

**De chacun·e selon ses moyens
à chacun·e selon ses besoins,
pour faire vivre le droit à la santé :**

LA SÉCU, VRAIMENT !



*Contre-rapport des Mutuelles de France
sur l'évolution de l'articulation AMO-AMC*

2026

EDITO



Le débat public sur l'avenir du système de protection sociale en France ne manque ni de slogans, ni de contresens. Il en résulte un échange confus qui jongle avec des milliards désincarnés, culpabilise et accable les malades, désigne des boucs émissaires et affole la population sur notre capacité collective à bénéficier d'un haut niveau de protection sociale solidaire.

On se livre ainsi à un « concours Lépine » des mauvaises idées de réforme et on se paye souvent de mots. On nous parle d'un projet de « bouclier sanitaire » qui n'est autre qu'une camisole budgétaire, ou d'une « grande Sécu » qui s'avère de plus en plus petite à force de ne jamais définir ce qu'elle prendrait réellement en charge, alors que c'est la clé de toute couverture effective.

On ne peut pas laisser l'un des fondements de notre contrat social, la Sécurité sociale, livré à une aussi piètre discussion qui conduit chacune et chacun à osciller entre sidération et résignation. Un système de protection sociale ne se décide pas à coups de slogans, mais en associant tous les acteurs, les financeurs et les professionnels de santé, mais aussi les patients et la population, à une réflexion commune.

La Sécurité sociale, notre projet de société

C'est pourquoi nous nous sommes engagés dans l'élaboration de ce « **contre-rapport : La Sécu, vraiment** » que vous pourrez lire dans les pages qui suivent. Il s'appuie sur l'expertise collective des Mutuelles de France, dont les groupements adhérents agissent chaque jour au service de la population, en complémentaire santé comme à

travers ses services de soins et d'accompagnement mutualistes.

Nous vous proposons d'examiner les faits et les chiffres pour décider ensemble et en connaissance de cause. Pour décider ensemble, il faut d'abord rappeler ce qu'est la Sécu : non pas une grosse caisse d'assurance nationale, mais un projet de société. Fondée au sortir de la Seconde Guerre mondiale, elle est l'instrument d'une société dont aucun membre ne devrait craindre que la maladie ou l'accident ne le précipite dans la misère. Ce projet, longtemps mûri dans la société française, est aussi le fruit « des mouvements ouvriers qui, à chaque époque, se sont organisés pour bâtir des solutions solidaires face aux accidents de la vie, à la maladie, à l'absence de travail ou à la vieillesse », comme nous l'écrivons dans le Manifeste des Mutuelles de France¹.

« C'est ainsi seulement, en libérant les travailleurs de l'angoisse permanente de la misère, qu'on permettra à tous les hommes et à toutes les femmes de développer pleinement leurs possibilités, leur personnalité », disait Ambroise Croizat, ministre du Travail et de la Sécurité sociale, devant l'Assemblée constituante en 1946².

Qu'y a-t-il de périmé dans ce projet de société émancipateur qui entend répondre aux besoins de la population ? Rien.

¹ Manifeste adopté en Assemblée générale le 18 novembre 2024, téléchargeable ici :

<https://mutuelles-de-france.fr/wp-content/uploads/2025/01/ManifesteMF-numerique.pdf>

² Séance du jeudi 8 août 1946

La réalité de nos vies

Depuis trop longtemps pourtant, chaque budget de la Sécurité sociale se réduit à une logique comptable étroite : se focaliser sur les dépenses, qu'il faudrait forcément restreindre, sans jamais interroger les recettes à mobiliser pour que chacune et chacun puisse recourir aux soins que son état de santé requiert. À vrai dire, il n'y a que dans un tableur Excel de Bercy, que l'on fait baisser les besoins de santé en restreignant les remboursements de la Sécurité sociale.

La réalité de nos vies est tout autre. Allongement de l'espérance de vie, changement climatique, augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, progrès scientifiques et médicaux, changement climatique : nos dépenses de santé augmentent et augmenteront. C'est largement documenté. La question à se poser est donc : de quelle manière choisissons-nous de financer ces besoins que nous savons croissants ?

Un choix irrationnel, injuste, coûteux et inefficace

La voie choisie, à bas bruit, renvoie chacun à l'épaisseur de son compte en banque : on se soigne selon ses moyens financiers, culturels, territoriaux. Elle ouvre un boulevard à des acteurs financiarisés qui voient dans la santé une marchandise et dans les déserts médicaux, une part de marché à conquérir.

Ce choix opéré, sans réelle délibération du pays, coûte plus cher et soigne moins bien. Aux États-Unis, où le financement mutualisé ne couvre même pas la moitié des dépenses de santé, elles représentent 17,4 % du produit intérieur brut, contre 11,4 % en France, et pour une espérance inférieure de quatre ans à la nôtre et en recul³.

La Sécurité sociale a fait la preuve de son efficacité depuis 80 ans !

La voie que nous défendons est tout autre, nous y revenons dans nos propositions. Nous restons fidèles aux principes posés il y a un peu plus de 80 ans parce qu'ils ont fait la preuve de leur efficacité. Même si la situation se dégrade à force de réformes à contresens, on a mieux accès aux soins en France et souffrir d'une maladie grave n'entraîne, pour l'heure, ni la ruine ni la misère.

« De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins », n'est pas qu'un principe de solidarité. C'est ce qui fait tenir notre société.

Car qui veut vivre dans une société où une part croissante de la population est malade et privée de soins ? Qui pourrait se résigner à la remontée de la mortalité infantile, dont la chute spectaculaire est l'une des premières victoires de la Sécurité sociale ? Qui veut voir s'étendre encore les déserts médicaux qui minent déjà l'accès aux soins ?

Le couple solidaire Sécu-mutuelles

Nous prenons le parti de « la Sécu, vraiment » et ce n'est pas nouveau. Les Mutuelles de France, et, avant elles les mutuelles ouvrières, sont des militantes de toujours de la Sécurité sociale. Elles inscrivent leur action en complément de la Sécurité sociale, à la fois en complétant les remboursements et en faisant vivre une offre de soins à tarifs conventionnés. Nourries par la démocratie mutualiste, elles innovent aussi : de la santé des mères à la fin du 19^e siècle à, tout récemment, la santé mentale en passant par le tiers payant. La mutualité a toujours inventé des prises en charge pour des besoins jusqu'alors ignorés.

La Sécurité sociale, la mutualisation des risques, les mutuelles : les moyens d'améliorer nos vies existent. Encore faut-il mobiliser des financements à la hauteur des besoins, en sollicitant toutes les richesses et pas seulement les ménages, et les adapter aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain. C'est ce que ce contre-rapport démontre, chiffres à l'appui, et ce que nos quatorze propositions déclinent concrètement. Elles n'ont pas vocation à clore le débat, mais à le remettre à l'endroit. Nous vous invitons à vous en emparer, à les discuter et à les porter avec nous : la Sécu, vraiment, se construit ensemble.

Carole Hazé,

*Présidente de la Fédération
des mutuelles de France*

³ Ces dépenses totales, ramenées en dépenses par habitant en "parité de pouvoir d'achat-santé" sont, selon l'OCDE, de 6 120€ aux États-Unis et de 4 910€ en France. L'espérance de vie, selon l'OMS, est d'un peu moins de 79 ans aux États-Unis et de 83 ans en France. Enfin, l'espérance de vie baisse aux États-Unis depuis une décennie (universités de Princeton et Virginia Commonwealth).

SOMMAIRE

Introduction9

Remettre la réponse socialisée aux besoins de santé au cœur du débat 11

1. Baisser la dépense de santé remboursée par l'Assurance maladie ne signifie pas baisser les besoins de santé..... 12

Encadré : Pertinence, efficience, prévention, fraude : des marges de manœuvre existent

2. Le bouclier sanitaire et le décroisement : une sortie de la prise en charge socialisée assumée 15

A. Le bouclier sanitaire

Le reste à charge diminuerait-il ?

Le financement solidaire serait-il garanti ?

B. Le décroisement

Le reste à charge diminuerait-il ?

Le financement solidaire serait-il garanti ?

3. La Grande Sécu : derrière les promesses, vers la plus « Petite Sécu » qui soit ?..... 18

Le reste à charge diminuerait-il ?

Le financement solidaire serait-il garanti ?

Renforcer vraiment la Sécu pour une meilleure efficacité du couple solidaire « Sécu-mutuelle » 20

1. Pour faire vivre le droit à la santé : le couple solidaire Sécu-mutuelle..... 21

Encadré : Une mutuelle assure à la fois une prise en charge et un accès aux soins solidaires

2. Le « 80-20 » : une vision budgétaire erronée..... 22

3. Quand la Sécu est désengagée, les mutuelles la remplacent, de fait 26

Encadré : Oui, « les mutuelles sont trop chères » : mais à qui la faute ?

Encadré : La taxe de solidarité additionnelle (TSA) : une TVA sur un droit fondamental

4. Renforcer la Sécurité sociale nécessite de renforcer ses recettes 29

Encadré : Pourquoi la TVA dite « sociale » fragilise-t-elle le financement solidaire de la Sécurité sociale ?

Faire « la Sécu, vraiment » !..... 32

Les 16 propositions des Mutuelles de France

Assurer des ressources justes et pérennes à la Sécurité sociale en vue de garantir un haut niveau de protection en santé..... 34

Proposition n°1 (mesure d'urgence) : Appliquer effectivement l'obligation de compensation des exonérations de cotisations sociales

Proposition n°2 : Mettre fin progressivement aux exemptions de cotisations sociales pour élargir l'assiette des cotisations sociales

Proposition n°3 : Rationaliser, à moyen terme, les dispositifs d'exonérations de cotisations en vigueur

Proposition n°4 : Faire contribuer l'ensemble des richesses créées au financement de la Sécurité sociale

Proposition n°5 : Augmenter l'assiette par l'égalité salariale femme-homme

Faire vivre un droit effectif à la santé..... 36

Proposition n°6 : Supprimer la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur la santé

Proposition n°7 : Supprimer les franchises médicales et les participations forfaitaires

Proposition n°8 : Enrayer les dépassements tarifaires par une régulation garantissant l'opposabilité des tarifs

Proposition n°9 : Généraliser (vraiment) le tiers payant

Renforcer le couple solidaire Sécu-mutuelle pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins

Proposition n°10 : Réintégrer dans le champ de la Sécurité sociale les prises en charge massivement

transférées vers les complémentaires santé..... 38

Proposition n°11 : Conditionner l'entrée en vigueur des avenants conventionnels à la signature de l'UNOCAM lorsque les complémentaires santé sont financeurs majoritaires

Proposition n°12 : Réformer le contrat responsable pour lui redonner du sens

Proposition n°13 : Flécher les aides publiques vers les structures de soins non lucratives

Proposition n°14 : Construire un partenariat entre l'Assurance maladie et les mutuelles en matière de prévention et de santé publique

Faire reposer « la Sécu, vraiment ! » sur une démocratie en santé renforcée 40

Proposition n°15 : Territorialiser les politiques de santé sans déconcentrer la solidarité nationale

Proposition n°16 : Permettre

Annexes..... 42

• **Annexe n°1 (tableau chiffré) : mesures impactant les OCAM de 2018 à 2026**

• **Annexe n°2 (tableau chiffré) : prises en charge affichées et prises en charge réelles des OCAM de 2012 à 2025**

RÉSUMÉ

Le contre-rapport des Mutuelles de France porte une vision de l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire qui propose une alternative à la réduction sans fin du périmètre de la Sécurité sociale. Ce travail apporte une réponse à différents scénarios d'évolution avancés dans le débat public sur l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et couverture complémentaire santé. À l'approche de l'élection présidentielle et alors que les recettes de la Sécurité sociale sont asséchées par des choix politiques successifs, ces scénarios se multiplient. On assiste dès lors à un concours Lépine de la fausse bonne idée, polarisé en deux thèses.

La première porte le désengagement progressif de l'Assurance maladie obligatoire impliquant la réduction de la prise en charge des besoins de santé par la Sécurité sociale, en vue d'en alléger le budget, alors même que les besoins de santé sont appelés à augmenter tendanciuellement. La seconde, la Grande Sécu, revendique, en apparence, l'extension du champ d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire, en réintégrant certaines prises en charge des complémentaires santé au sein du régime obligatoire. Ces scénarios, visiblement contradictoires, sont appelés en réalité à produire les mêmes effets. Le contre-rapport démontre que les scénarios du « bouclier sanitaire », du « décroisement » ou de « Grande Sécu » :

- Ne définissent jamais le périmètre de soins qui serait pris en charge par la Sécurité sociale dans la nouvelle articulation proposée et n'apportent, en conséquence, aucune réponse à la prise en charge des soins qui seraient hors de ce périmètre.
- Ne contribuent ni à la baisse du reste à charge des patient-es ni au renforcement des moyens de la Sécurité sociale pour faire face à l'augmentation tendancielle des besoins de santé.
- Ne disent rien ni de la suppression des barrières financières à l'accès aux soins que sont les franchises médicales, les participations forfaitaires et les dépassements tarifaires, ni de la capacité du système à soigner davantage et mieux.

En réalité, ces scénarios ignorent l'efficacité du couple solidaire constitué par la Sécurité sociale et les mutuelles. C'est cette complémentarité qui permet un reste à charge des patients parmi les plus faibles de l'OCDE. Les mutuelles organisent une couverture solidaire complémentaire qui apporte davantage qu'un remboursement. Elles mènent, en effet, leurs actions aux côtés de l'Assurance maladie en matière de prévention et d'éducation à la santé, tout en développant une offre de soins non lucrative en secteur 1 qui contribue à la régulation des tarifs. **Cette complémentarité s'attache à faire vivre pleinement le droit à la santé.**

L'efficacité de ce couple solidaire est toutefois entravée lorsque les mutuelles agissent en remplacement, et non plus en complément, de la Sécurité sociale. Les Mutuelles de France rappellent ainsi que les décisions politiques prises ces dernières années n'ont pas porté la Sécurité sociale à un haut niveau et n'ont pas été prises au regard des besoins de santé constatés de la population. Bien au contraire, la Sécurité sociale n'a cessé d'être désengagée d'un certain nombre de prises en charge, ce qui a eu pour conséquence d'augmenter à la fois les restes à charge des ménages, les cotisations mutualistes, et les renoncements aux soins.

Les Mutuelles de France démontrent ainsi que les organismes complémentaires prennent en charge en réalité **42,1 milliards d'euros des dépenses de santé en 2024**, soit 15,9 % de la dépense totale, et **non 32,5 milliards d'euros (12,8 %)** annoncés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les ménages prennent en charge 20 milliards d'euros, soit 7,5 % de cette dépense. **La Sécurité sociale est donc assez éloignée d'une couverture à 80 % des besoins de santé souvent mise en avant.**

Les Mutuelles de France ont également objectivé et chiffré les mécanismes ayant conduit au désengagement de la Sécurité sociale et à l'augmentation de la cotisation mutualiste :

- Plus de 5 milliards d'euros de prises en charge transférés de la Sécurité sociale vers les complémentaires santé de 2017 à 2027.
- 15,96 milliards d'euros de surcoût du « 100 % Santé ».
- pour les organismes complémentaires depuis

2020 : une réforme décidée par le Gouvernement, accaparée par sa communication, mais solvabilisée, en silence, à 80 % par les organismes complémentaires.

- **56,3 milliards d'euros de rendement de la fiscalité sur les contrats de couverture complémentaire santé depuis 2017** payés directement par les adhérents pour abonder les recettes de la Sécurité sociale.

Elles rappellent ainsi que si la cotisation mutualiste est considérée comme trop chère par les pouvoirs publics, la réponse est dans leurs mains en agissant sur les trois leviers susmentionnés. Par ailleurs, **si l'ambition portée dans le débat public est bien une amélioration de la prise en charge de la Sécurité sociale, un de ses préalables serait d'abord de revenir sur les décisions politiques ayant désengagé celle-ci progressivement.**

Parallèlement à ces désengagements, **les gouvernements successifs n'ont cessé d'assécher les recettes de la Sécurité sociale** par des exonérations de cotisations sociales et des exemptions d'assiette massives. Leur remise en cause et le financement du Ségur permettraient un retour à l'équilibre de la Sécurité sociale et le comblement de son « trou » artificiellement créé.

Par ailleurs, **ces aides publiques accordées aux entreprises ont profondément changé la nature du financement de la Sécurité sociale.** La part des cotisations des employeurs a diminué au profit d'un financement accru de la part des ménages par la TVA et la CSG, deux modes de contribution qui ne sont pas exempts d'injustice. La première, la plus injuste, n'est ni proportionnelle ni progressive. La seconde est proportionnelle, mais non progressive.

Les Mutuelles de France déplorent que la question du financement de la Sécurité sociale ne soit pas traitée. Dans ce contexte, des diversions sont mises en œuvre pour faire baisser artificiellement les dépenses de la Sécurité sociale, en les transférant vers les ménages.

Ce changement de financeurs n'apporte aucune solution pérenne aux besoins de santé et à l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Celle-ci souffre d'une **crise des recettes, crise d'autant plus aigüe si l'ambition portée est d'étendre son périmètre de prise en charge.**

Les différents scénarios mis en débat proposés sur l'avenir de notre protection sociale sont donc une impasse. Ils ne répondent ni aux besoins de santé de la population ni aux moyens à mettre en œuvre pour y

répondre. Ils contribuent en réalité à fragiliser le modèle solidaire, qui a pourtant largement fait ses preuves ces dernières décennies.

Avec la « Sécu, vraiment », les Mutuelles de France défendent une Sécurité sociale de haut niveau, renforcée dans ses ressources, son rôle d'organisatrice de la solidarité nationale et sa capacité à garantir l'accès aux soins.

Cette ambition suppose de partir des besoins de la population, de financer durablement l'hôpital public et l'offre de premier recours et de sortir d'une gestion comptable annuelle faisant fi des réalités sanitaires. Elle repose sur un couple solidaire « Sécu-Mutuelle », dans lequel les mutuelles à but non lucratif et gérées démocratiquement complètent la solidarité nationale dans la diminution des restes à charge et l'organisation de l'offre de soins, **afin de construire une réponse globale, cohérente et durable au droit à la santé.**

C'est pourquoi les Mutuelles de France formulent 16 propositions, applicables dès à présent. Pour reprendre le chemin de la « Sécu, vraiment », elles appellent à :

- **Assurer des ressources justes et pérennes à la Sécurité sociale en vue de garantir un haut niveau de protection en santé**, ce qui nécessite une remise en cause profonde des exonérations de cotisations sociales et des exemptions d'assiette ainsi qu'une contribution de toutes les richesses créées au financement de la Sécurité sociale pour faire face aux besoins d'aujourd'hui et de demain.
- **Faire vivre un droit effectif à la santé, en supprimant** les barrières à l'accès aux soins (franchises, participations forfaitaires, dépassements tarifaires), en mettant en place une régulation accrue pour garantir l'opposabilité des tarifs et en généralisant vraiment le tiers payant.
- **Renforcer le couple solidaire Sécu-mutuelle pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins**, en réintégrant dans le champ de la Sécurité sociale les dépenses transférées, en soutenant les structures d'offres de soins de premier recours non lucratives et en renforçant les coopérations entre l'Assurance maladie et les mutuelles en matière de prévention et de santé publique.

- **Faire reposer la « Sécu, Vraiment » sur une démocratie en santé renforcée**, en territorialisant davantage les politiques de santé sans déconcentrer la solidarité nationale et en renforçant la connaissance du système de santé qu'ont les assuré.es sociaux.

INTRODUCTION



Après une décennie de redressement des comptes sociaux et un retour à l'équilibre presque atteint en 2019, le déficit de la Sécurité sociale est reparti à la hausse après la pandémie de Covid et est projeté à 19,4 milliards d'euros en 2026¹. À l'heure où la Sécurité sociale célèbre ses 80 ans, ce déficit est retourné contre elle et notre modèle est injustement mis en cause.

Alors que les recettes sont volontairement asséchées par des choix politiques, le redressement des comptes sociaux ne s'est basé que sur l'actionnement d'un seul levier : **la « baisse des dépenses de santé remboursables par la Sécurité sociale »**. **Ce double mouvement s'est accéléré** de manière criante pendant les deux quinquennats d'Emmanuel Macron. Les projections pour les années à venir ne sont pas meilleures : 4,4 milliards d'euros d'économies effectuées sur la santé en 2026², 22,5 milliards d'euros préconisés à horizon 2030 par l'Assurance maladie, dans son récent « Rapport charges et produits³ », soit 7,5 milliards d'euros d'économies par an de 2027 à 2030.

Mais que signifient ces choix ? Les dépenses de santé reflètent les besoins de santé de la population. Or, ces besoins continueront à progresser avec l'accroissement de l'espérance de vie, la croissance de la prévalence des maladies chroniques, l'innovation médicale et technologique, la dégradation de la santé mentale, mais aussi des mutations écologiques, économiques, sociales.

Quand les pouvoirs publics prônent ou mettent en œuvre une baisse des dépenses, **ce ne sont donc pas les besoins de santé qui baissent, mais bien la part socialisée consacrée à la prise en charge solidaire de ces dépenses qui recule. Ce faisant, on renvoie la capacité de chacun.e à se soigner à l'épaisseur de son portefeuille**. Cette logique façonne une inversion du principe de notre modèle de protection sociale : chacun.e

est amené.e à se soigner, non plus selon ses besoins, mais selon ses moyens. Cela aboutit à une mise en insécurité sociale de la population, en particulier des plus malades et des plus vulnérables.

En privilégiant une approche essentiellement comptable, les pouvoirs publics ignorent le projet de société qu'est la Sécurité sociale et le dénaturent. Ils en font une variable d'ajustement budgétaire. La baisse des dépenses socialisées est justifiée au nom d'une « politique de soutien à l'emploi et à la compétitivité », la fameuse « baisse du coût du travail ». De nombreux rapports publics et études d'économistes⁴ confirment que cette politique ne produit pas d'effets probants au regard de l'objectif affiché. Quant au débat sur les recettes de la Sécurité sociale, il est tout simplement effacé de l'espace public.

Notre modèle de protection sociale n'est pas une charge qui pèserait sur la société, mais une richesse qui la protège, qui nous protège, réduit les inégalités, met fin à la peur du lendemain et participe directement et indirectement à la dynamique de l'activité productive. C'est d'autant moins une charge qu'il est économe : un système de protection sociale public et mutualisé revient globalement moins cher qu'un système privatisé et à but lucratif, et il est beaucoup plus efficace. Ainsi, la France consacre, selon l'OCDE, 11,4% de son PIB aux dépenses de santé, chiffre qui grimpe à 17,4% aux États-Unis pour une espérance de vie de près de 5 ans inférieure à celle de la population française⁵, conséquence d'un accès très inégalitaire aux soins. Notre système largement socialisé n'est donc pas spécialement dépensier : sa dualité (couverture obligatoire et complémentaire) permet même aux Françaises et Français de bénéficier de l'un des restes à charge les plus faibles d'Europe.⁶

1 Article 47 de la Loi de financement pour la Sécurité sociale (LFSS) pour 2026.

2 Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », mai 2026. Le montant des économies est identifié dans le champ de l'objectif national de dépense d'Assurance maladie.

3 Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), « Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2027 », juillet 2026.

4 Liste non-exhaustive : Rapport de mission d'information de l'Assemblée nationale (2008), Revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques de l'IGAS et l'IGF (2016), Rapport de Conseil d'analyse économique (2019), Rapport de France Stratégie (2024), Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (2025) ...

5 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « Panorama de la santé 2025 », 13 novembre 2025.

6 Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025 », 30 septembre 2025.

Les réflexions engagées par le Gouvernement et le Parlement sur l'articulation entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaires santé (AMC) sont présentées comme une adaptation du modèle de 1945 aux enjeux contemporains. Elles évacuent pourtant la question centrale de cette adaptation : **quelle réponse collective voulons-nous apporter aux besoins de santé de la population et quelles ressources voulons-nous y consacrer ?**

À la veille de l'élection présidentielle, les propositions de réforme de notre système de protection sociale se multiplient, au risque d'un véritable « concours Lépine de la fausse bonne idée ». Elles peuvent se résumer en deux trajectoires.

La première organise le désengagement progressif de l'Assurance maladie obligatoire. Or, la dépense remboursée par la Sécurité sociale ne disparaissant pas, elle est renvoyée aux ménages, ce qui contribue à accroître les inégalités de prises en charge. La seconde, la « Grande Sécu », entend étendre le champ d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire, en réintégrant les prises en charge des complémentaires santé.

D'apparence contradictoire, ces deux trajectoires sont pourtant amenées à dégrader la réponse solidaire aux besoins de santé, précisément parce qu'elles se demandent « qui paie ? », mais jamais quels sont les besoins que nous souhaitons collectivement couvrir ou les risques contre lesquels nous souhaitons apporter une réponse socialisée pour mettre en sécurité la population.

Face à ces orientations, les Mutuelles de France proposent de repartir de la question essentielle : quel système de protection sociale voulons-nous pour répondre collectivement aux besoins de santé de toutes et tous ? C'est le sens de notre proposition : la « **Sécu, vraiment !** ».

Notre contribution n'a pas vocation à clore le débat, mais à le replacer là où il doit l'être, c'est-à-dire autour du projet de société dans laquelle nous voulons vivre. Les Mutuelles de France considèrent que ce projet de société ne peut se penser en dehors du couple solidaire Sécu-mutuelle, qui a su montrer son efficacité en faisant de la France l'un des pays au plus faible reste à charge dans le monde et en étendant progressivement la réponse solidaire aux besoins de la population.

Encore faut-il que les mutuelles demeurent complémentaires de la Sécurité sociale et ne soient pas conduites à se substituer à elle. Cette contribution entend montrer que les scénarios aujourd'hui débattus emportent la dégradation de la réponse solidaire aux besoins de santé et celle du système de santé, sans apporter d'améliorations nouvelles pour l'accès à la santé des populations. Elle vise également à objectiver les mécanismes qui ont progressivement fragilisé notre modèle solidaire afin d'en mesurer les conséquences et d'identifier les marges de manœuvre permettant de le consolider.

Parce que la protection sociale est avant tout un choix de société, cette contribution affirme d'abord le modèle solidaire que nous voulons préserver avant d'en proposer les financements. Les choix budgétaires doivent être au service du projet politique, et non l'inverse.

**REMETTRE
LA RÉPONSE
SOCIALISÉE AUX
BESOINS DE
SANTÉ AU CŒUR
DU DÉBAT**



1. Baisser la dépense de santé remboursée par l'assurance maladie ne signifie pas baisser les besoins de santé

La dépense de santé augmente, car elle reflète des besoins de santé qui sont eux-mêmes croissants. De manière non exhaustive, plusieurs facteurs peuvent expliquer cette augmentation de la dépense et donc des besoins.

- **Vieillessement de la population résultant de l'accroissement de l'espérance de vie** : très tôt, l'Insee a confirmé qu'à horizon 2050, plus d'un tiers de la population sera âgé de 60 ans et plus, contre 1 habitant sur 5 au début des années 2000, et évoque un « *vieillessement inéluctable* »⁷. Or, une population vieillissante est une population plus malade : en 2024, sur les plus de 13 millions d'assurés sociaux en ALD, 8,5 millions étaient âgés de 60 ans et plus, soit presque les deux tiers.⁸

- **Prévalence des maladies chroniques** : alors que 37,7 % de la population était atteinte d'au moins une maladie chronique en 2024, cette proportion devrait s'élever à 44,1 % en 2035, selon le rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2027.

- **Innovation médicale et technologique** : Les antinéoplasiques (anticancéreux), 9^e classe thérapeutique la plus remboursée en 2015, sont devenus la 1^{re} en 2025, avec une hausse de +400 % des remboursements en dix ans⁹.

- **Poids croissant du changement climatique sur la santé publique** : les épisodes de chaleurs ont entraîné, ces derniers étés, des dizaines de milliers de prises en charge aux urgences et, à elle seule, la pollution atmosphérique, par exemple, pourrait être responsable de 12 à 20 % des nouveaux cas de maladies respiratoires chez l'enfant.¹¹

- **Dégradation de la santé mentale** : alors que les 18-24 ans étaient 11,7 % à être concernés par la dépression en 2017, ils étaient 20,8 % en 2021, soit une augmentation de 9,1 points en moins de 5 ans.¹²

- **Mutation du travail** : en moins de 30 ans en France, les cas de troubles musculosquelettiques (TMS) sont passés de 3165 en 1993 à 38286 en 2022¹³, soit une évolution de 1109 %.

Ces évolutions confirment la nécessité d'anticiper une augmentation durable des besoins de santé, et de mobiliser des ressources nécessaires pour y répondre de manière efficace et solidaire. La dépense observée ne reflète d'ailleurs qu'imparfaitement ces besoins et est certainement minorée, au regard des difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient territoriales, financières ou sociales, qui laissent une partie de ces besoins sans réponse voire sans expression.

7 Insee, « La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable », 1er décembre 2002.

8 Assurance maladie, « Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2024 », décembre 2025.

9 Assurance maladie, « Chiffres-clés du médicament en France : des évolutions profondes sur la décennie », 14 janvier 2026.

10 17 000 recours aux urgences pour hyperthermie, déshydratation ou troubles liés à la chaleur à l'été 2024 selon Santé publique France, plus de 24 000 en 2025, entre 230 et 305 par jour à l'été 2026, toujours selon Santé publique France (bilan provisoire).

11 Santé Publique France, « Estimation de la morbidité attribuable à l'exposition à long terme de la pollution de l'air ambiant et de ses impacts économiques en France hexagonale, 2016-2019 », janvier 2025.

12 Santé Publique France, « Dépression et anxiété », 17 décembre 2025.

13 INRS, « Troubles musculosquelettiques (TMS) », 27 mars 2025.

PERTINENCE, EFFICIENCE, PRÉVENTION, FRAUDE : DES MARGES DE MANŒUVRE EXISTENT

Si l'augmentation des besoins de santé constitue une tendance de fond, des marges de manœuvre existent pour améliorer la pertinence et l'efficacité des soins. Les mettre en œuvre permettrait d'infléchir la progression de la dépense tout en apportant des améliorations sanitaires.

À titre d'exemple, **12 à 18 milliards d'euros de prescriptions sont estimées non pertinentes en ville**.¹⁴ La culpabilisation des patient.es est une impasse, car, jusqu'à preuve du contraire, ils ne rédigent pas eux-mêmes leur ordonnance. C'est en réalisant un travail avec l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquels les professionnels de santé, les sociétés savantes, les instances de santé publique, les mutuelles, les associations de patient.es, qu'il sera possible de lutter contre l'errance médicale, les prescriptions non pertinentes et les actes redondants, notamment en œuvrant pour une coordination accrue entre professionnels.

La prévention constitue un autre levier majeur, car agir en amont sur les principaux facteurs de risque permettrait, à terme, d'éviter l'apparition ou l'aggravation de certaines pathologies. **41 000 nouveaux cas de maladies chroniques pourraient, par exemple, être évités chaque année grâce à une meilleure alimentation selon le rapport charges et produits de l'assurance maladie pour 2027**. La prévention représente une marge de manœuvre à condition de ne pas la réduire à la seule action sur les comportements individuels. L'état de santé dépend largement des conditions de vie, de travail, de logement, d'alimentation ou encore de l'environnement. Une politique ambitieuse de prévention suppose d'agir de manière cohérente et transversale sur l'ensemble de ces déterminants, avec pour objectif prioritaire d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Elle doit également renforcer les démarches d'« aller-vers », car les politiques de prévention peuvent elles-mêmes reproduire les inégalités lorsqu'elles bénéficient prioritairement aux publics déjà les mieux informés et les mieux insérés dans le système de santé. À ce titre, le déploiement de politiques de prévention doit s'inscrire dans le cadre d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes et la mise en œuvre de démarche partenariale.

Enfin, **la lutte contre la fraude constitue aussi une source importante de progrès, à condition de cibler d'abord les causes véritables**. Le récent rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF¹⁵ invite précisément à réorienter les contrôles vers les dossiers à forts enjeux. En 2024, 70 % des fraudes détectées aux prestations étaient imputables à des professionnels de santé ou à des personnes usurpant ou falsifiant leur identité. À l'image des organisations mafieuses, ces réseaux de fraude organisée s'appuient sur la division des rôles, le blanchiment des sommes détournées et une forte capacité d'adaptation aux dispositifs de contrôle. **L'enjeu est donc moins de multiplier les contrôles sur les assuré.es que de renforcer notre capacité collective à détecter les fraudes organisées et les facturations indues, là où les préjudices sont les plus importants**.

Pertinence, efficacité, prévention, fraude : des marges de manœuvre existent donc. Mais ces marges de manœuvre doivent toutefois être abordées avec prudence. **Les différentes actions ne doivent jamais se départir d'un objectif premier qui répond à un impératif sanitaire : mieux soigner, éviter des prises en charge inutiles, prévenir la maladie**.

¹⁴ Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », mai 2023.

¹⁵ Inspection générale des Finances (IGF) et Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), « La lutte contre la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie », 20 août 2026.

Dans ce contexte, fixer comme objectif une baisse durable et globale de la dépense de santé remboursable, indépendamment de l'évolution des besoins, relève d'une approche largement théorique et dogmatique. **La question pertinente n'est pas de déterminer a priori combien nous voulons dépenser, mais quels besoins nous voulons couvrir et comment y répondre de la manière la plus solidaire possible, car la plus efficace .**¹⁶

C'est pourtant précisément dans cette logique budgétaire que s'inscrivent aujourd'hui la plupart des débats relatifs à l'articulation entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC). Qu'ils prennent la forme d'un « bouclier sanitaire », d'un « décroisement entre prise en charge de l'assurance maladie et des complémentaires » ou encore d'une « Grande Sécu », ces scénarios ont un point commun : ils cherchent avant tout à modifier la répartition des prises en charge entre financeurs dans une logique d'équilibre budgétaire de l'Assurance maladie. La question des besoins de santé, qui est pourtant centrale, demeure largement secondaire, voire éludée, avec pour conséquences la dégradation de l'accès à la santé.

Les Mutuelles de France partagent la nécessité d'adapter le système conçu au milieu du XX^e siècle pour répondre aux nouvelles réalités sanitaires, démographiques, écologiques et sociales que nous vivons au XXI^e. Elles contestent en revanche que cette réflexion soit abordée dans le seul objectif de la maîtrise comptable de la dépense remboursable par l'Assurance maladie, objectif qui trahit les principes originels de la Sécurité sociale qui demeurent particulièrement pertinents.

C'est pourquoi elles proposent de remettre au cœur de la réflexion la réponse à ces besoins de santé. Les débats sur l'articulation entre AMO et AMC doivent d'abord chercher à répondre à quelques questions simples, qui devraient constituer le critère de toute réforme visant à assurer la pérennité et l'efficacité d'un système où chacun.e contribue selon ses moyens, et reçoit selon ses besoins.

Le reste à charge des assurés diminue-t-il pour toutes et tous ? Car s'il augmente, les barrières financières progressent aussi, et chacun.e ne reçoit plus en fonction de ses besoins.

Le financement solidaire est-il garanti ? Car si les logiques individuelles prennent le pas sur les logiques socialisées, chacun.e ne contribue plus en fonction de ses moyens.

Ces deux questions ne prétendent toutefois pas épuiser le débat sur l'avenir de notre système de santé. Elles constituent des critères d'évaluation propres aux scénarios étudiés dans ce rapport, qui répondent tous, au fond, à une même interrogation : « qui paie quoi ? ». Or, la pérennité de notre système de santé ne se résumera jamais à la seule répartition de son financement. Reprendre véritablement le chemin de la Sécurité sociale implique également de s'interroger sur la manière dont notre système est organisé pour permettre à chacun.e de se soigner selon ses besoins, et pas uniquement selon ses moyens.

Les scénarios relatifs à l'articulation entre AMO et AMC ne disent pourtant rien de notre capacité à garantir une offre de soins de premier recours accessible sur l'ensemble du territoire, à renforcer l'hôpital public ou à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ils restent également silencieux sur des enjeux pourtant décisifs, tels que la formation des soignant.es, leurs modes d'exercice, leur rémunération ou encore l'organisation et la coordination des parcours de soins. Or, ce sont précisément ces transformations qui devraient être au cœur d'une réflexion ambitieuse sur l'avenir de notre système de santé. Réorganiser la prise en charge financière des soins ne saurait, à elle seule, tenir lieu de véritable politique de santé.

¹⁶ organisation mondiale de la santé (oms), « [Les gens peuvent-ils se permettre de payer des soins de santé ? nouvelles preuves sur la protection financière en europe](#) », septembre 2019.

2. Le bouclier sanitaire et le décroisement : une sortie de la prise en charge socialisée assumée

Certains acteurs portent dans le débat l'ambition de réduire le périmètre de la prise en charge pour assurer la « soutenabilité du système ». C'est une impasse, car l'héritage de 1945 ne sera pas sauvé en brisant son ciment principal. Vouloir préserver un système en sciant la branche sur laquelle il est assis, la solidarité, accélèrera sa chute plutôt que son maintien.

Qu'elles prennent la forme du « bouclier sanitaire », du « décroisement » entre Assurance maladie et complémentaires santé ou de nouvelles réductions du champ d'intervention du régime obligatoire, ces propositions reposent sur une même logique : piloter la Sécurité sociale comme une ligne budgétaire plutôt que comme un projet de société fondé sur la solidarité nationale et devant améliorer la qualité de vie de la population. Loin de conforter notre modèle solidaire, elles organisent un désengagement progressif de l'Assurance maladie. Elles amoindrissent également l'ambition de mutualiser les différents risques afférents à la santé.

A. Le bouclier sanitaire

Le bouclier sanitaire consiste à plafonner, sur un périmètre de soins défini et restreint, le montant des dépenses restant à la charge des assuré.es. Une fois ce plafond atteint, l'Assurance maladie obligatoire prendrait intégralement en charge les dépenses relevant de ce périmètre. Les dépenses qui en seraient exclues resteraient en dehors du mécanisme de plafonnement et continueraient donc à être financées par les assuré.es directement ou, selon le modèle retenu, par une couverture complémentaire.

Le plafond pourrait être fixe, comme en Suisse ou en Suède, ou modulé selon les revenus, comme en Allemagne ou en Belgique.

Le reste à charge des assuré.es diminuerait-il ?

Une fois que le plafond des dépenses payées par l'assuré.e est atteint, l'Assurance maladie assurerait une prise en charge dite « intégrale » des soins. L'un des enjeux est donc de savoir quel serait le périmètre de soins pris en charge. En l'occurrence, les modèles existants ne prennent, par exemple, en charge ni les dépassements tarifaires ni les actes hors nomenclature de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), comme la chambre particulière à l'hôpital.

Les dépassements d'honoraires représentent une dépense de 4,3 milliards d'euros en France en 2024. Ils connaissent une croissance annuelle de plus de 5 % depuis 2019 et devraient représenter, à trajectoire inchangée, un enjeu financier de plus de 10 milliards d'euros d'ici 2040¹⁷. S'ajoutent à ces dépassements d'honoraires des libertés tarifaires permises sur certains postes (dentaire, optique, audiologie). Ces dépassements d'honoraires et ces libertés tarifaires représentent les **dépassements tarifaires**, s'élevant à **20,7 milliards d'euros** en 2024.¹⁸ Concernant la consommation hors CSBM, celle-ci atteint 3,1 milliards d'euros en France en 2024¹⁹. **Les enjeux financiers sont donc imposants et le bouclier sanitaire n'apporte aucune réponse.**

Le scénario du bouclier sanitaire reste muet sur la capacité de l'Assurance maladie à prendre intégralement en charge les besoins sur lesquels elle est aujourd'hui financeuse minoritaire. À titre d'exemple, elle prend en charge seulement 9 centimes d'euro sur une monture avec deux verres hors « 100 % Santé ». Ces besoins seront-ils intégralement couverts une fois le plafond dépassé ou renvoyés à une prise en charge par les complémentaires ?

Le niveau du plafond constitue un second enjeu : son impact sur les ménages serait radicalement différent selon son montant, tout comme selon qu'il soit modulé par les revenus ou non. En réalité, c'est la finalité même de ce bouclier qu'il faut interroger : le montant du plafond ne peut-il pas constituer un outil d'abord budgétaire au

¹⁷ Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), « Trois scénarios pour une réforme des dépassements d'honoraires des médecins », 9 juin 2026.

¹⁸ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025 », 30 septembre 2025.

¹⁹ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025 », 30 septembre 2025.

détriment de l'ensemble des enjeux sanitaires ? À ce titre, les propos de Martin Hirsch, ayant lui-même porté dès 2010 dans le débat cette proposition de bouclier sanitaire, sont éclairants : « Si vous le fixez à 1,3 % du revenu dans la LFSS, il est bien plus facile, l'année suivante, de le passer à 1,4 %. »²⁰

Finalement, le bouclier sanitaire n'apporte pas d'amélioration dans la diminution du reste à charge des ménages, puisqu'il en ferait, comme c'est le cas aujourd'hui, la principale variable d'ajustement des dépenses de l'Assurance maladie. Loin de porter l'ambition d'une extension de la solidarité nationale, **il est en réalité un bouclier budgétaire pour le Gouvernement et non un bouclier sanitaire pour la population. Dans ce contexte, le reste à charge des ménages augmenterait fortement, puisque le plafond dudit bouclier progresserait aussi rapidement que le déficit de la Sécurité sociale.**

Le financement solidaire serait-il garanti ?

Au-delà de l'augmentation du reste à charge pour la population, ce qui accroîtrait les logiques individuelles, il est à noter que le bouclier sanitaire représente une inversion totale des principes. **Les patient.es ne reçoivent plus en fonction de leurs besoins de santé, mais en fonction du dépassement d'un plafond fixé par les pouvoirs publics.** Si l'existence d'un plafond modulable en fonction des ressources apparaît plus protectrice pour les assuré.es aux revenus plus modestes, elle remettrait en cause le consentement à la contribution au financement du système des plus riches, constatant moins bénéficier du dispositif. Cette situation conduirait de fait à l'impossibilité de financer le système.

En outre, les personnes se jugeant à faible risque seraient incitées à se démutualiser et à ne souscrire une couverture santé uniquement lorsqu'elles auraient des soins coûteux prévisibles. Autrement dit, les mécanismes d'antisélection à la complémentaire santé seraient encouragés, le risque maximal étant connu à travers l'existence du plafond. La mutualisation entre bien portants et malades serait mise à mal. Elle est pourtant la base du système solidaire.

À terme, **le bouclier sanitaire pourrait faire reposer le financement de la protection sociale sur les plus malades et fragiliserait le financement solidaire au profit des logiques individuelles dépendant de la richesse de chacun.e.**

B. Le décroisement

Le décroisement revient à séparer complètement des champs de financement de l'Assurance maladie (AMO) et des organismes complémentaires (OC) et à remettre en cause le principe du double payeur sur tout ou certains actes de soins (Assurance maladie + complémentaire santé). La notion est inspirée par la faiblesse de la prise en charge par l'AMO de certains besoins, et le niveau d'intervention important, voire majoritaire, des OC dans certains secteurs, comme l'optique ou l'audioprothèse.

Ce scénario est appréhendé dans une volonté de clarification, comme une source d'économie possible pour l'AMO, ou souvent de nouvelle répartition des rôles cantonnant la Sécurité sociale au « gros risque » et les complémentaires aux « petits risques ».

Le reste à charge des assuré.es diminuerait-il ?

Le décroisement rompt avec une logique de prise en charge socle par l'Assurance maladie complétée par une prise en charge de la couverture complémentaire. Il organise le désengagement de l'Assurance maladie obligatoire de la prise en charge de certains soins. Dans ce scénario, rien ne garantit une amélioration de la prise en charge par la Sécurité sociale sur les autres dépenses. De fait, rien ne garantit alors une diminution du reste à charge des assuré.es.

Le décroisement ne répond pas à la problématique des dépenses de santé aujourd'hui exclues de la prise en charge solidaire, comme les **franchises médicales et participations forfaitaires (2,5 milliards d'euros en 2025²¹)** ou les dépassements tarifaires (20,7 milliards d'euros en 2024²²), qui constituent autant de barrières financières à l'accès aux soins.

20 Audition du 8 juillet 2026 dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale sur la répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

21 Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », mai 2026.

22 Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025 », 30 septembre 2025.

Disons-le clairement : il n'existe pas de bon remboursement sans définition d'un tarif opposable effectivement pratiqué par les professionnels. Or, le retrait de l'AMO de certains secteurs rend grandement incertaine la capacité à définir un tarif opposable d'ordre public, respecté par tous les professionnels de santé. Cette responsabilité serait renvoyée uniquement à des opérateurs privés et donc à des logiques qui ne seraient pas universelles. Le développement de conventionnements propres aux complémentaires serait favorisé, avec des logiques concurrentielles et, à terme, un probable renchérissement du coût des soins et l'augmentation des inégalités d'accès sociales et territoriales.

Le décroisement ne garantit donc ni une meilleure prise en charge des dépenses les plus lourdes ni une diminution des restes à charge. Il substitue une logique de marché sur des pans entiers de soins à une logique de solidarité, sans apporter de réponse aux principales barrières financières qui limitent aujourd'hui l'accès aux soins.

3. La grande sécu : derrière les promesses, vers la plus « petite sécu » qui soit ?

En opposition à ces scénarios visant à réduire le périmètre de la prise en charge socialisée, d'autres appellent au contraire à son extension, avec l'instauration d'une « Grande Sécu », un « 100 % Sécu » ou la création d'une mutuelle intégrée au sein de la Sécurité sociale. L'idée peut être séduisante de prime à bord et résumée de la manière suivante : supprimer les complémentaires santé privées permettrait d'intégrer leurs remboursements au sein de la Sécurité sociale, de supprimer leurs frais de gestion (8,8 milliards d'euros en 2024²³) et ainsi d'améliorer la prise en charge des besoins de santé par la solidarité nationale

Le reste à charge des assuré.es diminuerait-il ?

La définition du périmètre de soins pris en charge est une question centrale, car elle permet d'affirmer si oui ou non la prise en charge sera assurée à 100 %. Que deviendraient les prises en charge sur lesquelles l'AMO n'intervient pas ? À titre d'exemple, en 2025, les dépassements tarifaires (20,7 milliards d'euros), les franchises médicales et participations forfaitaires (2,5 milliards d'euros), le forfait jour hospitalier (4,2 milliards d'euros) et la consommation hors CSBM (3,1 milliards d'euros) représentent **30,5 milliards d'euros de reste à charge**, et bien plus dans les années à venir si les tendances actuelles se poursuivent.

Ces dépenses, pesant sur les assuré.es sociaux directement ou indirectement, ne sont pas anecdotiques et remettent en perspective des idées reçues. Bien que les assuré.es en ALD soient réputé.es couvert.es à 100 %, ils ne renoncent pas plus que les autres à une couverture complémentaire, car plus de 80 % de leurs restes à charge ne sont pas liés à leur ALD.²⁴ **Également soumis à plus de franchises, de forfaits, de dépassements tarifaires, leur reste à charge final est deux fois plus élevé que pour les assuré.es hors ALD.**²⁵ D'autres dépenses, pourtant réputées prises en charge à 100 %, restent également à la charge des assuré.es. C'est le cas pour certains actes de prévention. En effet, si les assuré.es peuvent se faire dépister sans reste à charge, dans le cadre des dépistages organisés en bénéficiant du tiers payant, ils peuvent toutefois se voir appliquer des dépassements d'honoraires sur les actes associés

(comme l'échographie), ce qui augmente ainsi leurs restes à charge.²⁶

Ce scénario ignore l'enjeu de la suppression de ces barrières financières à l'accès aux soins (dépassements tarifaires, franchises médicales et participations forfaitaires), que la suppression des complémentaires santé ne réglerait pas.

Sans définition du périmètre de soins pris en charge, la « Grande Sécu » est une promesse vide, qui ne garantit ni une extension du périmètre des prises en charge ni une diminution des restes à charge.

Le financement solidaire serait-il garanti ?

Il est urgent de mettre fin à une vision erronée : **supprimer les mutuelles, à supposer que cela soit possible, ne crée pas de recettes nouvelles pour la Sécurité sociale.** Cela engendre au contraire de nouveaux besoins de financement, alors que la Sécurité sociale connaît déjà une crise des recettes.

- La suppression des complémentaires santé oblige à réintégrer plus de 40 milliards d'euros²⁷ de prises en charge de l'AMC au sein de l'AMO, ce qui nécessite de trouver des financements en conséquence. Or, dans le débat actuel, cette question du financement est évincée, alors que **les 8 milliards d'euros de frais de gestion « économisés » ne couvrent même pas un quart de ce financement.**

- Plus largement, les promoteurs d'une « Grande Sécu » ne précisent pas quels nouveaux financements sont censés répondre à l'extension du périmètre de l'Assurance maladie obligatoire, alors qu'un tel scénario nécessite d'assumer politiquement la mobilisation de nouveaux prélèvements obligatoires pour assurer des recettes pérennes. Or, dans une société où la contribution des employeurs au financement de la protection sociale ne cesse de diminuer, le HCAAM propose naturellement que ces financements soient notamment assurés par la TVA ou la CSG²⁸.

23 DREES, « Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », 17 décembre 2025.

24 DREES, « En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres », 1er avril 2026.

25 Inspection générale des finances (IGF) et inspection générale des affaires sociales (IGAS), « Revue de dépenses relative aux affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable », juin 2024. « En 2021, le reste à charge moyen de la population en ALD s'élève à 838 € contre 465 € pour les individus sans ALD.

• **Ces deux modes de financement sont profondément injustes.** La TVA, assise sur la consommation, ne tient pas compte de la capacité contributive de chacun : son taux ne varie pas selon les revenus. Elle frappe plus durement les plus précaires, qui sont contraints de consommer la totalité ou la quasi-totalité de leur revenu, sans pouvoir constituer d'épargne. La CSG est quant à elle proportionnelle, mais non progressive, puisqu'elle s'applique dès le premier euro des revenus d'activité. Si elle fait contribuer les ménages, les salariés et les retraités au financement de la protection sociale, elle ne mobilise en rien les revenus du capital et les employeurs.

Telle que posée dans le débat, la « **Grande Sécu** » ne **garantit ni un financement plus solidaire** de notre système de protection sociale, en l'absence de réflexion politique sur le niveau de contribution de l'ensemble des richesses produites, **ni une augmentation des recettes pour la Sécurité sociale**. Une prise en charge étendue impliquerait une forte régulation, voire une suppression, des dépassements tarifaires, accompagnée d'une suppression des franchises médicales et participations forfaitaires. Dans le cas contraire, la Sécurité sociale « à 100% » ou la « Grande Sécu » ne prendrait pas en charge l'intégralité des besoins de santé. **Or, le scénario ne dit rien ni de cette régulation ni de ces suppressions.**

Dans ce contexte, la « Grande Sécu » serait **la plus « Petite Sécu » qu'il soit.**

26 Assurance maladie, « Rapport charges et produits pour 2026 », juillet 2025.

27 Cf partie II du présent rapport et annexe n°1

HCAAM, « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », 14 janvier 2022.

**RENFORCER
VRAIMENT LA
SÉCU POUR
UNE MEILLEURE
EFFICACITÉ DU
COUPLE SOLIDAIRE
« SÉCU-MUTUELLE »**



1. Pour faire vivre le droit à la santé : le couple solidaire sécu-mutuelle

L'étude des différents scénarios relatifs à l'articulation AMO-AMC sous le prisme de la diminution du reste à charge et du financement solidaire a finalement démontré que **la disparition de la couverture complémentaire est une illusion en raison d'une dimension structurelle**. Aucun système de santé au monde ne prend en charge l'intégralité des besoins de santé sans définir un périmètre de soins relevant de la solidarité nationale. Toute couverture publique repose nécessairement sur des choix de prise en charge.

Dès lors qu'un périmètre de prise en charge est défini, certaines dépenses demeurent en dehors de ce périmètre et appellent l'existence d'une couverture complémentaire afin de limiter le reste à charge des ménages.

Faire « la Sécu, vraiment ! » nécessite de garantir un haut niveau de protection par la solidarité nationale. Car **cette prise en charge ne peut être exhaustive, une couverture complémentaire sera toujours nécessaire**. L'enjeu est de savoir si cette couverture est organisée par la solidarité (mutualisation des risques, non-lucrativité) ou abandonnée au marché (antisélection, tarification

comportementale ou en fonction de l'état de santé, prises en charge non responsables, financiarisation croissante de la protection sociale).

Les scénarios actuellement débattus ont un point commun : ils promettent de faire payer moins, ou de faire payer autrement. **Mais ils disent peu de la capacité du système à soigner davantage et mieux**. Or, le droit à la santé ne se résume pas au niveau du reste à charge : il suppose que chacune et chacun puisse effectivement accéder à un professionnel de santé, à un hôpital ou à un centre de santé. **Une protection sociale qui coûte moins cher, mais qui ne permet plus de se faire soigner, a perdu sa raison d'être**.

C'est pourquoi les Mutuelles de France défendent un couple solidaire Sécu-mutuelle, qui organise une couverture solidaire en complément d'une Sécurité sociale de haut niveau, mais qui apporte davantage qu'un remboursement. Sécurité sociale comme mutuelles organisent une réponse globale de santé à travers notamment l'offre de soins.

UNE MUTUELLE ASSURE À LA FOIS UNE PRISE EN CHARGE ET UN ACCÈS AUX SOINS SOLIDAIRES

Contrairement aux assureurs, les mutuelles sont des sociétés de personnes, non lucratives et gérées démocratiquement par leurs adhérent-es. Cette gouvernance n'est pas un simple principe statutaire : elle permet à celles et ceux qui sont directement concerné-es de participer à la définition de leurs besoins et des réponses qui doivent y être apportées. Les adhérent-es mutualistes sont collectivement parties prenantes des choix opérés par leur mutuelle, notamment en matière de niveau et de contenu des garanties.

Les mutuelles n'ont ni actionnaires à rémunérer ni dividendes à verser. Les éventuels excédents dégagés par leur activité sont réinvestis au service de leurs adhérent-es et de l'intérêt collectif : pour améliorer la couverture santé, développer de nouveaux droits ou favoriser l'accès à la prévention et aux soins, notamment à travers les services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM).

Ces SSAM offrent un accès aux soins de premier recours à tarif opposable. Les mutuelles permettent l'accès à la santé, en garantissant à la fois une baisse du reste à charge, des soins à tarif maîtrisé, et une qualité de prise en charge. À travers leurs SSAM, elles démontrent qu'une offre de soins de proximité, durable, solidaire et adaptée aux besoins des territoires et des populations est possible.

La démarche des mutuelles s'inscrit aux antipodes des logiques de financiarisation croissante de l'offre de soins, qui se développent là où la puissance publique se désengage. Guidés par des logiques de profit, ces acteurs financiarisés captent des ressources socialisées au seul bénéfice de quelques groupes financiers, et n'apportent pas de réponse sanitaire durable, et ce, d'autant plus que ce n'est pas leur objectif. Enfin, l'actualité récente donne à voir de nombreuses dérives éthiques au sein de ces structures et des fermetures de services, non par manque de besoin, mais par défaut de rentabilité.

Que ce soit pour la couverture santé ou l'offre de soins, l'Assurance maladie obligatoire ne pourra jamais satisfaire l'ensemble des besoins. Les mutuelles agissent donc en complément pour élargir l'accès à la santé. **De par leur caractère solidaire et non lucratif, elles sont un rempart au développement de logiques lucratives, voire financiarisées, et concurrentes à la Sécurité sociale.** Encore faut-il qu'elles agissent en complément, et non en remplacement de celle-ci.

2. Le « 80/20 » : une vision budgétaire erronée

Plusieurs acteurs, au premier rang desquels le directeur de la Sécurité sociale, affirment que l'assurance maladie obligatoire ne se désengage pas de la prise en charge socialisée. Au contraire, son intervention augmenterait, là où celle de l'assurance maladie complémentaire reculerait.

« Ces débats déforment la réalité, parce qu'ils donnent l'impression que l'AMO ne cesse de se défausser sur l'AMC pour toujours moins les protéger. Mais la réalité est tout à fait l'inverse : l'AMO ne cesse de prendre une part de plus en plus importante. Ça ne se voit pas, car ce n'est pas le taux de remboursement facial qui augmente, mais plutôt la hausse des personnes en ALD, le prix de l'innovation, etc. »²⁹

La thèse avancée est la suivante : la progression constante du nombre de patient.es en ALD, dont la prise en charge serait intégralement assurée par l'Assurance maladie, déformerait l'évolution de la part respective des dépenses prises en charge par cette dernière, par rapport à celle de la couverture complémentaire.

Pour maintenir une prise en charge de la Sécurité sociale à environ 80 % des dépenses (toutes situations confondues, en ALD ou non), les dépenses de l'AMO transférées vers l'AMC ne seraient pas un désengagement ou un déremboursement, mais un ajustement. C'est ce que les pouvoirs publics appellent le « 80/20 ».

Cette lecture est doublement contestable.

D'abord parce qu'elle réduit la politique de santé à une photographie comptable qui n'emporte aucune politique sanitaire qualitative face aux nouveaux besoins de santé. Elle ignore, par exemple, des investissements nécessaires en faveur de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ou de la prévention.

Ensuite parce que le raisonnement sur lequel elle repose est totalement erroné.

• Les patient.es en ALD sont pris en charge à 100% **uniquement pour l'affection concernée**. À titre d'exemple, une femme soignée pour un cancer du sein verra son traitement couvert par l'ALD. Toutefois, son manchon de compression, permettant de prévenir

le lymphoedème consécutif à une chirurgie ou une radiothérapie, ne fera pas l'objet d'une prise en charge intégrale par la Sécurité sociale.

Plus globalement, les patient.es en ALD ont un reste à charge deux fois plus élevé que les patient.es hors ALD.³⁰ Contrairement à ce qu'affirme le directeur de la Sécurité sociale, la hausse du nombre de patient.es en ALD entraîne donc une augmentation mécanique de dépenses pour tous les financeurs : AMO, AMC et patient.es.

• La répartition « 80/20 » prend en compte uniquement les prises en charge au titre de la CSBM³¹. Elle exclut donc la consommation hors CSBM³² non prise en charge par l'AMO. Cette dernière s'élevait à 1,7 milliard d'euros en 2017 au début du premier quinquennat d'Emmanuel Macron, et atteint 3,1 milliards d'euros en 2024 : elle a donc plus que doublé.

• Cette consommation hors CSBM représente pourtant des dépenses réelles de santé pour les patient.es. **Ne pas les prendre en compte, c'est ne pas présenter une photographie réelle.**

• Cette vision ne prend pas non plus en compte la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la contribution des organismes complémentaires au Forfait patientèle médecin traitant (FPMT), qui, de 2018 à 2026, ont augmenté de **54 %**, pour atteindre 8,2 milliards d'euros en 2026.³³ En effet, cette fiscalité est comptabilisée comme une recette pour la Sécurité sociale, et non comme une dépense pour les organismes complémentaires

• Pourtant, cette fiscalité représente également des prises en charge, puisqu'elle finance intégralement l'accès à la complémentaire santé solidaire (C2S) ainsi qu'une partie des prestations versées par la Sécurité sociale. Le forfait médecin traitant est quant à lui versé aux professionnels de santé par l'Assurance maladie.

29 Audition du 29 mai 2026 de Pierre Pribile dans le cadre de la MECSS de l'Assemblée nationale sur la répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

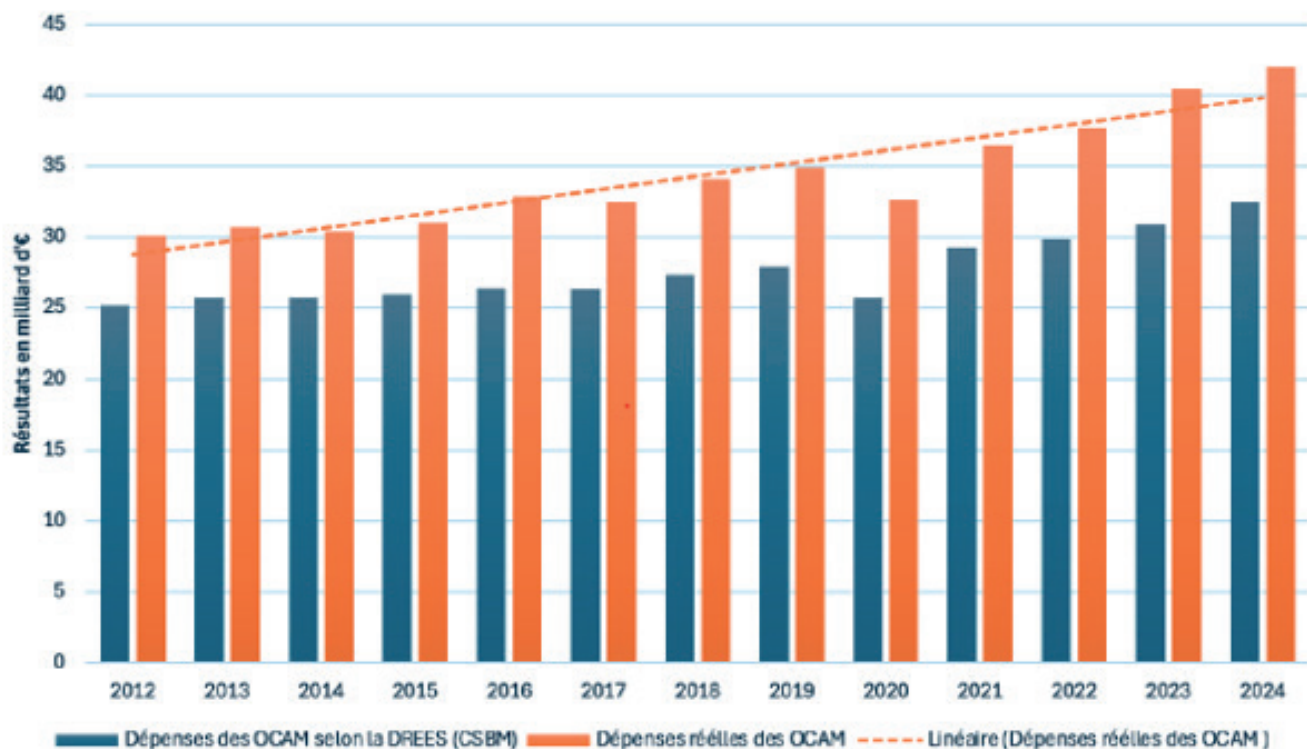
30 Cf. note de bas de page n°20 mentionnant le constat réalisé par l'IGF et l'IGAS.

31 Consommation de soins et de biens médicaux

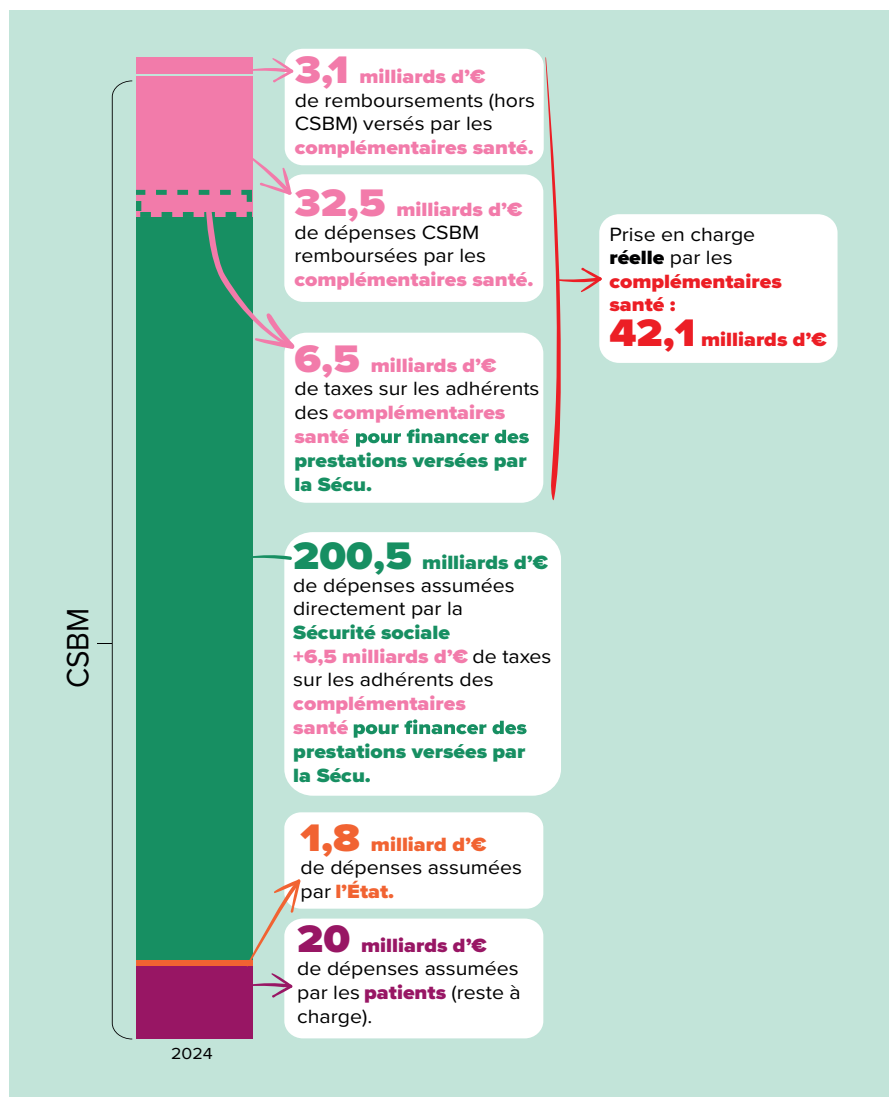
32 La consommation hors CSBM comprend notamment les frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure, la prise en charge des séances d'ostéopathie ou encore certaines prestations de prévention ou de bien-être.

33 Cf. annexe n°1 du rapport

Dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie



La répartition réelle du financement des dépenses de santé (en 2024)



Une fois la consommation hors CSBM et la fiscalité réintégrées aux dépenses des complémentaires, la prise en charge réelle qu'elles assument peut être constatée. Cette prise en charge réelle invite à considérer différemment la répartition de la prise en charge entre l'AMO et l'AMC.

Contrairement à ce qui a été annoncé pour l'année 2024, les complémentaires santé ne prennent pas en charge 12,8 %, mais bien 15,9 % des dépenses de santé, soit 42,1 milliards d'euros, et non 32,5. Les patients, quant à eux, prennent directement en charge les 7,5 % restants (20 milliards d'euros). La part prise en charge en dehors de l'Assurance maladie obligatoire est donc de 23,4% des dépenses, soit 76,6% assumés par la Sécu.

Bridge dentaire : qui rembourse quoi ?

Bridge dentaire = 1635 €

**L'Assurance maladie
rembourse**

167 €

**La complémentaire santé
rembourse**

1258 €

**Reste à charge
pour le patient**

210 €

Enfin, cette proportion 80/20 est une moyenne statistique qui ne s'incarne jamais dans la réalité.

Sur un bridge dentaire, par exemple, les organismes complémentaires assurent la prise en charge à hauteur de plus de 75 %.

Plus largement sur le dentaire, la part du ticket modérateur assumé par la couverture complémentaire a augmenté de 20 points entre 2023 et 2027 (avec les transferts actés pour le 1er janvier 2027), passant de 30 à 50%.

Consultation médicale du secteur 1 : qui rembourse quoi ?

**Consultation
médicale secteur 1 = 30 €**

**L'Assurance maladie
rembourse**

17,5 €

**La complémentaire
santé rembourse**

10,5 €

**Reste à charge
pour le patient**

2 €

Autre exemple sur un acte très courant : la consultation médicale en secteur 1 à 30 euros. L'Assurance maladie prend en charge 17,5 euros, la complémentaire 10,5 euros et le patient 2 euros avec la participation forfaitaire. **L'AMO ne finance en réalité que 58 % de la dépense.**

3. Quand la sécu est désengagée, les mutuelles la remplacent de fait

Cette vision erronée du « 80/20 » justifierait les transferts opérés par les pouvoirs publics, comme en témoigne le rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2026, page 224 : « À l'horizon 2030, la stabilisation de la prise en charge par l'AMO nécessiterait donc de programmer un nouveau partage de prise en charge de certains soins avec les organismes complémentaires et les patients à hauteur de 3 milliards d'euros. ». Or, depuis le premier quinquennat d'Emmanuel Macron, les Mutuelles de France évaluent à³⁴ :

- **3,68 milliards d'euros les transferts de dépenses de l'AMO vers l'AMC de 2017 à 2026.** Un montant qui va s'accroître significativement année après année en raison de l'évolution de la dépense de santé. Pour l'année 2027, 1,5 milliard d'euros de transferts supplémentaires ont déjà été décidés par décret le 22 août 2026. **C'est donc plus de 5 milliards d'euros qui seraient transférés en deux quinquennats** (sans pouvoir encore évaluer les mesures du PLFSS 2027 à venir).

- **15,96 milliards d'euros le surcoût du « 100 % » Santé pour les organismes complémentaires depuis 2020 :** cette réforme annoncée par le Gouvernement a été solvabilisée à 80% par les complémentaires santé et donc les assuré.es sociaux.

- **À 56,30 milliards d'euros le montant du produit de la TSA et du FPMT de 2017 à 2026.** Il ne s'agit pas d'un transfert, mais il est bien question ici d'une taxe sur la santé, dont le taux est supérieur au taux de TVA appliqué sur un fast food. Une taxe qui vise en réalité à pallier la politique de dé financement de la Sécurité sociale.

Ces choix, présentés comme purement techniques, sont en réalité des arbitrages politiques qui attaquent le couple solidaire Sécu-mutuelle.

L'assurance maladie réduit son niveau de couverture. Les mutuelles se retrouvent de plus en plus à intervenir non plus en complément de celle-ci, mais en remplacement.
La dépense ne disparaît pas, elle change de financeur.

Ce changement de financeur ne fait l'objet d'aucun débat démocratique. Le Gouvernement s'est en effet servi du régime juridique des contrats solidaires et responsables pour imposer, par voie réglementaire (décret), une automaticité de nouvelles prises en charge aux mutuelles, sans concertation possible. En changeant de financeur, il ne répond pas mieux aux besoins de

santé de la population et contribue à rendre la cotisation mutualiste insoutenable pour les adhérent.es.

³⁴ Voir annexe n°2 du présent rapport

OUI, LES « MUTUELLES SONT TROP CHÈRES » : MAIS À QUI LA FAUTE ?

Les Mutuelles de France partagent un constat : la cotisation mutualiste est devenue trop lourde pour de nombreux ménages. Mais elles contestent fermement les explications avancées.

- **Ce ne sont pas les mutuelles qui ont décidé de transférer progressivement des dépenses de santé de la Sécurité sociale vers la couverture complémentaire.**
- **Ce ne sont pas elles qui ont décidé de financer l'essentiel du coût du soi-disant « 100 % Santé ».**
- **Ce ne sont pas elles non plus qui ont choisi d'augmenter à plusieurs reprises la fiscalité pesant sur les contrats santé.**

Les mutuelles sont des sociétés de personnes et non de capitaux. À but non lucratif, elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer, et, de ce fait, n'ont pas d'autres ressources que les cotisations santé de leurs adhérent.es. Lorsque le Gouvernement décide de leur transférer des dépenses jusque-là prises en charge par la Sécurité sociale, les mutuelles n'ont pas d'autres choix que d'augmenter les cotisations. **La dépense ne disparaît pas : tout transfert sera payé par les adhérent.es.**

Depuis longtemps, **les Mutuelles de France dénoncent ce processus et affirment que les cotisations mutualistes sont devenues insoutenables du fait des décisions gouvernementales !** Les mutuelles sont devenues le réceptacle commode des politiques austéritaires de désengagement de la Sécurité sociale. Pour ne pas assumer leurs décisions, les pouvoirs publics utilisent ainsi les mutuelles comme des boucs émissaires, en laissant entendre que l'augmentation de la cotisation serait liée à une mauvaise gestion, à des frais trop élevés ou à une volonté de profit, alors même que les mutuelles sont non lucratives.

Par ailleurs, même avec la présence d'acteurs lucratifs, l'ACPR rappelle clairement la réalité de la couverture complémentaire en France : un résultat technique presque nul en 2024 (1,7 %), après deux années de déficit.³⁵

Non, les mutuelles ne « se gavent » pas sur le dos de leurs adhérents : elles ont la solidarité comme finalité et pour mode de fonctionnement. Les cotisations qui leur sont versées par leurs adhérent.es servent à financer des remboursements de dépenses de santé, des actions de prévention, des agences de proximité, l'accompagnement social ou encore des fonds de secours.

Baisser la cotisation est possible et des solutions immédiates sont connues : supprimer la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et réintégrer les dépenses transférées dans les prises en charge de la Sécurité sociale.

³⁵ Audition d'Évelyne Massé, première secrétaire générale adjointe de l'ACPR, par la MECSS de l'Assemblée nationale sur la répartition AMO-AMC le 16 avril 2026.

LA TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE (TSA) : UNE TVA SUR UN DROIT FONDAMENTAL

La santé n'est pas une marchandise : elle est un droit fondamental protégé par la Constitution. Pourtant, en France, la santé est plus taxée qu'un produit de luxe. En 2026, le taux de fiscalité est de 16,1% pour les contrats responsables et de 23,1 % pour les contrats non responsables. Ce taux a été multiplié par 8 en 25 ans, passant de 1,75% à 16,1%.

Le principe même de cette taxe est illégitime, car personne ne choisit d'être malade et d'avoir besoin de soins.

En plus d'être illégitime, la TSA est injuste. C'est une TVA sur la santé qui ne dit pas son nom : en ne tenant pas compte des revenus des personnes qu'elle frappe, elle pèse proportionnellement plus lourdement sur les revenus les plus bas.

D'autre part, étant assise sur la cotisation mutualiste des adhérent.es, elle pèse davantage sur les plus âgé.es ou les plus malades. Donc, plus on a besoin de soins, plus on est taxé !

Enfin, les exclu.es de l'ANI³⁶ ne bénéficient pas de la prise en charge partielle de leur employeur. **Pour 100 euros de cotisations, un salarié du privé couvert par un contrat collectif s'acquittera de 7,05 euros de TSA** (14,1 % de 50 euros, l'autre moitié étant prise en charge par l'employeur). **Pour le même niveau de cotisation, un indépendant, une personne sans emploi ou un.e retraité.e s'acquittera du double, soit 14,10 euros de TSA.**

C'est pourquoi les Mutuelles de France appellent à la suppression de cette taxe.

C'est pourquoi les Mutuelles de France ont identifié et objectivé les trois marges de manœuvre à même de faire baisser la cotisation mutualiste : arrêter les transferts des prises en charge, renforcer la prise en charge de l'Assurance maladie sur des soins essentiels (RAC 0) et réduire ou abroger la fiscalité injuste et illégitime qui pèse sur les cotisations mutualistes.

Ces marges de manœuvre ne pourront être retrouvées que si la Sécurité sociale est financée à la hauteur des besoins, pour garantir le plus haut niveau de protection possible par la solidarité nationale. Le financement est central dans la perspective du renforcement du couple Sécu-mutuelle et constitue un préalable pour instaurer « la Sécu, vraiment ! ».

À ce stade, et conformément aux principes évoqués précédemment, les Mutuelles de France n'identifient pas le niveau des montants qu'il faudrait replacer auprès de l'AMO, car les besoins doivent définir les moyens, et non l'inverse.

36 L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 prévoit une complémentaire santé obligatoire en entreprise avec une participation de l'employeur à la cotisation. Il est entré en vigueur en 2016.

4. Renforcer la sécurité sociale nécessite de renforcer ses recettes

Le déficit de la Sécurité sociale est souvent présenté comme étant structurel au regard de l'évolution des besoins de santé et des réalités démographiques de la France. Face à cette « réalité budgétaire », les gouvernements successifs ont cessé de donner à la Sécurité sociale son objectif originel : permettre à chacun.e de vivre collectivement et dignement en société. À l'inverse, leur boussole a été de couper les dépenses pour « équilibrer les comptes ».

Pourtant, ce « trou de la Sécurité sociale » a été artificiellement créé. Les recettes qui lui sont allouées ont été volontairement asséchées et détournées pour mener une politique de marché et dite de « baisse du coût du travail » par un déploiement massif d'exonérations de cotisations sociales. Leur volume a presque été multiplié par 4 en 20 ans³⁷. À cela s'ajoutent 15,5 milliards d'euros de coût net des exemptions de cotisations sociales en 2025³⁸. Au regard des objectifs affichés, ces choix politiques ne sont pas probants. À mesure que ces exonérations et exemptions ont progressé, les moyens alloués à la Sécurité sociale ont donc diminué, alors que les besoins n'ont cessé d'augmenter. Mathématiquement, un différentiel entre recettes et dépenses s'est créé, ce qui a conduit à bâtir artificiellement un déficit de la Sécurité sociale.

Une remise en perspective des aides publiques aux entreprises que sont les exonérations de cotisations sociales et exemptions d'assiette invite à relativiser le montant du déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale.

Les exonérations de cotisations sociales

• Les exonérations de cotisations sociales (compensées ou non) représentent **71,8 milliards d'euros en 2025**.³⁹ Si presque l'intégralité est compensée par une part du produit de la TVA, ce qui revient à faire payer aux ménages les cotisations sociales des entreprises, une

partie demeure non compensée, année après année, contrairement à ce que prévoit la loi depuis 1994.⁴⁰

• 2,8 milliards d'euros d'exonérations non compensées en 2022, 2,7 milliards en 2023, puis à nouveau 2,8 milliards en 2024 et 2025. Depuis la crise de la Covid, **c'est donc un manque à gagner cumulé de 11,1 milliards d'euros pour la Sécurité sociale.** Ramené par année, cela représente respectivement 14,3 % du déficit de la Sécurité sociale en 2022, 25 % en 2023, 18,3 % en 2024 et 13 % en 2025.

• Avec un strict respect du principe initial de compensation à l'euro près, le déficit de la Sécurité sociale aurait alors diminué à la hauteur de ces exonérations non compensées. Cela aurait permis une trajectoire de retour à l'équilibre par les recettes, sans appliquer de remboursements.

• Si la majorité de ces dispositifs fait l'objet d'une compensation, leur développement conduit cependant à substituer progressivement des recettes fiscales aux cotisations sociales, ce qui rend le financement de la protection sociale davantage dépendant des décisions budgétaires de l'État.

37 sénat, « commission d'enquête sur l'utilisation des aides publiques aux grandes entreprises et à leurs sous-traitants », juillet 2025. « le coût des allègements de cotisations employeur a augmenté de manière considérable depuis vingt ans : il est passé de 21 milliards d'euros en 2005 à 77 milliards d'euros en 2024 pour le régime général », soit une multiplication par 3,7 en 20 ans. en rajoutant les exemptions, ces dispositifs représentent à eux seuls près de la moitié des 211 milliards d'euros d'aides publiques accordées aux entreprises.

38 Annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

39 Annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

40 Article l131-7 du code de la sécurité sociale : « toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale (...) donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'état pendant toute la durée de son application. »

POURQUOI LA TVA DITE « SOCIALE » FRAGILISE-T-ELLE LE FINANCEMENT SOLIDAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Le financement de la protection sociale repose de manière croissante sur des recettes fiscales, pour compenser les exonérations de cotisations sociales, en particulier par des fractions de TVA assises sur la consommation, donc sur les ménages, plutôt que par des recettes assises sur le travail et la richesse produite.⁴¹ Cette substitution n'est pas neutre.

La TVA présente une injustice sociale particulière. Parce qu'elle est assise sur la consommation, elle ne tient pas compte de la capacité contributive de chacun. Les ménages qui consacrent la plus grande part de leurs revenus à leurs dépenses courantes la supportent proportionnellement davantage. **Présenter la TVA comme une ressource « sociale » est une antiphrase : un tel dispositif revient, en fait, à faire financer la protection sociale par les consommateurs sur tous leurs achats à la place des employeurs.**⁴²

Les cotisations sociales constituent une part socialisée du salaire : elles ouvrent des droits et permettent de mutualiser le financement de la protection contre les risques de la vie. Leur remplacement par des recettes fiscales rend les ressources de la Sécurité sociale encore moins autonomes et davantage dépendantes des arbitrages budgétaires de l'État.

Cette fongibilité des budgets de l'État et de la Sécurité sociale est dangereuse. Elle conduit à remettre entre les mains du ministère de l'Économie et des Finances des arbitrages d'enjeux de santé publique. Pire, elle permet à l'État de décider à tout moment de suspendre certaines recettes pour la Sécurité sociale, les rendant fragiles et temporaires. L'article 3 de la loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2020 a en ce sens introduit de nouvelles dérogations à l'obligation de compensation, en prévoyant l'absence de compensation sur certaines exonérations liées aux heures supplémentaires ainsi qu'au forfait social sur l'intéressement et la participation.

Les exemptions de cotisations sociales

- Le coût net des exemptions de cotisations sociales est estimé pour 2025 à **15,5 milliards d'euros**.⁴³ Contrairement aux exonérations de cotisations sociales, l'article L131-7 du code de la Sécurité sociale ne prévoit aucune obligation de compensation intégrale. Elles ne sont par conséquent pas compensées et représentent une perte sèche pour la Sécurité sociale.

- Même le Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS)⁴⁴, organe pourtant rattaché au Premier ministre, appelle à **garantir l'intégrité de l'assiette de contribution et fait de ce point un des**

grands principes de financement à réaffirmer. Il rappelle que « *la dynamique de recettes peut être durablement limitée par les exemptions d'assiette* ».

- Enfin, là où les exonérations de cotisations sociales ouvrent des droits, mais sans contribution, les exemptions, au-delà de leur coût, diminuent ces droits sociaux pour les assurés concernés, notamment en matière d'indemnités journalières et de retraite.

En 2025, près de 85 % du déficit de la Sécurité sociale est dû aux exonérations de cotisations sociales et exemptions d'assiette

41 Sécurité sociale, « rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale », mai 2026. « dans la contribution des ménages au financement de la sécurité sociale, seulement 17,8 % relèvent de la cotisation sociale, contre 34,7 % d'impôts et de taxes affectées. »

42 Sécurité sociale, « rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale », mai 2026. les ménages financent les administrations de sécurité sociale à hauteur de 52,2 % en 2023, contre 47,5 % pour les employeurs (page 14).

43 Annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

44 HCFiPS, « note sur l'état des lieux du financement de la sécurité sociale », janvier 2026.

- Les 15,5 milliards d'euros de coût net des exemptions de cotisations sociales et les 2,8 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales non compensées représentent **18,3 milliards d'euros en 2025**. Or, la même année, le déficit de la Sécurité sociale s'élève à 21,6 milliards d'euros, et à 15,9 milliards d'euros pour la branche Maladie.

- Ces aides publiques allouées aux entreprises représentent donc **84,72 %** du déficit de la Sécurité sociale. Le coût net des exemptions d'assiette, à lui seul, représente la quasi-totalité du déficit de la branche Maladie (**97,48 %**).

**FAIRE LA SÉCU,
VRAIMENT**



Les scénarios proposés sur l'avenir de notre protection sociale sont une impasse : réduire la part socialisée pour répondre aux besoins de santé ne garantira pas la pérennité d'un système solidaire, mais provoquera sa chute. Poser l'avenir de notre système de santé sous le seul angle de l'articulation entre financeurs n'emporte aucune réponse globale aux défis qui nous incombent pour rendre effectif le droit à la santé, partout et pour toutes et tous.

Assurer la pérennité de notre modèle social doit reposer sur le renforcement des capacités de la solidarité nationale à mettre en sécurité sociale la population. **Notre mouvement mutualiste ne craint pas le renforcement de la Sécurité sociale, au contraire : nous sommes avant tout, et depuis toujours, ses militants. C'est pourquoi les Mutuelles de France défendent « la Sécu, vraiment ! »**. Au-delà du renforcement de ses ressources, la Sécurité sociale doit aussi être confortée dans son rôle indispensable d'organisateur de la solidarité nationale et de régulateur de notre système de santé.

« La Sécu, vraiment ! » appelle à mener effectivement et au grand jour la réflexion sur les besoins que nous voulons couvrir collectivement pour garantir une réponse de solidarité nationale. En conséquence, elle emporte la question des ressources pérennes et justes que nous souhaitons socialiser.

Elle rappelle que la réponse solidaire aux besoins ne peut se penser sous le seul prisme, pourtant essentiel, de la baisse du reste à charge des ménages ou du choix des financeurs pour y parvenir. Pour que chacun.e puisse vraiment être pris en charge selon ses besoins de santé, le débat doit en effet ne pas esquiver l'enjeu de l'offre de soins, de son organisation, de l'accès à la santé.

Cela implique des choix politiques déterminés et forts en faveur de l'hôpital public, pour le sortir de la situation de faillite et de surchauffe inacceptable dans laquelle il a été placé. Parallèlement, l'organisation et le développement de l'offre de premier recours doivent permettre de ne plus faire de la recherche d'un professionnel de santé un parcours du combattant.

Faute de quoi, la protection sociale et l'offre de soins seront abandonnées exclusivement à des logiques de marché entravant le droit à la santé de chacune et chacun. À ce titre, le développement à grands pas de la financiarisation du système de santé doit collectivement nous interroger. Bien au-delà des logiques, déjà contestables, de privatisation, la financiarisation marque un changement de propriété : elle remet les décisions entre les mains

de structures spéculatives ayant pour unique objectif de générer des dividendes en détournant les cotisations sociales, et, plus largement, les aides publiques, de leur finalité. Les effets délétères de cette dérive ne sont plus à démontrer, en témoignent les enquêtes publiées sur Orpéa, People&Baby (*Les fossoyeurs* et *Les orgres* de V. Castanet), ou Ramsey (*La spéculation immobilière au coeur du système de santé*, CFDT-Santé-sociaux et cabinet Cictar) .

Pour mener à bien cette organisation globale et solidaire de notre système de santé, la gestion de la Sécurité sociale ne peut plus reposer sur un « objectif national de dépense de l'assurance maladie » (ONDAM) qui n'est autre qu'une enveloppe budgétaire annuelle calculée comptablement et systématiquement sous-évaluée par rapport à la trajectoire estimée de couverture des besoins. Les grandes lignes de l'évolution des besoins de santé de la population sont prévisibles et documentées à moyen terme. Une approche pluriannuelle permettra d'anticiper l'évolution des besoins de santé et de déployer les moyens nécessaires pour y répondre durablement.

« La Sécu vraiment ! », c'est une Sécurité sociale de haut niveau qui, avec le complément des mutuelles, apporte une réponse globale, cohérente et durable aux besoins de santé de la population.

« La Sécu, vraiment ! » est une boussole politique pour tendre vers le projet de société que les Mutuelles de France défendent. Le débat qui nous occupe doit nous permettre de dessiner la société française dans laquelle nous voulons vivre.

Pour que chacune et chacun continue de contribuer selon ses moyens et reçoive selon ses besoins, les Mutuelles de France ont identifié une série de propositions afin de reprendre vraiment le chemin de la Sécurité sociale.

ASSURER DES RESSOURCES JUSTES ET PÉRENNES À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN VUE DE GARANTIR UN HAUT NIVEAU DE PROTECTION EN SANTÉ

PROPOSITION N° 1 (MESURE D'URGENCE)

APPLIQUER EFFECTIVEMENT L'OBLIGATION DE COMPENSATION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES

La compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales est une obligation, dont le principe a été remis en cause ces dernières années. Les Mutuelles de France appellent à revenir sur ces dérogations pour garantir une compensation à l'euro près, la non-compensation ayant asséché les recettes de la Sécurité sociale de milliards d'euros ces dernières années. Cette exigence de compensation constitue toutefois une réponse immédiate à une situation héritée de plusieurs décennies de politiques d'exonérations. Il s'agit d'une mesure d'urgence qui ne peut constituer une solution satisfaisante à long terme si l'objectif est bien d'assurer des recettes justes et pérennes. En effet, ces exonérations sont compensées par la TVA dite « sociale ». L'encadré qui y est consacré dans ce rapport démontre son caractère foncièrement injuste. Par ailleurs, ces mécanismes de compensation encouragent une fongibilité des budgets de l'État et de la Sécurité sociale, qui fragilise la pérennité des ressources de la Sécurité sociale. C'est pourquoi les Mutuelles de France proposent ci-dessous d'autres pistes pérennes de financement qui pourraient être déployées à plus long terme.

PROPOSITION N° 2

METTRE FIN PROGRESSIVEMENT AUX EXEMPTIONS DE COTISATIONS SOCIALES POUR ÉLARGIR L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES

Le mécanisme d'exemption réduit l'assiette des cotisations sociales, et, par conséquent, les recettes de la Sécurité sociale. Son coût net est estimé à 15,5 milliards d'euros pour 2025, contre un déficit de la Sécurité sociale à 21,6 milliards d'euros, dont 15,9 milliards d'euros pour la seule branche Maladie. C'est pourquoi les Mutuelles de France appellent à un retour à l'équilibre économique par l'augmentation des recettes en mettant en place une trajectoire de fin de ces exemptions.

PROPOSITION N° 3

RATIONALISER, À MOYEN TERME, LES DISPOSITIFS D'EXONÉRATIONS DE COTISATIONS EN VIGUEUR

Les rapports Guedj-Ferracci et Bozio-Wasmer démontrent qu'une partie des exonérations de cotisations sociales ont des effets limités, voire nuls, sur l'emploi. Si les allègements ciblés sur les bas salaires peuvent avoir un effet sur l'emploi, appliquer des exonérations sur les salariés payés entre 2,5 et 3,5 SMIC ne conduit pas mécaniquement une entreprise à créer un emploi supplémentaire. D'autre part, plusieurs dispositifs apparaissent insuffisamment efficaces au regard de leur coût. Par exemple, la forte concentration des exonérations autour du SMIC peut freiner la progression des salaires, en raison de la diminution progressive des exonérations. Ce mécanisme entretient un risque de « trappe à bas salaires », en décourageant les augmentations, les promotions et l'investissement dans les qualifications.

Il apparaît essentiel de rationaliser ces dispositifs, pour obtenir des gains d'efficience sur la dépense publique d'une part, et pour renforcer durablement les recettes solidaires de la Sécurité sociale d'autre part.

PROPOSITION N° 4

FAIRE CONTRIBUER L'ENSEMBLE DES RICHESSES CRÉÉES AU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Depuis les années 1990, la contribution des ménages au financement de la protection sociale s'est accentuée. Depuis 2019, les ménages contribuent plus que les employeurs (publics et privés) à ce financement : 52,5 % en 2023, contre 47,5 %⁴⁵. Dans cette contribution des ménages, seulement 17,8 % relèvent de la cotisation sociale, contre 34,7 % d'impôts et de taxes affectées. Cette dynamique s'explique par le développement des dispositifs d'exonérations de cotisations sociales et les compensations associées, ainsi que par la mise en place de la CSG, à laquelle les employeurs ne contribuent pas.

De plus, la transformation de l'économie a progressivement dissocié création de richesse et masse salariale : financiarisation des entreprises, automatisation, développement des actifs immatériels et rémunération croissante du capital permettent aujourd'hui de dégager des profits et de la valeur ajoutée sans progression équivalente de l'emploi ni des salaires. Cette transformation vient percuter les modalités de contribution des entreprises au financement de la protection sociale.

Enfin, les entreprises se désengagent du financement, alors même que l'impact du travail sur la santé des travailleurs est massif. Comme évoqué précédemment, les troubles musculosquelettiques (TMS) ont augmenté de plus de 1 000 % en 30 ans. Selon la FNATH, 2,4 millions de travailleurs français sont quotidiennement exposés à des substances cancérogènes sur leur lieu de travail. Sans évoquer la souffrance psychique au travail, les maladies professionnelles et accidents du travail (AT-MP), l'impact du travail de nuit, le scandale de l'amiante, etc. Le travail a un impact considérable sur les besoins de santé : à ce titre, le désengagement des employeurs du financement de la protection sociale ne peut se justifier.

Pour prendre en compte ces réalités et continuer à répondre solidairement aux besoins de santé, **les Mutuelles de France appellent à faire contribuer la totalité de la valeur ajoutée créée dans les entreprises. Elles proposent d'élargir l'assiette des cotisations au-delà de la masse salariale en faisant contribuer le patrimoine et le capital des entreprises, notamment pour prendre en compte les gains de productivité liés aux nouvelles technologies.** Cette mesure apporterait de nouvelles ressources et permettrait de rétablir une équité entre entreprises dans leur contribution. Cette remise à plat doit permettre également d'apporter les ressources nécessaires au Ségur, nécessaire, mais non financé.

PROPOSITION N° 5

AUGMENTER L'ASSIETTE PAR L'ÉGALITÉ SALARIALE FEMME-HOMME

Les Mutuelles de France appellent les pouvoirs publics à prendre une série de mesures pour garantir l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. En plus de répondre à un enjeu fondamental d'égalité, ces mesures permettraient d'augmenter les recettes justes et pérennes pour la Sécurité sociale. *« À titre d'illustration, toutes choses égales par ailleurs, et d'un point de vue purement comptable, augmenter la rémunération des femmes de 5 % augmenterait les recettes de la sécurité sociale d'un peu moins de la moitié de ce taux, soit environ 15 milliards d'euros »*, selon le rapport sénatorial « Sécurité sociale : la boîte à outils du Sénat » de septembre 2025.

⁴⁵ sécurité sociale, « rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – édition 2026 », « annexe 1 – financement », juin 2026.

FAIRE VIVRE UN DROIT EFFECTIF À LA SANTÉ

PROPOSITION N° 6

SUPPRIMER LA TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE (TSA) SUR LA SANTÉ

Les Mutuelles de France appellent à la suppression de la TSA. Assise sur la cotisation des adhérent.es et non sur le résultat de l'organisme assurant la couverture, elle représente une barrière à l'accès aux soins. Elle est une TVA sur la santé illégitime et injuste, qui taxe le fait d'être malade et de vieillir.

PROPOSITION N° 7

SUPPRIMER LES FRANCHISES MÉDICALES ET LES PARTICIPATIONS FORFAITAIRES

Les franchises médicales et participations forfaitaires représentent des barrières financières à l'accès aux soins. De surcroît, elles pèsent plus lourdement sur les plus malades et sur les plus précaires, comme l'a souligné une récente étude de la DREES⁴⁶. Ces franchises médicales et participations forfaitaires sont pensées comme des outils de « responsabilisation des patient.es », alors qu'elles s'appliquent sur une consommation de biens et services médicaux soumis à prescription médicale, que les patient.es ne choisissent donc pas. C'est un non-sens. La Cour des comptes a également rappelé récemment que ces mesures n'ont pas fait la preuve de leur « responsabilisation » sur les assuré.es sociaux⁴⁷. Ce constat est logique : **responsabiliser n'est pas culpabiliser**. Cette suppression pourrait se concentrer dans un premier temps sur les patient.es en statut d'ALD, qui sont frappés le plus durement et le plus injustement par ces mesures, puis devra se généraliser à l'ensemble de la population.

PROPOSITION N° 8

ENRAYER LES DÉPASSEMENTS TARIFAIRES PAR UNE RÉGULATION GARANTISSANT L'OPPOSABILITÉ DES TARIFS

Les dépassements tarifaires représentent 20,7 milliards d'euros, en 2024, de barrières financières à l'accès aux soins à la charge des patient.es ou de leur mutuelle. Leur dynamique ne pourra être enrayerée que par une régulation renforcée, reposant sur une volonté politique forte.

Les dépassements d'honoraires représentent un enjeu de taille, tant pour l'accès aux soins que pour la diminution des restes à charge. De son côté, le HCAAM rappelle que leur prise en charge par les mutuelles ne peut être envisagée, car une telle mesure favoriserait une spirale inflationniste. Plus globalement, les dépassements tarifaires, incluant les dépassements d'honoraires, mais aussi les dépassements de tarifs relatifs aux produits de santé, ne sont pas légitimes, dès lors que le tarif opposable est défini au juste prix. L'enjeu de la régulation est de revaloriser les actes des professions de santé et les produits de santé dont les tarifs seraient insuffisants. À l'inverse, des pratiques tarifaires excessives ont été identifiées et documentées : il convient de les restreindre, et même de les interdire. Cette dynamique de régulation implique un objectif d'extinction du secteur 2. En particulier, mettre fin immédiatement aux dépassements d'honoraires sur les actes de dépistage et actes associés permettrait de renforcer l'accès à la prévention, tout en luttant contre les inégalités économiques en santé.

⁴⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (drees), « dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? », 18 février 2026.

⁴⁷ Cour des comptes, « rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », mai 2026.

PROPOSITION N°9

GÉNÉRALISER (VRAIMENT) LE TIERS PAYANT

L'accès aux soins ne doit pas dépendre de la capacité des patient.es à avancer les frais. C'est pourquoi les Mutuelles de France promeuvent et pratiquent le tiers payant sur la part complémentaire depuis la mise en place de la Sécurité sociale. Aujourd'hui, les complémentaires santé au travers de l'Inter AMC⁴⁸ et l'assurance maladie obligatoire ont largement fait leur part du chemin vers la généralisation du tiers payant. Les derniers freins à celle-ci ne sont pas opérationnels, mais sont liés à des postures de principes de certaines organisations de professionnels de santé. Parce qu'un plein accès aux soins passe par une complète dispense d'avance des frais pour les patient.es, les Mutuelles de France demandent que l'ensemble des professions de santé soit mis en responsabilité de l'effectivité du tiers payant, et que soit inscrit dans la loi, au bénéfice de l'ensemble des patient.es, un droit au tiers payant opposable devant les professionnels de santé.

48 L'inter amc est un organisme qui sert de point d'entrée unique entre les professionnels de santé ou établissements, et l'ensemble des complémentaires santé pour les procédures de tiers payant et les remboursements de soins.

RENFORCER LE COUPLE SOLIDAIRE SÉCU-MUTUELLE POUR RÉDUIRE LES RESTES À CHARGE ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

PROPOSITION N° 10

RÉINTÉGRER DANS LE CHAMP DE LA SÉCURITÉ SOCIALE LES PRISES EN CHARGE MASSIVEMENT TRANSFÉRÉES VERS LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Une « Sécu, vraiment ! » suppose de revenir sur les principaux transferts de dépenses opérés au cours des dernières années, notamment dans les secteurs dentaire et hospitalier, sans concertation ni justification sanitaire. Ces transferts se sont encore accentués dans le courant de l'été 2026, sur les soins de ville et les médicaments, pour un montant de 1,5 milliard d'euros. Ces dépenses répondent pourtant à des besoins de santé : ils doivent, à ce titre, relever prioritairement de l'Assurance maladie. Les mutuelles doivent agir en complément, et non en remplacement de la Sécurité sociale.

Concernant le soi-disant « 100 % Santé », réforme mise en œuvre par le Gouvernement, mais prise en charge très majoritairement par les complémentaires santé, l'objectif doit être le rétablissement d'une articulation équilibrée entre assurance maladie et complémentaire. L'Assurance maladie doit prendre en charge le socle relevant de la solidarité nationale, tandis que les mutuelles interviennent sur le ticket modérateur de droit commun, toujours en complément et non en remplacement de la Sécurité sociale.

PROPOSITION N° 11

CONDITIONNER L'ENTRÉE EN VIGUEUR DES AVENANTS CONVENTIONNELS À LA SIGNATURE DE L'UNOCAM LORSQUE LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ SONT FINANCEURS MAJORITAIRES

Actuellement, l'entrée en vigueur d'un accord conventionnel est conditionnée à la signature de l'Assurance maladie obligatoire, qu'elle soit financeuse minoritaire ou majoritaire, ce qui n'est pas le cas pour l'Union Nationale des Complémentaires Santé (UNOCAM). Or, il serait légitime qu'elle intervienne dans la négociation des conventions des professions dans lesquelles le financement des organismes complémentaires est majoritaire (comme dans le champ du 100 % Santé).

PROPOSITION N° 12

RÉFORMER LE CONTRAT RESPONSABLE POUR LUI REDONNER DU SENS

Le contrat responsable trouve sa justification lorsqu'il permet de garantir, par les mutuelles, une prise en charge solidaire de certains besoins de santé, en complément de la Sécurité sociale. Mais cet outil a progressivement été détourné de sa finalité pour devenir le support juridique du Gouvernement permettant d'imposer, par voie réglementaire, une automaticité des transferts de dépenses de la Sécurité sociale vers les mutuelles. Les mutuelles se voient imposer des périmètres et des niveaux de prise en charge qu'elles ne déterminent plus elles-mêmes. Ces transferts ont pourtant une conséquence directe sur le niveau de la cotisation payée par les adhérents. Les Mutuelles de France appellent à réformer le contrat responsable afin qu'il retrouve sa vocation initiale, en excluant toute extension systématique ou automatique des obligations de prise en charge. Les mutuelles retrouveraient ainsi une capacité d'innovation, qui est aujourd'hui trop restreinte du fait de l'automaticité de ces transferts. À titre d'exemple, les mutuelles ont pris en charge les séances chez le psychologue ou des moyens de contraception innovants bien avant la Sécurité sociale. Redonner une capacité d'innovation permettrait de renforcer le sens du couple solidaire Sécu-mutuelle.

PROPOSITION N° 13

FLÉCHER LES AIDES PUBLIQUES VERS LES STRUCTURES DE SOINS NON LUCRATIVES

Les mutuelles agissent en faveur de la réduction des restes à charge, mais aussi en faveur de l'organisation d'une réponse globale d'accès à la santé de la population, à travers le déploiement de services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM). Ces SSAM sont des acteurs pleinement engagés dans la lutte contre les inégalités sociales, économiques et territoriales en santé, en proposant une offre de soins sur l'ensemble du territoire à tarif opposable (en secteur 1). Ils contribuent au développement d'une offre solidaire et régulée, aux côtés d'autres acteurs non lucratifs. Toutefois, des aides publiques sont allouées aux structures de soins sans aucune différence entre ces structures non lucratives et lucratives, notamment financiarisées. Pourtant, ces acteurs lucratifs financiarisés ne contribuent pas à la régulation de l'offre. Ils s'implantent là où les territoires sont rentables, ne proposent pas toujours une offre à tarif opposable et ne participent pas à la permanence des soins. Notons également que les aides publiques qui leur sont allouées viennent alimenter leur rendement financier et les dividendes versés, parfois en dehors du territoire français, certains étant détenus par des fonds d'investissement étrangers. Ces aides publiques, qui représentent de l'argent socialisé, sont captées au profit de logiques individuelles, là où elles sont rendues à la collectivité par les SSAM. Il est donc urgent de flécher les aides publiques issues de la solidarité nationale en faveur des structures non lucratives qui ne sont pas rattachées à des entités lucratives (système de faux-nez). Ce fléchage permettra de renforcer une offre de soins régulée et solidaire ainsi que les moyens alloués dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales, économiques et territoriales en santé.

PROPOSITION N° 14

CONSTRUIRE UN PARTENARIAT ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MUTUELLES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ PUBLIQUE

La France ne manque pas d'acteurs engagés dans la prévention et la promotion de la santé. Elle manque davantage d'une véritable politique de santé publique, structurée autour d'objectifs partagés, dotée de moyens identifiés et inscrite dans la durée. Trop souvent, les annonces se succèdent sans que leur mise en œuvre ne s'accompagne des financements, de la coordination et de l'évaluation nécessaires. La prévention demeure éclatée entre de multiples acteurs et dispositifs.

Selon la DREES, les dépenses de prévention s'élevaient à 8,7 milliards d'euros en 2024, soit 2,6 % de la dépense de santé, sans que ces investissements ne s'inscrivent toujours dans une stratégie commune et cohérente.

Construire une politique de santé publique suppose donc de définir collectivement des priorités et des objectifs à atteindre, en s'appuyant sur les données relatives à l'état de santé de la population, notamment celles produites par la DREES et Santé publique France. La prévention des maladies chroniques, des cancers évitables, des maladies cardiovasculaires ou encore du diabète doit faire l'objet d'orientations partagées, élaborées avec l'ensemble des parties prenantes et déclinées dans les territoires.

Les mutuelles doivent pleinement prendre part à cette construction collective, aux côtés des autres acteurs de la santé. Leur connaissance des populations qu'elles accompagnent, leur implantation territoriale et leur expérience en matière d'accompagnement constituent notamment des atouts pour développer des démarches d'« aller vers » auprès des populations les plus fragiles et les plus éloignées du système de santé. Cette dimension est essentielle : des politiques de prévention pensées sans tenir compte des inégalités sociales et territoriales risquent de bénéficier prioritairement aux publics déjà les mieux informés. Les démarches partenariales doivent permettre non seulement de coordonner les initiatives, mais aussi de mieux atteindre les populations qui restent aujourd'hui éloignées des dispositifs de prévention.

Cette élaboration collective doit enfin s'inscrire dans le temps long. Les besoins de santé auxquels notre système doit répondre sont, pour une large part, connus et documentés : ils ne peuvent être traités au gré d'annonces ponctuelles et d'arbitrages budgétaires annuels. Une véritable politique de santé publique suppose de fixer des objectifs pluriannuels qui dépassent largement le système de santé, d'organiser les moyens nécessaires à leur mise en œuvre et d'en évaluer collectivement les résultats. C'est à cette condition que la prévention pourra devenir un véritable axe structurant de notre politique de santé, plutôt qu'une succession d'initiatives dispersées.

FAIRE REPOSER LA « SÉCU, VRAIMENT » SUR UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ RENFORCÉE

PROPOSITION N° 15

TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE SANTÉ SANS DÉCONCENTRER LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Les projets régionaux de santé doivent devenir de véritables espaces de définition et de coordination des priorités territoriales de santé publique. Ils doivent associer les mutuelles, les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les représentants des patient.es et les structures non lucratives aux politiques de prévention, d'éducation thérapeutique et d'organisation territoriale de l'offre de soins. Cette territorialisation ne doit toutefois pas conduire à transférer aux territoires la responsabilité du financement des besoins qui relèvent de la solidarité nationale. Le financement des droits et des prises en charge doit rester garanti au niveau national, afin d'assurer une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et organiser au mieux la solidarité. Les agences régionales de santé doivent disposer de moyens spécifiquement alloués en fonction des besoins sanitaires et sociaux de chaque territoire, pour favoriser les investissements dans les structures non lucratives de soins de premier recours. Les priorités territoriales doivent être déconcentrées dans leur mise en œuvre, sans que les ressources nécessaires à leur financement dépendent des capacités budgétaires propres de chaque territoire.

PROPOSITION N° 16

PERMETTRE À CHAQUE ASSURÉ.E SOCIAL.E DE POUVOIR CONNAÎTRE LE COÛT RÉEL DES SOINS

Chaque assuré.e social.e doit pouvoir connaître le coût réel des soins dont il bénéficie ainsi que la part financée respectivement par l'Assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Cette information pourrait être rendue accessible à travers des décomptes communs ou coordonnés retraçant clairement l'intervention de chaque couverture. Cette mesure ne poursuit aucun objectif de culpabilisation : elle relève au contraire d'une démarche d'éducation populaire visant à mieux faire connaître le fonctionnement solidaire du système de santé et les mécanismes de mutualisation entre bien portants et malades, actifs et retraités, hauts et faibles revenus. Cette information permettrait à chacun.e d'être au fait de l'articulation entre la prise en charge obligatoire et complémentaire et de la définition du périmètre de soins pris en charge. Elle donnerait à chacun.e les moyens d'apprécier les décisions politiques visant, le cas échéant, à faire évoluer cette répartition.

ANNEXES



Annexe n°1 - Mesures impactant les OCAM (en Milliards d'€) de 2018 à 2026

Présentation : cette annexe identifie, de 2018 à 2026, les principales mesures décidées par les pouvoirs publics ayant augmenté le volume des prises en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), et donc les cotisations. Elle démontre que la fiscalité, le surcoût engendré par la réforme dite du "100 % Santé" et les transferts de prises en charge de l'Assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé sont les 3 principales mesures ayant impacté les OCAM, et, in fine, les ménages.

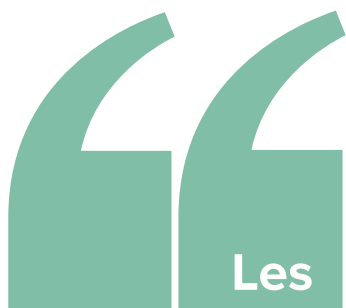
Mesures impactant les OCAM (en Md€)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2018-2026
Taxes										
Taxe de solidarité additionnelle (TSA)	5	5,1	5,1	5,3	5,4	5,7	6,1	6,3	6,6	50,6
Forfait patientèle médecin traitant (FPMT)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	3,1
Taxe exceptionnelle			1	0,5					1,1	2,5
Total taxes (TSA + FPMT + taxe exceptionnelle)	5,3	5,4	6,4	6,1	5,7	6	6,5	6,7	8,2	56,3
Commentaires : De 2018 à 2024, le rendement de la TSA et du FPMT est disponible dans le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC. Pour 2025 et 2026, il s'agit des prévisions PLFSS (annexe 3).										
Transferts de prise en charge de la Sécurité vers les OCAM										
Passage du TM dentaire de 30 à 40 %						0,125	0,5	0,5	0,5	1,625
Tarifs et forfaits hospitaliers										
Passage du forfait hospitalier de 18 à 20€	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	1,62
FJH + TNJP + FPU									0,43	0,43
Total transferts hospitaliers	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,61	2,05
Total transferts	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,305	0,68	0,68	1,11	3,675
Commentaires : Pour 2025 et 2026, le transfert sur le TM dentaire est reporté sans prendre en compte l'évolution naturelle de la dépense de santé. Le montant réel est sans aucun doute plus élevé. Pour le reste des transferts en 2026, il s'agit de prévisions.										
Réforme du RAC 0										
Optique				0,16	0,17	0,16	0,16	0,16	0,16	0,97
Audiologie				0,35	0,29	0,31	0,28	0,28	0,28	1,79
Dentaire				1,9	2,1	2,3	2,3	2,3	2,3	13,2
Total du coût sur les 3 postes				2,41	2,56	2,77	2,74	2,74	2,74	15,96
Commentaires : De 2021 à 2024, les montants de la prise en charge du panier "100 % Santé" par les OC sont disponibles dans les rapports annuels de la DREES sur la situation financière des OC. Pour 2025 et 2026, les montants sont reportés sans prendre en compte l'évolution naturelle de la dépense de santé.										
Nouvelles prestations prises en charge par les OC							0,2			
TM test Covid										0,2
Prothèse capillaire									0,016	0,016
Fauteuil roulant									0,04	0,04
Protection périodique réutilisable									0,062	0,062
Total du coût										0,318
Commentaires : Pour le TM sur les tests Covid, l'estimation est fiable pour 2024, mais complexe à déterminer pour 2025 (recul des besoins). Pour les prothèses capillaires et fauteuils roulants, il s'agit du surcoût engendré par la réforme (sans intégration de la part déjà prise en charge avant). Pour les protections périodiques réutilisables, la réforme n'est pas encore entrée en vigueur : le coût en année pleine est quand même mentionné. Ces prises en charge sont par ailleurs amenées à augmenter au fil des années, avec l'évolution naturelle des besoins de santé.										
Évolutions conventionnelles										
Chirurgiens-dentistes								0,23		0,23
Avenant n°1 (2024-2028) - Mise en place de l'EBD										
Médecins généralistes						0,1				0,1
Règlement arbitral										0,3
Nouvelle convention médicale 2024-2029								0,3		
Masseurs-kinésithérapeutes										
Avenant n°7								0,14		0,14
Infirmiers libéraux									0,03	0,03
Avenant n°11										
Pharmaciens										
Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine							0,02			0,02
Coût total des évolutions conventionnelles										0,82
Commentaires : Les montant indiqués sont les surcoûts entraînés par l'entrée en vigueur de nouveaux avenants ou conventions médicales. Ils s'étalent sur une période donnée, qui parfois diffère de la période étudiée (2018-2026).										
COÛT TOTAL OC	5,48	5,58	6,58	8,69	8,46	9,175	10,79	10,12	12,198	77,073
Commentaires : Pour le surcoût lié aux évolutions conventionnelles s'étalant sur plusieurs années, le montant total est attribué à l'année d'entrée en vigueur pour l'ensemble de l'exercice.										

Annexe n°2 - Prises en charge des complémentaires santé annoncées par la DREES et prises en charge réelles : une remise en perspective (en milliards d'€)													
	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Données observées	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats	Résultats
Montant des dépenses de santé	257,9	252,2	238	228,7	211	209,9	205,3	201	201,1	196,2	192	188,5	185,3
Montant des dépenses CSBM	254,8	249	235,8	226,7	209,2	208	203,5	199,3	198,5	194,6	190,6	186,7	183,6
Dépenses rectifiées branche maladie	253,3	243,7	249,2	235,4	240,2		213,8	208	200,7	197,1	193,2	189,1	184,7
Dépenses Sécurité sociale dans la CSBM	200,5	198	187,6	180,8	167	162,7	158,8	155,1	152,8	149,5	146,1	142	138,6
Dépenses des OCAM selon la DREES (CSBM)	32,5	30,9	29,8	29,2	25,7	27,9	27,3	26,3	26,4	26	25,7	25,7	25,2
Avec ajout du montant TSA	6,1	5,7	5,4	5,3	5,1	5,1	5	4,5	4,8	3,4	3,3	3,2	3,2
Avec ajout du montant du FPMT	0,4	0,3	0,3										
Total fiscalité OCAM non comptabilisée CBSM	6,5	6	5,7										
Avec ajout des dépenses hors CSBM pris en charge	3,1	3,2	2,2	2	1,8	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,4	1,8	1,7
Dépenses réelles des OCAM	42,1	40,1	37,7	36,5	32,6	34,9	34,1	32,5	32,8	31	30,4	30,7	30,1
Montant de la hausse des cotisations	3,5	2,4	1,2	1,2	-0,114	0,723	0,736	0,964	0,6	0,4	0,506	Non disponible	Non disponible
Résultat technique santé OCAM	0,752	-0,189	0,057	0,049	0,637	0,462	0,436	0,482	0,104	0,121	0,296	0,228	Non disponible
Reste à charge (RAC) pour les ménages	20	18,6	17	15,8	13,6	14,3	14,3	14,9	16,5	16,4	16,2	16,5	17,7

Cette annexe repart des chiffres utilisés par la DREES pour étudier la répartition des financements des dépenses de santé entre Sécurité sociale, complémentaires santé et ménages. Les chiffres concernant les organismes complémentaires sont retravaillés, pour y intégrer la taxe de solidarité additionnelle (TSA), le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et les prises en charge hors consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représentent des prises en charge réelles qui ne sont pourtant pas comptabilisées par la DREES dans la répartition entre financeurs. L'annexe remet en perspective de ces chiffres retravaillés le montant de la hausse des cotisations et le résultat technique des OC. La période étudiée commence en 2012, soit une année avant la réforme de l'ANI, et s'achève en 2024, dernière année où les chiffres officiels de la DREES sont disponibles.

Pour l'année 2024, les dépenses réelles des OCAM s'élèvent à 42,1 Md€. En effet, les organismes complémentaires ont pris en charge 32,5 Md€ de la dépense rentrant dans le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), auxquels il faut ajouter 6,5 Md€ de taxe de solidarité additionnelle (TSA) et de forfait patientèle médecin traitant (FPMT), et 3,1 Md€ de prise en charge hors CSBM.

Les sources des l'annexe n°1 et l'annexe n°2 :
Les rapports annuels de la DREES sur la situation financière des OCAM
Les comptes de la santé annuels de la DREES



Les Mutuelles de France, actrices engagées du mouvement mutualiste, militent pour une société solidaire et inclusive.

Dans l'intérêt général, leurs mutuelles et leurs établissements de soins à but non lucratif agissent pour l'égalité des droits et une protection sociale de haut niveau pour toutes et tous.

Elles contribuent à un accès universel à la santé tout au long de la **vie.**



La FMF est membre de la Fédération Nationale
de la Mutualité Française depuis l'unification
du mouvement mutualiste en 2002