pour les mutuelles.

Si, au périmètre national, les contrats individuels de mutuelle dégagent un résultat excédentaire (+ 4,1 %), il en va tout autrement des contrats collectifs (-3,9 %). Le constat établi par la mission d'information du Sénat, en septembre 2024, est sans ambiguïté : « Avec des marges aussi faibles, on ne peut pas absorber indéfiniment les hausses de charges. » La situation est d'autant plus critique que les hausses de cotisations sont directement responsables du renoncement aux soins, qui ne cesse de s'accroître, et fait peser un risque de disparition sur les petites mutuelles locales.



Appel à un partage lucide et équitable des responsabilités

Comment sortir de l'impasse ? Il nous paraît indispensable que chaque acteur assume son rôle sans reporter systématiquement les coûts sur les assurés. Pour l'État, cela signifie rompre avec la pratique des transferts de charges opaques et investir davantage dans la prévention.

Pour les professionnels de santé, renforcer l'engagement dans la qualité des soins et la lutte contre les abus. Pour les assurés, s'informer et participer aux actions locales de prévention.

Plusieurs mesures nous semblent répondre à des enjeux prioritaires à court terme :

- la création d'un comité de dialogue Mutuelles-Sécurité Sociale-État pour une gouvernance partagée,
- la proposition d'une Loi de Financement pluriannuel de la Sécurité Sociale,
- la définition de règles simplifiées pour les entreprises, avec notamment la fin des appels d'offres complexes pour les contrats collectifs et la mise en place de garanties de base claires, avec des options modulables.



Droit d'expression des candidats à l'élection présidentielle

Mesdames et Messieurs les candidats à l'élection présidentielle de 2027, en qualité de d'acteurs et de décideurs, l'avenir de notre système de protection est un point clé de vos programmes respectifs. Nous vous invitons à nous adresser par mail, à l'adresse protectionsociale2030@alliancemutualiste.fr, vos réponses à ces questions, votre position et vos idées pour répondre à cet enjeu d'intérêt général :

« Comment imaginez-vous rééquilibrer les responsabilités entre l'État, la Sécurité Sociale, les mutuelles et les professionnels de santé pour éviter que les hausses de coûts ne pèsent systématiquement sur les assurés ? »

« Quelles initiatives proposeriez-vous pour renforcer la coopération entre les acteurs du système de santé et éviter que les mutuelles ne soient les seules à absorber les transferts de charges ? »

Lutter contre la fraude pour protéger le système de santé et les assurés

Problématique : la fraude grève les budgets publics et alourdit les cotisations des adhérents

Le déficit de l'Assurance Maladie devrait atteindre **23 milliards en 2025 (contre 17,2 milliards en 2024)** et la pression démographique menace de le faire dériver encore plus. Dans cette spirale négative, la part de la fraude est conséquente. Certes, les montants correspondant aux pratiques irrégulières détectées et/ou stoppées témoignent d'une lutte plus efficace : ils s'établissent à 628 millions d'euros en 2024, soit +35 % par rapport à 2023. Mais ils restent très insuffisants quand on sait que la Cour des comptes évalue la fraude à l'Assurance Maladie autour de **4 milliards d'euros** chaque année...

4 Milliards d'euros
c'est le montant de la fraude évaluée par la Cour des Comptes chaque année.

Rôle des mutuelles

Grâce aux performances de leurs algorithmes de détection, les mutuelles mettent au jour de 150 à 200 millions d'euros de fraude chaque année (620 millions d'euros pour l'assurance maladie).

Elles s'appuient également sur un système de reporting : plateformes internes pour remonter les suspicions – relatives, par exemple, aux dentistes facturant des actes non réalisés – et transmission des dossiers aux agences régionales de santé (ARS) en cas d'abus avérés. Un exemple ? Dans le cadre du 100% Santé, le tarif des prothèses dentaires est encadré : le montant facturé doit inclure toutes les étapes de la pose, sans frais supplémentaires. Cependant, certains praticiens décortiquent les étapes nécessaires à la pose pour proposer des devis dépassant ces plafonds. L'Alliance Mutualiste a mis en place une cellule dentaire qui s'attache à repérer ces pratiques et à garantir aux assurés un remboursement conforme à la réglementation.



Pour illustration, l'alerte donnée par une mutuelle a permis de démontrer les agissements illicites d'un cabinet qui facturait trois fois plus de couronnes que la moyenne nationale. Les remboursements ont d'abord été suspendus avant qu'une enquête ne soit diligentée. Elle a conduit à la fermeture du cabinet.

*« S'agissant de la fraude, nous avons **un contrôle humain à deux niveaux**. Cela prend du temps mais c'est nécessaire. L'IA peut nous aider à progresser dans ce domaine. Pour franchir un cap, il faudrait pouvoir mettre en place un historique de la « consommation » et du comportement des adhérents, à l'image de ce qui existe pour l'automobile. Car il est très facile pour un adhérent de changer de mutuelle tous les ans, qu'il ait fraudé auparavant ou pas. »*

Jean-Michel Vallat, **Président de la Mutuelle de Prévoyance et de Santé (MPS)**.

Approche collective : coopération et initiatives territoriales

Parmi les acteurs du système de santé – Sécurité Sociale, mutuelles, professionnels de soin, adhérents –, nul ne peut s'exonérer de sa responsabilité dans la lutte contre les abus. Une approche territoriale et coordonnée est essentielle.

Encore imparfait, le rapprochement des données collectées respectivement par Sécurité Sociale et les mutuelles constituerait un gisement de progrès indéniable. D'où le projet d'une cellule anti-fraude et d'un « connecteur sécurisé » qui pourrait, moyennant un encadrement légal des informations partagées, servir à mettre en regard les facturations avec les prescriptions.

- L'exemple de l'Allemagne est une source d'inspiration : lorsque les blocages administratifs qui limitaient l'échange des données ont été levés, la détection des fraudes a progressé de 30 %.

La sensibilisation des adhérents constitue un pilier important de la lutte contre la fraude. Il s'incarne à travers des ateliers ou des forums proposés par certains organismes pour faire témoigner les victimes d'escroquerie, présenter les outils de signalement, enseigner les astuces pour vérifier sa facture ou bien déposer un signalement sur une plateforme en ligne afin d'alerter sur une pratique douteuse ou irrégulière.

- Les mutuelles de proximité sont aussi en capacité de former les professionnels de santé. Des ateliers de « bonnes pratiques » sont déjà délivrés pour les dentistes.

Comme sur tous les sujets intéressant la santé, les collectivités territoriales constituent des partenaires de choix. Des initiatives prometteuses ont été relevées, comme l'organisation d'une campagne « zéro fraude » à l'initiative d'une mutuelle et d'une mairie, avec au programme des affiches, des ateliers ainsi qu'une ligne téléphonique dédiée. Autre illustration : un département a financé un logiciel de détection pour les petites mutuelles locales. Résultats : +30 % de signalements et -15 % de fraudes en l'espace de deux ans.

Une fois repérés, les fraudeurs ne doivent pas échapper aux sanctions : amendes, exclusion des réseaux de soins, voire poursuites pénales. Le choix des mesures punitives est du ressort des agences régionales de santé (ARS).

*« **La fraude est un crime contre la solidarité.** Elle appelle des sanctions exemplaires »,*

Josette Gueniau, **Experte en assurance santé, membre du Collège des Économistes de la Santé, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation du think tank Institut Sapiens**

*« Il est essentiel que la lutte contre la fraude implique directement les financeurs finaux, c'est-à-dire les citoyens eux-mêmes, qui contribuent par leurs cotisations et leurs impôts. Leur implication permet de légitimer les actions entreprises et d'en renforcer l'efficacité. **L'adhésion collective à cette démarche est la clé de sa réussite.** C'est en associant tous les acteurs – institutions, professionnels, assurés – que l'on pourra enrayer durablement le fléau de la fraude, protéger les ressources du système de santé et garantir son avenir. »*

Éric Fibleuil, **Vice-Président de MGC**.

Message plaidoyer : la lutte contre la fraude, un engagement partagé

Pour éradiquer la fraude à l'Assurance Maladie, il faut une mobilisation collective. Renforcer les outils de détection, partager les données, sensibiliser les adhérents et les professionnels, sanctionner les fraudeurs sont autant de choix politiques. Ce sont aussi les conditions d'un combat efficace.

Les priorités à court terme :

- faire voter une loi pour faciliter le partage de données,
- lancer dix forums anti-fraude en région,
- créer une cellule anti-fraude réunissant la Sécurité Sociale, les mutuelles et les ARS.



Droit d'expression des candidats à l'élection présidentielle

Mesdames et Messieurs les candidats à l'élection présidentielle de 2027, en qualité de d'acteurs et de décideurs, l'avenir de notre système de protection est un point clé de vos programmes respectifs. Nous vous invitons à nous adresser par mail, à l'adresse protectionsociale2030@alliancemutualiste.fr, vos réponses à ces questions, votre position et vos idées pour répondre à cet enjeu d'intérêt général :

« Quelles mesures concrètes comptez-vous mettre en œuvre pour renforcer la lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie, tout en préservant l'accès aux soins pour les assurés de bonne foi ? »

« Comment impliquerez-vous les assurés, les professionnels de santé, les organismes complémentaires et la Sécurité Sociale dans une démarche collective de transparence et de prévention des abus ? »

Un modèle sobre, coopératif et territorialement ancré

La concentration n'a pas réduit les frais de gestion.

La concentration des mutuelles via des opérations de fusion ou de rachat n'a pas tenu ses promesses. Non seulement les frais de gestion n'ont pas baissé mais les structures se sont alourdies, avec pour effet d'éloigner les adhérents des centres de décision.

Des frais de gestion élevés

Selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les frais de gestion se situent à 20 % en moyenne, avec des écarts importants :

- 14 % dans le cadre des contrats collectifs proposés par les institutions de prévoyance,
- 22 % pour les entreprises d'assurance.

Seulement 13 mutuelles sur 100 affichent des frais de gestion inférieurs à 12,5 %.

« La concentration a créé des usines à gaz, pas des économies. »,

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.**

*« Notre appel solennel aux responsables politiques, aux professionnels de santé, aux mutuelles de proximité et aux citoyens est le suivant : **maîtriser et restreindre si possible les dépenses**, et être responsable de l'utilisation de notre système de protection sociale afin de réduire les coûts. »*

Marie-Line Reboux Quang, **Vice-présidente de CDC Mutuelle.**

Le coût de l'embonpoint bureaucratique

Bien souvent, les mouvements tendant à la concentration sont justifiés par les perspectives d'économies d'échelle. Dans le secteur des OCAM, le bilan réel est bien loin de l'optimisme proclamé. Pour illustration, la fusion de deux grandes mutuelles en 2020 a conduit à augmenter les frais de gestion de 3 %. En cause : les coûts de restructuration et la duplication des services. Il faut aussi souligner que ce sont les plus grands groupes – et non les petites mutuelles locales – qui ont l'apanage des frais de gestion supérieurs à 20 %.

« Chez MPS, nous pratiquons la transparence depuis des années et c'est un argument que nous mettons en avant. Nous sommes à moins de 15% de frais de gestion alors que d'autres sont à 25-30 %. Il est absolument nécessaire que la FNMF impose l'affichage des frais de gestion de manière claire et lisible. Cela doit être une force et non plus une faiblesse. »

Jean-Michel Vallat, **Président de la Mutuelle de Prévoyance et de Santé (MPS).**

Avec les adhérents, une proximité érodée

Plusieurs grands groupes ont pris la décision de fermer des agences locales, si bien que le tissu mutualiste menace de se désagréger. Dans certaines régions, il a reculé de -30 % en l'espace de cinq ans.

Les décisions sur des sujets aussi cruciaux que les tarifs et les garanties sont, de plus en plus, prises au niveau central des complémentaires santé, sans que les territoires aient été consultés.

En outre, les mutuelles en ligne ciblent les jeunes actifs avec des contrats basiques mais excluent les seniors et les personnes atteintes de maladies chroniques.



Les grandes mutuelles industrielles appliquent des logiques de marché, pas de solidarité.

Réaffirmer la valeur de la proximité, de l'écoute et de l'adaptation locale

Le lien de confiance entre les mutuelles et leurs adhérents doit être préservé et renforcé car elles sont les mieux placées pour comprendre leurs besoins et leur offrir des solutions sur mesure.

- | | | |
|---|--|--|
| #1 Qui peut travailler avec un régime local d'Assurance Maladie pour optimiser les parcours de soins ? | #2 Qui peut négocier avec le dernier médecin d'un village pour éviter qu'il ferme son cabinet ? | #3 Qui parvient à limiter les renoncements aux soins, y compris dans les zones sous-dotées en professionnels de santé ? |
|---|--|--|

Par leur connaissance fine des situations et des enjeux locaux, les mutuelles de proximité apportent les réponses adaptées face aux fractures sociales et territoriales. Leur ancrage territorial leur permet d'identifier les spécificités des populations qu'elles accompagnent, notamment face aux risques sanitaires liés à l'environnement (pollution, exposition à des produits chimiques, conditions climatiques) ou encore à certaines expositions professionnelles.

« On parle beaucoup de responsabilisation mais, en matière de santé, le consommateur n'est pas l'ordonnateur de la dépense. Et rares sont les personnes qui consomment du soin par plaisir. Il faut renverser l'ordre des facteurs : faire payer les malades, c'est complètement antinomique avec le système de protection sociale et avec la devise républicaine. »

Julien Bourdoiseau, **Expert en droit de la santé à l'Institut Sapiens, expert en économie de la sécurité sociale à l'HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), professeur des universités, avocat-conseil en droit des assurances / distribution – santé – sécurité sociale.**

« Notre mutuelle est très présente sur le thème du handicap avec, par exemple, la cotisation offerte sur les enfants handicapés à 80 % vivant à la charge des parents. Nous versons chaque année un forfait annuel en aide sociale pour faciliter la vie des personnes concernées. Enfin, nous travaillons avec une association qui promeut le sport inclusif entre personnes handicapées et valides. »

Véronique Dubois, **Directrice Générale de la Mutuelle Intergroupes d'Entraide (MIE).**

Un modèle alternatif : des mutuelles indépendantes mais unies pour mutualiser les fonctions supports

Plutôt qu'une concentration forcée, nous proposons un modèle coopératif où les mutuelles restent indépendantes mais mutualisent leurs ressources pour les fonctions supports (informatique, juridique, achats). De quoi réaliser des économies sans sacrifier l'agilité, la proximité et l'innovation sociale.

Pour offrir des services adaptés aux besoins, nous misons sur :

- un maillage serré d'agences locales,
- l'engagement de conseillers dédiés,
- des réseaux de soins ancrés dans les territoires,
- une gouvernance démocratique où les adhérents participent aux décisions lors des assemblées générales ou des comités locaux.

Une mutuelle, c'est un projet collectif, pas une machine à profits.

Les priorités à court terme :

- favoriser la création de sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) ou de groupements d'intérêt économique (GIE) pour mutualiser les fonctions supports (informatique, achats, juridique),
- lancer un réseau d'entraide entre mutuelles (partage de bonnes pratiques, formations communes),
- développer des partenariats territoriaux avec les collectivités et les professionnels de santé.

« Sur le terrain, nous avons fait le choix d'un accompagnement de proximité fort. Une équipe de quatre conseillers itinérants intervient directement en entreprise pour informer, prévenir et sensibiliser les chefs d'entreprise. Ces conseillers accompagnent également les salariés lors de la mise en place de contrats santé et prévoyance collectifs : aide au choix des options, explication des garanties, ajustement des renforts pour coller aux besoins réels de chacun. »

Sonia Mabrouki, **Directrice Générale La Prévoyance.**



Droit d'expression des candidats à l'élection présidentielle

Mesdames et Messieurs les candidats à l'élection présidentielle de 2027, en qualité de d'acteurs et de décideurs, l'avenir de notre système de protection est un point clé de vos programmes respectifs. Nous vous invitons à nous adresser par mail, à l'adresse protectionsociale2030@alliancemutualiste.fr, vos réponses à ces questions, votre position et vos idées pour répondre à cet enjeu d'intérêt général :

« Comment comptez-vous préserver l'ancrage territorial des mutuelles et éviter que la concentration du secteur ne nuise à la proximité et à l'écoute des adhérents ? »

« Quel équilibre trouverez-vous entre mutualisation des ressources et indépendance des mutuelles locales, pour garantir à la fois l'efficacité et la solidarité ? »

Pour une transparence totale : ce que coûte réellement la taxation

Les assurés paient des cotisations qui ne cessent d'augmenter mais ils ignorent souvent pourquoi. Or, la fiscalité qui pèse sur les complémentaires santé est un facteur d'inflation majeur. Elle est aussi une spécificité nationale si l'on considère le niveau de prélèvement appliqué : 14,27 % pour la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en France, contre 7 % en Allemagne et 5 % aux Pays-Bas. Nous appelons à une transparence totale sur ces coûts et une réforme équitable de la taxation, pour que chaque euro soit justifié et équitablement réparti. Pour rappel la TVA réduite, qui concerne certains produits de première nécessité, comme la restauration, les transports, ou les livres est de 5,5 % ou 10 %.

Un fardeau pour les cotisations et le pouvoir d'achat

TSA : une taxation détournée de son objet

Par vocation, le produit de la TSA est affecté au fonds pour le financement de la complémentaire santé solidaire (C2S), qui permet un accès aux soins aux plus modestes. Mais, sur les 6,5 milliards d'euros de recettes enregistrés en 2025, seulement 40 % sont venus abonder la C2S – le reste finançant les déficits de la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, le montant acquitté par les assurés a explosé au fil du temps, avec une multiplication par huit en l'espace de vingt ans. Pour un contrat coûtant 50 euros/mois, la part prélevée au titre de la TSA s'élève à 7 euros – soit 84 euros/an payés en toute opacité.

« *La TSA est devenue une taxe cachée : on la paie, mais on ne sait pas où elle va.* »

Loïc Biver, **Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.**

« *Pour préserver le système de protection sociale en France, la transparence totale des coûts vers les assurés me semble indispensable. Les assurés doivent comprendre que le tiers-payant a un coût et que la santé n'est pas gratuite.* »

Véronique Dubois, **Directrice Générale de la Mutuelle Intergroupes d'Entraide (MIE).**

« *Comprendre le système, en respecter les règles et participer à la prévention, c'est le préserver. La cotisation est le socle de tout le système : la remettre en cause, c'est fragiliser la mutualisation et signer l'arrêt de mort d'un modèle solidaire.* »

Sonia Mabrouki, **Directrice Générale La Prévoyance.**

Contrats non responsables : un surcoût qui pénalise les plus fragiles

Les contrats de mutuelle dits « non responsables » – dans le cadre desquels les assurés ne sont pas tenus de respecter le parcours de soins coordonnés – permettent de bénéficier d'une prise en charge améliorée, avec notamment de meilleurs remboursements, sans plafonds imposés. Ces contrats font aujourd'hui l'objet d'une TSA majorée de 7 points, à 21,27 %. Pour les adhérents, le surcoût associé peut s'élever jusqu'à 1 000 euros/an. L'effet pervers est bien documenté : les assurés ayant souscrit un contrat non responsable car ils avaient besoin de garanties adaptées finissent par se tourner vers des offres moins couvrantes pour éviter la surtaxe. Il en résulte une protection toujours plus réduite et un risque croissant de renoncement aux soins...

Pour une réforme équitable de la taxation des OCAM

Outre un moratoire sur la hausse de 2,25 % de la TSA actée dans la loi de financement de la sécurité sociale 2026, nous proposons trois réformes pour en finir avec une fiscalité injuste, opaque et contre-productive, et pour mieux protéger les assurés :

- plafonner la TSA à 10 % et affecter à la solidarité 100 % des recettes.
- instaurer un bilan fiscal annuel pour chaque assuré.

Le relevé détaillera la part et le montant des taxes payées sur les cotisations (TSA, contributions diverses), l'affectation des fonds (C2S, comblement du déficit de l'AMO, autres), et permettra de se situer par rapport à la moyenne nationale.

- Remettre à plat le système fiscal de manière à encourager la prévention, la solidarité et la proximité.

Parmi les mesures envisagées figurent :

#1

- une exonération de 50 % de la TSA pour les mutuelles locales comptant moins de 50 000 adhérents,

#2

- la création d'un crédit d'impôt visant à réduire la TSA de deux points pour les OCAM qui investissent dans la prévention, par exemple au travers d'ateliers santé ou en promouvant la télémédecine.

C'est un cercle vicieux : plus on taxe, plus les assurés renoncent, plus le système coûte cher.

« **Une fiscalité intelligente**, c'est moins de taxes sur les cotisations et plus d'incitations à la prévention. »

Josette Gueniau, **Experte en assurance santé, membre du Collège des Économistes de la Santé, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation du think tank Institut Sapiens**

« Aujourd'hui, l'État régule souvent dans l'urgence, les mutuelles amortissent financièrement sans toujours être reconnues comme partenaires stratégiques, les professionnels subissent des injonctions parfois contradictoires. Ma conviction : **il faut passer d'une logique de financeurs successifs à une logique de co-constructeurs**. Cela suppose d'associer systématiquement les mutuelles de proximité aux politiques de prévention, d'accompagnement des patients chroniques et de santé publique, de reconnaître les professionnels de santé comme acteurs du système solidaire, et non seulement comme des prestataires, de développer des contrats territoriaux de santé où chacun prend des engagements mesurables. »

Sonia Mabrouki, **Directrice Générale La Prévoyance.**

« Dans le cadre du PLFSS 2026, le dispositif envisagé pour la taxation des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) relève d'une contribution exceptionnelle. Or, par définition, **une contribution exceptionnelle est temporaire**, finalisée et adossée à un objectif identifié. Un tel prélèvement ne peut être légitime que s'il est compréhensible, traçable et limité. La contribution ne peut donc s'inscrire que dans une logique de co-construction, de responsabilité partagée et de clarté démocratique. »

Éric Fibleuil, **Vice-Président de MGC.**



Droit d'expression des candidats à l'élection présidentielle

Mesdames et Messieurs les candidats à l'élection présidentielle de 2027, en qualité de d'acteurs et de décideurs, l'avenir de notre système de protection est un point clé de vos programmes respectifs. Nous vous invitons à nous adresser par mail, à l'adresse protectionsociale2030@alliancemutualiste.fr, vos réponses à ces questions, votre position et vos idées pour répondre à cet enjeu d'intérêt général :

« **Comment rendre plus transparente et plus juste la fiscalité pesant sur les complémentaires santé, afin que les assurés comprennent ce qu'ils financent et que ces taxes servent effectivement la solidarité ?** »

« **Quelles réformes proposerez-vous pour alléger la pression fiscale sur les mutuelles et les assurés, tout en garantissant le financement durable de notre système de santé ?** »

Conclusion : responsabilité, solidarité, équité

**La santé se construit pour et avec les citoyens, pas contre eux.
Les propositions de ce livre blanc dessinent une voie claire :
plus de responsabilité partagée, plus de solidarité effective, plus d'équité.**

Les mutuelles ne sont pas responsables de la crise de notre modèle du système de protection sociale, qui résulte en premier lieu de décisions politiques inadaptées, du manque de concertation et de reports de charges opérés dans la logique aveugle du court terme.

Pour autant, les mutuelles de proximité ne fuient pas leurs responsabilités. Elles investissent massivement dans la prévention, la lutte contre la fraude et l'accompagnement des adhérents. Elles sont prêtes à faire davantage encore, mais elles refusent d'être les seules à porter le poids d'un système défaillant.

Dans l'ambition de rénovation qui est la nôtre, la solidarité n'est pas une contrainte mais un pilier du pacte qui lie les acteurs de la santé. C'est aussi un engagement concret qui doit s'adapter aux réalités et faire l'objet d'un financement juste et transparent. Voilà pourquoi nous opposons, au modèle unique, des garanties modulables selon l'âge, le territoire, les besoins. Voilà pourquoi nous préférons, aux charges imposées, un effort équitablement réparti entre les actifs, les retraités et l'État.

Le corollaire de cette vision est la restauration de la liberté de choisir sa couverture complémentaire. Les assurés ne veulent plus de contrats standardisés, déconnectés de leurs besoins. Ils exigent des garanties renforcées en matière d'accès aux soins et des cotisations maîtrisées. Ils font valoir leur droit à une information claire et précise. Ils doivent être entendus.

Cette exigence de justice et de lisibilité, nous l'étendons à la fiscalité. Plafonner la taxe de solidarité additionnelle (TSA), s'assurer de l'affectation totale des fonds à la solidarité, délivrer à chaque assuré un bilan fiscal annuel lui permettant de voir clair sur l'usage qui est fait de sa contribution : tels sont les ingrédients d'une réforme utile, compréhensible et protectrice pour le plus grand nombre.

Pour améliorer durablement le système de protection sociale, il s'agit encore de remettre à plat ses modalités de fonctionnement et de prise de décision. Ce qui prévaut aujourd'hui ? La centralisation administrative et financière, la réflexion autocentrée qui n'aboutit qu'à des demi-mesures, la succession décourageante des ajustements décidés dans la précipitation. Ce que nous voulons voir primer : un comité de dialogue doté d'une feuille de route annuelle pour anticiper les éventuels transferts de charge, des alliances territoriales pour lutter contre les déserts médicaux, un fonds commun de prévention pour financer les programmes locaux sur tout le territoire.

Le problème de la protection sociale en France est structurel. Il appelle des réponses de même nature.

À vous, décideurs politiques, nous demandons le courage de promouvoir un nouveau contrat social et sanitaire. **À vous, mutuelles de proximité**, nous offrons la possibilité d'agir en rejoignant ce mouvement pour une santé plus juste. **À vous, professionnels de santé**, nous proposons une alliance pour éradiquer la fraude et améliorer l'accès aux soins. **À vous, citoyens**, nous voulons garantir un accès aux soins équitable et équilibré, et faire de la prévention un pilier des services que nous vous rendons.

Loïc Biver, Directeur Général de l'Alliance Mutualiste.



Annexes

Synthèse conférence

I. Introduction : un acte fondateur pour l'Alliance Mutualiste

Loïc Biver ouvre la conférence en soulignant son caractère fondateur et symbolique, marquant la volonté de l'Alliance Mutualiste de redonner du sens à la mutualité dans un contexte où le système de protection sociale français est en crise de légitimité. Il indique que cette initiative vise à sortir de la gestion passive pour construire une vision de long terme, en réponse aux attentes des adhérents pour plus de transparence, de participation et de sens.

La conférence sera suivie par la rédaction d'un Livre Blanc conçu comme un pacte d'avenir plutôt que comme un simple rapport technique, avec pour objectif de redonner du sens à l'adhésion et de promouvoir un modèle de santé reposant sur l'engagement collectif.

Loïc Biver introduit Jacques Attali comme étant le représentant d'une « pensée libre et visionnaire », capable d'éclairer les mutuelles sur les défis de l'horizon 2040. Il cite Edgar Morin : « La seule manière d'apprivoiser l'incertitude, c'est de penser le long terme. »

II. Intervention de Jacques Attali : un diagnostic sans concession, des pistes de réforme ambitieuses

1. Un monde en pleine recomposition : entre opportunités technologiques et risques géopolitiques

Jacques Attali commence par brosser un tableau des bouleversements mondiaux qui redéfinissent les équilibres géopolitiques et économiques. Il souligne que 2040 n'est pas un horizon lointain mais une échéance immédiate qui exige une anticipation active plutôt qu'une gestion passive des crises.

Il décrit un monde où l'Europe, malgré son niveau de vie élevé, se trouve fragilisée par un manque de cohésion politique et militaire. L'Afrique, première puissance démographique, peine à convertir son potentiel en puissance économique. La Chine, quant à elle, vieillit prématurément et voit son modèle de croissance remis en question alors que l'Inde émerge comme une puissance économique majeure grâce à sa démographie dynamique. Les États-Unis restent vulnérables aux tensions internes, notamment sur la question migratoire.

Ce contexte instable et concurrentiel place la France dans une position déséquilibrée, où son modèle social généreux se heurte à une dette publique abyssale (115 % du PIB en 2025) et à une incapacité chronique à réformer ses structures. Jacques Attali dénonce une culture de la procrastination où l'endettement favorise l'ajournement des décisions difficiles et où les réformes sont sans cesse reportées par peur des conflits sociaux.

Il évoque le sujet de l'éducation où la France, malgré un budget équivalent à celui de l'Allemagne, se classe 25e au classement de l'OCDE en mathématiques et en français, avec des enseignants sous-payés de 40 % par rapport à leurs homologues allemands. Dans le domaine de la santé, il constate que les dépenses augmentent plus vite que le PIB, sans pour autant garantir une amélioration proportionnelle de la qualité des soins. Enfin, il critique l'empilement des niveaux administratifs, avec 36 000 communes et une complexité institutionnelle qui étouffe l'efficacité.

Pour Jacques Attali, ces dysfonctionnements sont systémiques et révèlent une incapacité française à se réformer par étapes. D'où la survenue de révolutions brutales plutôt que la mise en œuvre d'évolutions progressives. Il en conclut que, sans une vision claire et des décisions courageuses, la France risque de perdre son modèle social sous le poids de la dette et de l'inefficacité.

2. Un système de protection sociale à la croisée des chemins

Jacques Attali qualifie le système de protection sociale français de « généreux sur le papier mais inefficace dans les faits ». Il identifie trois défis majeurs :

- un financement insoutenable

Les dépenses de santé augmentent plus vite que la richesse nationale, et leur part dans le PIB ne peut que croître à défaut de sources de financement pérenne. Le système actuel repose sur l'augmentation des prélèvements obligatoires (les plus élevés au monde) et sur l'endettement, sans qu'une véritable réforme structurelle ait été entreprise,

- une individualisation croissante

Le système évolue vers plus d'inégalités, avec un renvoi vers les mutuelles et les individus du fardeau de payer les soins les plus coûteux. Cette tendance affaiblit la solidarité et aggrave les fractures sociales,

- un manque criant de vision long terme

Aucun parti politique ne propose de réforme globale. Les décisions se prennent au coup par coup, sans cohérence d'ensemble.

Face à ce constat, Jacques Attali propose des réformes radicales :

- supprimer les départements

Une mesure symbolique mais utile pour simplifier l'administration et réduire les coûts. Il rappelle que cette proposition, issue de son rapport de 2008, n'a jamais été appliquée par manque de volonté politique,

- réformer le financement de la santé

Passer à la capitation (paiement forfaitaire des médecins) en remplacement de la rémunération à l'acte permettrait d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et de réduire les inégalités,

- créer une assurance dépendance obligatoire, mutualisée à l'échelle nationale, pour éviter l'« anti-sélection » et garantir une couverture équitable,
- faire de la prévention une priorité

Les recommandations consistent ici à développer des incitations financières (réductions de cotisations pour les adhérents actifs) et à lancer des campagnes de sensibilisation massives sur l'alimentation, le sport ou encore les addictions,

- donner une voix aux générations futures en intégrant leurs intérêts dans les décisions publiques, comme l'a récemment suggéré le Conseil constitutionnel, et en créant des mécanismes de représentation pour les jeunes dans les instances décisionnelles.

Jacques Attali conclut cette partie en appelant les mutuelles à prendre leur destin en main, plutôt que d'attendre des réformes venues d'en haut.

3. Un appel à l'action : « C'est à vous de le faire »

Pour clore son intervention, Jacques Attali lance un appel vibrant aux mutuelles. Il souligne leurs atouts pour devenir des acteurs majeurs de la transformation du système de santé : ancrage territorial, connaissance fine des besoins, légitimité historique.

Il les encourage à innover, à expérimenter, et à proposer des alternatives aux modèles existants. Selon lui, le pire danger serait l'immobilisme : continuer à gérer sans oser réformer reviendrait à condamner le système à l'effondrement.

*« Vous avez aujourd'hui une opportunité historique. Vous êtes des acteurs légitimes, ancrés dans les territoires, proches des citoyens. Vous avez une connaissance fine des besoins de santé, et vous avez les moyens d'agir. Pourtant, vous restez souvent dans une posture de gestionnaire plutôt que d'être des innovateurs. Ne comptez sur personne. **Prenez votre destin en main.** Mettez un projet d'accord sur la table, et vous verrez que les autres acteurs seront obligés de vous suivre. »*



III. Interventions des experts : Josette Guéniau et Jérôme Bourdoiseau : une analyse fine et des propositions concrètes

Présentation des experts

Loïc Biver introduit Josette Guéniau et Jérôme Bourdoiseau, en soulignant leur expertise complémentaire et leur ancrage dans les réalités du terrain.



Josette Guéniau, membre du Collège des économistes de la santé et animatrice de l'Observatoire Santé-Innovation à l'Institut Sapiens, est présentée comme une figure majeure du secteur, avec une approche à la fois technique et humaine. Son parcours lui permet de décrypter les mécanismes de la protection sociale avec une vision à la fois macroéconomique et micro-sociale.



Jérôme Bourdoiseau, professeur de droit de la sécurité sociale et ancien membre du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), apporte une expertise juridique et économique précieuse. Son analyse se concentre sur les réformes structurelles nécessaires pour garantir la soutenabilité du système, tout en préservant son caractère solidaire.

A. Le vieillissement de la population : entre défis systémiques et opportunités de réinvention

1. Un système à deux vitesses

Josette Guéniau pose un diagnostic sévère sur l'état du système de protection sociale français. Elle explique que le vieillissement démographique n'est pas, en soi, un problème, mais que l'incapacité du système à s'y adapter en fait une menace majeure.

Elle développe son analyse en trois points.

- La fragmentation des risques

L'experte rappelle que le système français a toujours reposé sur un principe de mutualisation des risques, permettant une répartition équitable des charges entre actifs et non-actifs. Or, depuis les années 2000, ce principe a été progressivement érodé par des réformes qui ont segmenté le marché en deux catégories : les actifs, couverts par des contrats collectifs souvent subventionnés par les employeurs, et les non-actifs (retraités,

chômeurs en fin de droit, travailleurs précaires), relégués vers des contrats individuels coûteux et mal adaptés. Cette évolution a créé un système à deux vitesses où les plus vulnérables sont exclus des dispositifs collectifs et contraints de souscrire à des solutions onéreuses et inefficaces.

- L'échec du 100 % santé

Josette Guéniau consacre une large partie de son intervention à critiquer le dispositif du 100 % santé, qu'elle qualifie de « gabegie organisée ». Selon elle, cette mesure a détourné les fonds publics vers des dépenses inutiles ou mal contrôlées, sans améliorer l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables.

Elle cite des chiffres à l'appui de ses arguments. Les 200 000 nouvelles affections de longue durée (ALD) déclarées chaque année représentent à elles seules 75 % du budget de l'Assurance maladie. Par ailleurs, seulement 55 % de l'augmentation des dépenses liée aux maladies chroniques est imputable au vieillissement démographique, ce qui signifie que 45 % pourraient être évités par une politique de prévention adaptée. Josette Guéniau dénonce un manque de contrôle et une absence de transparence qui ont conduit à des dérives coûteuses (prolifération de centres dentaires frauduleux, actes inutiles, etc.).

- La prévention tertiaire comme levier d'action

Face à ce constat, Josette Guéniau plaide pour un changement de paradigme centré sur la prévention tertiaire (accompagnement des personnes déjà atteintes de maladies chroniques pour limiter l'aggravation de leur état).

Elle souligne que cette approche a un retour sur investissement rapide, comme le montrent les expérimentations menées en France et aux États-Unis : les soins de support (activité physique adaptée, nutrition, soutien psychologique) sont efficaces et peu coûteux, mais sous-exploités par manque de volonté politique.

L'experte appelle les mutuelles à s'emparer de ce sujet, en proposant des programmes innovants et en sensibilisant leurs adhérents. Elle note que l'article 9 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale ouvre une fenêtre d'opportunité, mais avertit que les tutelles risquent de limiter les ambitions du dispositif si les acteurs ne se mobilisent pas collectivement.

2. Le vieillissement comme révélateur de failles structurelles

Jérôme Bourdoiseau complète l'analyse de Josette Guéniau en insistant sur les conséquences systémiques du vieillissement, qui dépassent la question démographique pour toucher aux équilibres financiers et institutionnels du système.

Il structure son intervention autour de trois enjeux majeurs :

- L'exclusion des seniors du système

Jérôme Bourdoiseau explique que le contrat collectif obligatoire (CCO), en ne couvrant que les actifs, exclut de fait les seniors, les chômeurs en fin de droit et les travailleurs précaires. Cette exclusion aggrave les inégalités et fragilise la solidarité intergénérationnelle, alors même que les besoins de santé augmentent avec l'âge.

Il illustre son propos par l'exemple des collectivités territoriales, où le salaire médian de 1 900 € rend la santé inaccessible sans une généralisation de la prévoyance.

- La nécessité d'une réforme de la tarification

L'expert critique la tarification à l'acte, qu'il juge inadaptée à la prise en charge des personnes âgées. Ce mode de rémunération incite les médecins à privilégier les actes rapides et rentables, au détriment d'un suivi global et personnalisé des patients.

Il propose une réforme en profondeur, avec l'introduction de mécanismes de capitation et la salarisation des médecins dans les zones sous-dotées pour garantir un accès équitable aux soins.

Selon lui, ces mesures permettraient de mieux prendre en charge les maladies chroniques et de réduire les inégalités d'accès.

- La dépendance, angle mort des politiques publiques

Jérôme Bourdoiseau alerte sur le manque de préparation du pays face à l'augmentation de la dépendance, un sujet peu abordé dans les débats, alors qu'il représente un enjeu financier et social majeur. Avec plus de deux millions de personnes dépendantes d'ici 2030, la branche autonomie de la Sécurité sociale devient un enjeu critique. Il propose la création d'une assurance dépendance obligatoire, mutualisée à l'échelle nationale, pour éviter l'« antisélection » et garantir une couverture équitable.

B. Les mutuelles en 2040 : complémentaires ou acteurs de santé publique ?

1. Sortir de la posture de « payeur aveugle » pour devenir un acteur clé

Josette Guéniau aborde la question du rôle futur des mutuelles, qu'elle estime à un carrefour. Selon elle, les mutuelles doivent cesser d'être de simples « payeurs aveugles » pour devenir des acteurs à part entière de la santé publique, capables de proposer des solutions innovantes et de peser dans les débats.

Elle pointe l'absence de vision collective et le manque de courage politique des acteurs du secteur, qui préfèrent subir les réformes plutôt que de les anticiper ou les influencer. Elle prend pour exemple le contrat responsable, pour lequel aucune proposition commune n'a été formulée par les trois fédérations de complémentaires, ce qu'elle qualifie de « scandale » compte tenu des enjeux.

L'experte revient longuement sur le 100 % santé, qu'elle présente comme l'archétype d'une politiques publiques mal pensée. Selon elle, ce dispositif a favorisé la surconsommation, la fraude et l'enrichissement de certains professionnels, sans améliorer l'accès aux soins pour les plus vulnérables. Elle cite l'exemple des centres dentaires frauduleux, certains ayant même mutilé des patients, ce qui a conduit l'assurance maladie à engager des poursuites judiciaires. Elle prend position pour la rédaction d'un Livre Blanc ambitieux, défendant une vision claire et cohérente pour l'avenir des mutuelles. Elle les incite ces dernières à prendre leur destin en main, à sortir des sentiers battus, et à oser proposer des alternatives aux modèles existants.

2. L'innovation comme condition de survie

Jérôme Bourdoiseau insiste sur la nécessité d'innover pour que les mutuelles restent pertinentes dans un environnement en mutation rapide. Il souligne que les mutuelles régionales disposent d'atouts uniques (proximité, connaissance fine des territoires) qui leur permettent de tester de nouveaux modèles.

Il s'attarde sur les mutuelles digitales, qui s'adressent à des communautés en ligne et proposent des services innovants. Selon lui, ces initiatives montrent que l'innovation est possible, même en dehors des circuits traditionnels. Il prend l'exemple d'Alan dont le modèle, bien que critiquable, a su réinventer l'expérience client et proposer des services attractifs.

Jérôme Bourdoiseau plaide également pour une meilleure coopération entre les mutuelles, les Agences Régionales de Santé (ARS) et les collectivités territoriales, afin de mieux coordonner les parcours de soins et de réduire les inégalités territoriales. Il présente les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme un modèle à généraliser dans la mesure où il permet, grâce à une meilleure coordination locale, d'améliorer l'accès aux soins.

C. Coopération État – mutuelles – professionnels de santé : quelles solutions concrètes ?

1. L'échelon départemental, un niveau d'action pertinent

Josette Guéniau développe l'idée que l'échelon départemental est le niveau le plus pertinent pour agir en matière de santé, contrairement aux régions, jugées trop vastes et éloignées des réalités locales.

Elle illustre son propos en comparant la Gironde et la Dordogne, deux départements d'une même région aux besoins et aux offres de soins très différents. Selon elle, le département permet une action ciblée et efficace, là où la région dilue les responsabilités.

L'experte critique ensuite les stratégies d'évitement des médecins en zone sous-dense, où certains bénéficient des aides à l'installation avant de partir, ou encore choisissent leur patientèle pour exclure les personnes âgées ou les malades chroniques. Elle propose de renforcer les contrôles et de donner aux mutuelles un accès aux données de l'Assurance maladie pour mieux identifier les abus.

Elle plaide enfin pour la création d'un socle commun entre l'État, la Sécurité sociale et les mutuelles afin de coordonner les actions et d'éviter les doublons ou les contradictions.

2. Réformer les données pour plus d'efficacité

Jérôme Bourdoiseau livre son point de vue sur la question des coopérations concrètes entre les différents acteurs du système de santé. Il insiste notamment sur la problématique de l'accès aux données, en soulignant que ce dernier est indispensable pour lutter contre la fraude et optimiser les dépenses. Il cite l'article 5 du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, qui autorise les mutuelles à accéder à ces données, et appelle à mettre la pression sur la CNIL pour lever les blocages.

L'expert se prononce également pour une meilleure coopération entre les mutuelles, les ARS et les collectivités territoriales afin de mieux coordonner les parcours de soins et de réduire les inégalités.

D. Le « 100 % choix laissé » : liberté pour l'assuré vs. soutenabilité du système

1. Un dispositif à réformer en urgence

Josette Guéniau consacre une large partie de son intervention à exposer les défauts du 100 % santé, qu'elle présente comme un échec coûteux et inefficace. Selon elle, ce dispositif a favorisé la surconsommation, la fraude et l'enrichissement de certains professionnels, sans améliorer l'accès aux soins pour les plus vulnérables.

Elle propose de rétablir l'entente préalable pour les actes coûteux et de mieux responsabiliser les prescripteurs.

2. Un paradoxe à résoudre

Pour Jérôme Bourdoiseau, le « 100 % choix laissé » constitue un paradoxe difficile à résoudre. Selon lui, la concurrence entre mutuelles et la possibilité, pour les adhérents, de changer de mutuelle à tout moment, décourage les investissements dans la prévention. Il suggère de repenser les mesures d'incitations en introduisant des mécanismes financiers (réductions de cotisations pour les adhérents actifs) et en éduquant les adhérents sur l'impact de leurs choix.

E. Mutuelles régionales et proximité : retisser le lien entre santé, citoyenneté et territoire

1. Un rôle clé pour la démocratie sanitaire

Josette Guéniau voit les mutuelles de proximité comme des acteurs clés pour retisser le lien entre santé, citoyenneté et territoire. Elle juge nécessaire de travailler à renforcer leur ancrage territorial en développant des actions de prévention locales et en nouant des partenariats avec les associations de patients.

2. Des laboratoires d'innovation

Pour Jérôme Bourdoiseau, les mutuelles régionales sont des acteurs pleinement qualifiés pour tester de nouveaux modèles adaptés aux réalités locales. Il donne l'exemple des mutuelles digitales et des CPTS comme des modèles à généraliser.

IV. Conclusion : un appel à l'action collective

Loïc Biver conclut par un message fort :

« Le pire danger, c'est l'immobilisme. Nous ne voulons plus subir. Nous voulons agir, proposer, plaider. »

Il rappelle que la conférence n'est qu'une première étape vers la rédaction d'un Livre Blanc.

Il formalise trois convictions.

La mutualité peut être visionnaire ET pragmatique. « Notre rôle est clair : être le trait d'union entre l'État et le citoyen, entre le soin et le sens. »

La santé est un bien commun. « La santé n'est pas un marché mais un engagement partagé. »

L'alliance est une force. « Ensemble, nous pouvons construire les solidarités de demain. »

Loïc Biver se projette sur les étapes à venir :

- finaliser le Livre Blanc en compilant des propositions concrètes,
- expérimenter des modèles innovants dans les territoires,
- mobiliser les adhérents et les citoyens pour peser dans le débat public.

Et il termine sur ces mots :

« Ce plaidoyer n'est pas un mot à la mode. C'est une attitude. Celle de ceux qui croient encore que « nous » vaut plus que le « je ». »



Remerciements

L'Alliance Mutualiste » formée par les mutuelles Mutest et MMC remercie chaleureusement tous les participants à la Conférence Plaidoyer « Tous engagés pour la santé ».

Un merci tout particulier à Jacques Attali et aux intervenants experts Josette Gueniau et Julien Bourdoiseau qui ont partagé avec les participants leurs points de vue, leurs connaissances et ont permis de faire avancer le débat.

Nous remercions également les mutuelles de proximité contributrices et tout particulièrement :

- **Patrice Cazaux Rocher**,
Présidente de CDC Mutuelle
- **Véronique Dubois**,
Directrice Générale de la Mutuelle
Intergroupes d'Entraide (MIE)
- **Éric Fibleuil**,
Vice-Président de MGC
- **Sonia Mabrouki**,
Directrice Générale
La Prévoyance
- **Marie-Line Reboux Quang**,
Vice-Présidente de CDC Mutuelle
- **Éric Svoboda**,
Président de la MEP
- **Jean-Michel Vallat**,
Président de la Mutuelle de Prévoyance
et de Santé (MPS)

Enfin, un grand merci aux Présidents, aux Administrateurs des mutuelles Mutest et MMC, aux membres des Comités de Direction et aux collaborateurs qui étaient présents, leurs soutiens demeurent essentiel pour tous les projets stratégiques qu'entreprend l'Alliance Mutualiste.

Ressources

Comptes nationaux de la santé 2024 (chiffres 2023), DREES

Rapport de la Cour des Comptes - 14 avril 2024

Rapport Sénat – Organismes Complémentaires - 2024

Note de synthèse de la Cour des Comptes sur l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) - Maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins, avril 2025

Etudes et résultats, Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé, DREES, avril 2025

Lutte contre la fraude et cellule dentaire, Mutest, 15 juillet 2025

« Osons une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé », Note de l'Institut Sapiens, Février 2021

Interview de Loïc Biver dans La Tribune de l'assurance, 13 novembre 2025

L'Alliance Mutualiste appelle à un nouveau pacte social, L'assuranceenmouvement.com, 14 novembre 2025

Baromètre santé-social, Communes et Mutuelles engagées pour répondre aux attentes des Français, AMF & Mutualité Française, novembre 2025

Notes

Avec les contributions de :



Retrouvez en ligne

alliancemutualiste.fr

mutest.fr

mutuelle-mmcc.fr

conferenceplaidoyer@alliancemutualiste.fr