



Contribution d'Action Patients aux travaux de la mission relative à la coordination entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire

Action Patients est un jeune collectif rassemblant une vingtaine d'associations de patients, engagées pour défendre les valeurs du soin. Mobilisé pour défendre **l'égalité d'accès à des soins de qualité**, *Action Patients* s'emploient notamment à **alerter les pouvoirs publics** et autres acteurs de la démocratie en santé sur **les dérives qui exposent les personnes malades aux risques d'une détérioration de notre système de santé et de notre protection sociale**.

Introduction

Au cours des vingt dernières années, la part des complémentaires santé dans les dépenses de soins est restée stable autour de **12–13 %**, mais cette apparente continuité masque une transformation profonde du secteur.

Les réformes — en particulier le **100 % santé** — ont élargi leur champ d'intervention, augmentant fortement les prestations à financer dans l'optique, le dentaire et l'audiologie. Dans le même temps, les **cotisations ont nettement augmenté**, sous l'effet d'un rythme de dépenses plus rapide que celui des recettes.

Si certains acteurs présentent le renforcement du rôle des complémentaires santé comme une solution pour soulager l'Assurance Maladie Obligatoire, les expériences étrangères montrent exactement l'inverse : **plus la part des assurances privées augmente, plus les inégalités, les coûts globaux et les inefficacités du système s'aggravent**.

La présente note explique, à partir du plaidoyer d'*Action-Patients* et des données internationales, pourquoi renforcer le rôle des complémentaires santé serait **délétère pour l'accès équitable aux soins, l'efficacité économique, la maîtrise des dépenses, la prévention et la qualité du système de santé**.

1 – Les complémentaires santé : un financement régressif et inéquitable

1.1. Elles introduisent de fortes inégalités de couverture

Selon la DREES, plus de **96 % des Français disposent d'une complémentaire santé**, mais les conditions de couverture diffèrent profondément selon qu'il s'agit d'un contrat collectif ou individuel, les seconds étant beaucoup plus coûteux et moins protecteurs.

En 2023, 7% des 20% les plus modestes ne sont pas couverts, contre 1% des 20% les plus aisés. Chez les chômeurs et les étrangers, la non-couverture avoisine les 10%.

Les complémentaires ne reposent pas sur la même logique de solidarité que l'Assurance maladie : elles pratiquent une mutualisation limitée et fixent leurs tarifs selon l'âge, les risques anticipés, le type de contrat, voire l'historique médical.

Action-Patients rappelle que les **déterminants sociaux de santé** influencent fortement l'accès aux soins : augmenter le rôle des complémentaires accentue donc mécaniquement les inégalités, car les populations vulnérables sont celles qui ont les contrats les plus faibles et les taux de renoncement aux soins les plus élevés.

À l'international, les systèmes basés sur une assurance privée dominante — **États-Unis, Suisse**, ou encore l'Allemagne pour les personnes orientées vers le régime privé — montrent tous une **segmentation forte du risque et des accès inéquitables**, comme le souligne l'OCDE.

1.2. Les personnes âgées, précaires et les malades chroniques sont les plus pénalisés

Les seniors et les patients atteints de pathologies chroniques sont ceux qui ont le plus besoin de soins, mais aussi ceux dont les primes complémentaires sont les plus élevées, comme l'indique le rapport de la mission d'information du Sénat sur le thème "Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français" remis en septembre 2024 (contrats individuels « seniors » en très forte inflation).

En 2024, la DREES relevait également la subsistance de profondes inégalités sociales, le taux de non-couverture demeurant élevé “parmi les chômeurs et les retraités modestes ainsi que, plus généralement, parmi les 10% d’individus au niveau de vie le plus faible”.

Action Patients rappelle que **25 millions de Français vivent avec une maladie chronique (probablement 30 millions en 2035)**, et que les dépenses associées sont nombreuses. Faire reposer davantage de leur prise en charge sur les complémentaires revient à **taxer la maladie** et à pénaliser les patients qui supportent, selon la DRESS, en moyenne 274€ de restes à charge et jusqu’à à 840 € pour les personnes en ALD. Ceci sans compter les restes à charge invisibles qui échappent aux statistiques publiques estimés à 1 557 € en moyenne par an et par personne et jusqu’à plus de 8 200 € pour les 10 % qui déclarent le plus de frais liés à leur santé par France Assos Santé en 2024.

2 – Un système plus coûteux pour la collectivité

2.1. Les complémentaires ont des frais de gestion beaucoup plus élevés

Le Sénat confirme que les **frais de gestion des complémentaires santé restent nettement plus élevés que ceux de l’Assurance maladie** et constituent un facteur d’inflation des cotisations.

Dans son rapport 2025 sur la situation financière des OCAM, la DREES relevait qu’en 2024, les charges de gestion de ces organismes avaient progressé de 5,8%, passant de 8,3 Mds€ à 8,8 Mds€. Les mutuelles dépensent davantage en frais commerciaux (marketing, gestion, distribution), coûts inexistant dans l’AMO.

Ainsi, lorsqu’une dépense est transférée de l’AMO vers les complémentaires, **elle coûte immédiatement plus cher au système dans son ensemble**, avant même le remboursement des soins.

2.2. Les assurances privées ne participent que marginalement à la régulation du système

Comme le souligne l’analyse du Cairn, **les complémentaires n’ont aucune capacité réelle de régulation de l’offre de soins** et ne contribuent pas à la pertinence des actes ni au pilotage du système.

Action-Patients rappelle pourtant que la France souffre déjà :

- d'une **multiplication d'actes inutiles** (25–30 % des actes, soit 50 Md €/an),
- d'un **défait massif de coordination**,
- d'une explosion des coûts liés aux retards de diagnostic, au défaut d'accompagnement, ou aux ruptures de parcours.

Confier davantage de pouvoir aux assurances privées ne règle aucune de ces défaillances systémiques : elles n'ont **ni les outils, ni le mandat, ni la légitimité**. La leur reconnaître reviendrait à faire peser sur les assurés et les structures de soins des exigences supplémentaires associées à des coûts de gestion augmentés.

2.3. Les expériences étrangères montrent que plus la part privée est élevée, plus les dépenses explosent

Les données comparatives OCDE et Human Rights Watch montrent que les pays où les assurances privées jouent un rôle déterminant (États-Unis, Afrique du Sud, certains segments allemands) ont les **coûts de santé les plus élevés au monde**, largement supérieurs à ceux des systèmes universels financés publiquement.

Les causes :

- inflation des primes,
- surcoûts administratifs majeurs,
- segmentation du risque,
- incitations financières encourageant des actes non pertinents.

Cette tendance haussière est, du reste, d'autant plus soutenue **lorsque le prix des biens et services de santé n'est pas ou peu régulé**.

En France, l'effet de **rentabilité excessive de certains secteurs privés** (biologie, dialyse) est d'ores et déjà démontré lorsque la logique financière supplante la logique médicale.

3 – Un risque de dégradation de la qualité et de la continuité des soins

3.1. Les pays à forte assurance privée voient émerger une santé à deux vitesses

L'expérience américaine est exemplaire : un système « à deux vitesses » où les traitements les plus innovants sont accessibles en fonction du type de contrat ou du niveau de franchise. L'OCDE note que ce modèle conduit à **des inégalités majeures d'accès, de morbidité et de mortalité**, même dans des pays riches.

Selon *Action-Patients*, la **pertinence des soins**, la **réduction des actes inutiles**, la **coordination des parcours** et la **qualité de l'accompagnement des patients** sont essentielles pour réduire les dépenses évitables. Aucune étude internationale n'indique que les assurances privées contribuent à ces objectifs — c'est, en fait, souvent l'inverse.

3.2. Les complémentaires peuvent inciter à des actes non pertinents

Le rapport IGAS sur la financiarisation du système de santé montre que l'entrée du capital privé dans la santé s'accompagne d'une **augmentation d'actes rentables, mais non pertinents**, avec des risques pour les patients et pour la soutenabilité du système.

Lorsque les complémentaires deviennent un financeur central, elles peuvent **contractualiser avec des acteurs dont le modèle repose sur l'activité plutôt que sur la pertinence**. Leur logique de contractualisation — réseaux fermés, incitations tarifaires, différenciation de prise en charge — pourrait renforcer les comportements opportunistes observés par l'IGAS.

4 – Une menace pour la prévention et la santé publique

4.1. Les assurances privées financent peu la prévention

L'expérience internationale montre que les assurances privées ne financent pas la prévention, car elle réduit le recours aux soins, donc l'intérêt de souscrire un contrat auprès d'elles. Human Rights Watch souligne que la défaillance du financement public est l'un des principaux freins à l'accès aux services essentiels de prévention et de santé primaire dans le monde.

Or, *Action-Patients* insiste sur :

- la nécessité d'investir massivement dans la prévention,
- la pertinence économique des programmes d'éducation thérapeutique,
- l'importance de l'accompagnement pour diminuer les hospitalisations évitables.

Un transfert vers les complémentaires risque de **désinciter** ces investissements structurants.

4.2. Les publics fragiles seraient les premiers touchés

Action-Patients rappelle que les publics modestes, en zones sous-dotées ou souffrant de maladies chroniques, sont déjà exposés à des risques de renoncement aux soins.

Or, les expériences internationales montrent que **plus la part du financement privé est élevée, plus le renoncement augmente** — phénomène documenté en particulier en Allemagne pour les assurés privés (étude publiée dans *International Journal for Equity in Health* (2025) et aux États-Unis *JAMA Network Open* (2021)).

5 – Des risques liés à l'accès des complémentaires santé aux données personnelles de santé

5.1. Des accès strictement encadrés, régulièrement questionnés par le secteur

Selon la Mutualité Française, les mutuelles "accèdent difficilement" aux données du Système national des données de santé (SNDS) et aimeraient pouvoir les utiliser davantage, notamment pour renforcer leurs actions de prévention. Elles doivent passer par un **bureau d'études** ou un **organisme de recherche indépendant** pour exploiter les données et démontrer que l'accès **ne peut pas servir à tarifier selon le risque individuel**, ce qui limite fortement les usages... pour le moment.

5.2. Un accès élargi aux données de santé exposerait à des risques concrets de discrimination, de sélection et d'éviction des assurés

L'accès des complémentaires santé aux données personnelles de santé ferait peser un **risque important de pratiques discriminatoires** : ajustement des cotisations, limitation des garanties ou même refus de certains contrats sur la base de critères médicaux. Cela représenterait **une atteinte majeure au principe de solidarité**, en sanctionnant plus sévèrement les personnes fragiles, atteintes de maladies chroniques ou déclarées « à risque », qui pourraient se retrouver exclues ou financièrement pénalisées.

5.3. Une utilisation massive des données dégraderait la confiance et soulèverait des enjeux éthiques majeurs

Un manque de transparence sur la manière dont ces données sont collectées, analysées ou exploitées peut entraîner une perte profonde de confiance de la part des assurés et interroger au plan éthique. Ce déséquilibre dans la relation entre assureur et assuré **remet en cause le respect des droits fondamentaux**, notamment le contrôle des individus sur leurs informations personnelles, et soulève la question du **détournement potentiel d'un outil conçu pour le soin vers des objectifs économiques**.

6 – Une inefficacité économique globale

6.1. Le transfert vers les complémentaires ne réduit pas les dépenses publiques

Selon le Cairn, chaque mouvement de déremboursement vers les complémentaires entraîne une **hausse globale du coût de santé** et n'améliore pas les finances publiques à long terme.

Le financement solidaire est plus efficace parce que :

- les frais de gestion sont plus faibles,
- la mutualisation est plus large,
- la prévention et la pertinence des soins sont mieux pilotées,
- les coûts administratifs sont maîtrisés.

6.2. Les complémentaires poursuivent des logiques concurrentielles

Les organismes complémentaires santé fonctionnent selon une logique assurantielle et concurrentielle qui diffère profondément de celle de l'Assurance maladie obligatoire. Leur modèle repose sur la segmentation du risque, la différenciation des contrats et la recherche d'un équilibre économique propre. Dans ce cadre, l'objectif n'est pas d'organiser la pertinence des soins, ni de piloter les politiques de santé publique, mais de maîtriser leurs dépenses en sélectionnant indirectement les publics les moins coûteux et en ajustant les garanties aux impératifs de solvabilité.

6.3. Une réduction du nombre d'acteurs au détriment des valeurs mutualistes

Le mouvement de concentration observé ces dernières années favorise une logique de marché au détriment des valeurs mutualistes historiques.

À terme, elle pose le risque d'un secteur dominé par quelques grands groupes, moins proches des assurés, mais plus à même de dégager de forts taux de rentabilité.

Conclusion générale - Nécessité de consolider le financement solidaire et non le fragmenter.

Renforcer le rôle des complémentaires santé serait une erreur majeure de politique publique.

Les raisons sont claires :

- cela **accroîtrait les inégalités** et les restes à charge,
- cela **augmenterait les dépenses de santé globales**,
- cela **réduirait la cohérence et la qualité du système**,
- cela **affaiblirait les efforts de prévention**,
- cela **favoriserait la financiarisation de la santé**, contraire aux besoins de la population.

Dans un pays où les maladies chroniques explosent et où les déserts médicaux s'étendent, **les priorités doivent être :**

- d'améliorer **la pertinence des soins**,
- de renforcer **la prévention**,
- de **promouvoir les génériques, biosimilaires et pratiques avancées paramédicales**,
- de **lutter contre les rentes et les actes inutiles**,
- de **soutenir les patients, les aidants et les communautés de santé**.