

Écrit par le 12 juin 2026

Complémentaires santé : des prix plus élevés dans le Sud-Est



Le comparateur en crédit immobilier et assurance [Meilleurtaux](#) vient de dévoiler une étude* sur le prix des complémentaires santé en France. Elle fait apparaître d'importantes disparités entre les régions et selon les âges. A l'image de l'ensemble du Sud-Est, le Vaucluse affiche des tarifs qui, avec l'âge, deviennent de plus en plus élevés que ceux de la moyenne nationale .

Le groupe Meilleurtaux a réalisé une étude sur les prix moyens [des complémentaires santé](#) en France. Pour cela, site internet créé en 1999 référencant les offres de plus de 110 assureurs s'est appuyé sur 4 profils-type : un jeune salarié de 25 ans assuré en garanties classiques, une famille composée de deux adultes et deux enfants en garanties classiques, un couple de 60 ans en garanties renforcées ainsi qu'un couple de 70 ans en garanties renforcées.

« Loin d'être financièrement accessibles à tous et pourtant essentielles pour la plupart des Français, les tarifs des complémentaires santé font à nouveau jaser, constate Meilleurtaux. Les prix des cotisations flambent pour tout type de profils, dans un contexte économique constamment sous tension, et les écarts de prix creusent un trou béant entre les jeunes et les seniors. S'ajoute à ce tableau d'importantes disparités tarifaires selon la zone géographique, illustrant des différences allant jusqu'à 20% en moyenne

Ecrit par le 12 juin 2026

entre les départements les moins et plus chers. Ainsi, le coût moyen d'une complémentaire santé peut varier de 35€ à plus de 360€ par mois selon l'âge, la composition du foyer et le lieu de résidence. Cette année encore, la santé pèse lourd dans le budget des ménages Français. »

Des écarts de prix spectaculaires entre générations

« En moyenne en France explique l'étude, un assuré âgé de 25 ans débourse 37€/mois pour une couverture standard. Ce montant reflète un recours aux soins médicaux relativement faible et des dépenses en santé limitées. Les jeunes adultes bénéficient donc encore d'un marché où les offres dites 'standard' restent abordables, bien que leur cotisation moyenne ait progressé de 7% en un an, soit une augmentation d'environ 30€ par an par rapport à 2024. »

Pour un jeune Vauclusien (voir tableau ci-dessous), ce montant est plus élevé que la moyenne nationale puisqu'il s'élève à 39,31€. Dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui figure parmi les chères de France, le prix d'une complémentaire santé dans notre département reste cependant plus accessible que dans les Bouches-du-Rhône (41,72€), les Alpes-Maritimes (41,30€) et le Var (40,53€).

Prix moyen mensuel pour un jeune actif célibataire de 25 ans

Département	Prix moyen mensuel
Bouches-du-Rhône	41,72€
Alpes-Maritimes	41,30€
Var	40,53€
Vaucluse	39,31€
Gard	38,97€
Alpes-de-Haute-Provence	38,69€
Hautes-Alpes	38,43€
Drôme	37,25€
Ardèche	36,96€
Moyenne nationale	37,41€

*Garanties classiques. Crédits : Meilleurtaux

Quels tarifs pour les familles ?

Un foyer composé de deux adultes et deux enfants dépense en moyenne 133€/mois pour sa complémentaire, soit environ 1 596€ par an.

« Un montant qui s'explique notamment par des besoins plus nombreux : orthodontie, optique, dépassements d'honoraires, soins pédiatriques, etc, détaille Meilleurtaux. Les familles recherchent donc une couverture plus complète, capable de répondre à des besoins spécifiques. Contrairement aux jeunes actifs, en 2025 les familles ont subi une hausse de leur cotisation plus modérée de 3,6%, représentant une dépense supplémentaire de 56€ par an.

Là encore, le Vaucluse (134,89€) dépasse la moyenne nationale (voir tableau ci-dessous). Au niveau régional, Bouches-du-Rhône (151,87€), Var (143,31€), Alpes-Maritimes (41,30€), auxquels il faut rajouter

Ecrit par le 12 juin 2026

les Hautes-Alpes, sont moins bon marché.

Couple d'actifs salariés de 30 ans avec 2 enfants de 3 et 7 ans

Département	Prix moyen mensuel
Bouches-du-Rhône	151,87€
Var	143,31€
Alpes-Maritimes	142,76€
Hautes-Alpes	135,98€
Vaucluse	134,89€
Gard	134,37€
Alpes-de-Haute-Provence	134,07€
Drôme	132,09€
Ardèche	131,32€
Moyenne nationale	132,67€

*Garanties classiques. Crédits : Meilleurtaux

Ça grimpe chez les seniors

« Les seniors, quant à eux, sont nettement moins bien lotis, constate l'étude. Un couple de 60 ans paie en moyenne 252€ par mois pour une couverture renforcée, soit plus de six fois le budget d'un jeune actif. Naturellement, les besoins en santé se diversifient avec l'âge, et les garanties classiques ne permettent plus de répondre à de nouveaux besoins. A partir de la soixantaine, les assurés voient donc leur cotisation flamber, et la facture s'alourdit encore davantage pour les septuagénaires. »

Dans cette catégorie, le Vaucluse (263,90€) se situe, là encore, au-dessus de la moyenne nationale (voir tableau ci-dessous). Juste derrière le trio régional constitué des Alpes-Maritimes (284,10€), des Bouches-du-Rhône (280,50€) et du Var (274,50€).

Ecrit par le 12 juin 2026

Couple seniors de 60 ans

Département	Prix moyen mensuel
Alpes-Maritimes	284,10€
Bouches-du-Rhône	280,50€
Var	274,50€
Vaucluse	263,90€
Gard	261,10€
Alpes-de-Haute-Provence	258,80€
Hautes-Alpes	254,30€
Ardèche	251,90€
Drôme	251,80€
Moyenne nationale	251,69€

*Garanties renforcées. Crédits : Meilleurtaux

70 ans : une hausse 29% par rapport aux sexagénaires

« Un couple de 70 ans débourse en moyenne 324€/mois, soit 3 888€ par an, conclue l'étude de Meilleurtaux. Un montant vertigineux, qui représente une hausse de 29% par rapport au prix de la complémentaire à 60 ans. En comparaison à 2024, les couples seniors ont vu leur cotisation augmenter de 5% en moyenne. D'une part, les retraités doivent faire face à une hausse brutale des primes dès la fin de leur couverture collective d'entreprise et doivent, d'autre part, répondre à des besoins bien plus coûteux en optique, dentaire, audition ou hospitalisation, entraînant mécaniquement une augmentation de leur cotisation. »

Une hausse qui se traduit en Vaucluse par un prix moyen mensuel de 340,46€, soit près de 17€ de plus que la moyenne nationale (voir tableau ci-dessous). Des prix toujours plus élevés en région avec l'indéboulonnable trio de Paca : Alpes-Maritimes (361,39€), Bouches-du-Rhône (357,79€) et Var (350,63€).

Ecrit par le 12 juin 2026

Couple seniors de 70 ans

Département	Prix moyen mensuel
Alpes-Maritimes	361,39€
Bouches-du-Rhône	357,79€
Var	350,63€
Vaucluse	340,46€
Gard	335,36€
Alpes-de-Haute-Provence	332,46€
Hautes-Alpes	326,71€
Drôme	324,60€
Ardèche	323,52€
Moyenne nationale	323,69€

*Garanties renforcées. Crédits : Meilleurtaux

« Les tarifs des complémentaires santé ont atteint de nouveaux records pour les seniors. »

« Cette photographie illustre un double effet prix : l'âge, avec un pallier net entre 60 et 70 ans, et le niveau de garanties, explique [Samuel Bansard](#), directeur des activités de comparaison de Meilleurtaux. Les tarifs des complémentaires santé ont atteint de nouveaux records pour les seniors. Le vieillissement de la population et l'augmentation des dépenses de santé ne sont pas de nature à inverser cette tendance que nous observons depuis plusieurs années et en particulier depuis la mise en place du 100% Santé. »

L.G.

*Méthodologie : L'étude du site [Meilleurtaux.com](#) a été effectuée sur la base du montant des primes de complémentaire santé proposées par ses assureurs partenaires sur le mois de septembre 2025.

Les complémentaires santé s'insurgent contre le projet de l'Etat de taxer la santé

Ecrit par le 12 juin 2026



«En 20 ans, la taxation des complémentaires santé a été multipliée par 8. Aujourd’hui, en France, un soda ou un hamburger est moins taxé qu’un contrat de complémentaire santé ! », s’insurgent Le centre technique des institutions de prévoyance -CTIP-, [France Assureurs](#) et la [Mutualité française](#). «Nous sommes les champions d’Europe : les contrats d’assurance santé sont taxés à 14% en moyenne, tandis qu’ils sont exemptés en Allemagne, taxés à 0,15% en Espagne et à 2,5% en Italie. Cette taxe serait donc payée par les assurés et les entreprises à travers une hausse de leurs cotisations.»

«Les fédérations de complémentaires santé appellent donc les Pouvoirs publics à reconsidérer cette mesure en tenant compte de ses conséquences sociales et économiques pour des millions de Français. Le rôle des complémentaires est de protéger leurs assurés contre un risque de santé. Par leur action aux côtés de l’assurance maladie, elles permettent aux Français de bénéficier des soins avec un reste à charge le plus faible d’Europe malgré une évolution dynamique des prestations. Ces dernières ont progressé de 6,4 % en 2023. Cette tendance structurelle justifie les évolutions tarifaires afin de permettre aux complémentaires santé de continuer à solvabiliser les besoins des Français en matière de soins. Par ailleurs, elles contribuent à l’évolution des prises en charge et des rémunérations des professionnels de santé.

Ecrit par le 12 juin 2026

Le ticket modérateur

«En 2024, elles ont été au rendez-vous quand l'Etat a décidé de relever le ticket modérateur sur les soins dentaires. Et en 2025, elles contribueront à ce que les médecins bénéficient d'une consultation à 30€, à l'avancée de la santé bucco-dentaire des jeunes grâce au financement d'un examen bucco-dentaire tous les ans, ou encore à de nouvelles thérapeutiques comme le vaccin contre la bronchiolite pour les nourrissons.»

Pour un système de santé durable

«Nous appelons depuis de nombreuses années au renforcement de la coopération entre les pouvoirs publics, l'Assurance maladie et les complémentaires santé pour répondre aux défis de notre système de santé, en particulier la maîtrise des dépenses, l'efficacité du système, la prévention, la lutte contre la fraude et la financiarisation.»

Repandre urgemment le dialogue

«Il est urgent de reprendre le dialogue pour réaliser ces objectifs avec une programmation pluriannuelle. Selon la présidence paritaire du [CTIP](#) (Centre Technique des Institutions de Prévoyance) Jacques Creyssel, président et Alain Gautron, vice-président : «Envisager une nouvelle taxe sur les complémentaires santé se traduirait nécessairement par des coûts supplémentaires à la charge des ménages et des entreprises, ce qui est insensé dans le contexte actuel. C'est pourquoi, il faut changer de méthode et s'inscrire dans un cadre pluriannuel pour que s'instaure un dialogue entre tous les acteurs dans lequel les entreprises et les salariés, par la voix des partenaires sociaux, aient toutes leur place ».

Un possible nouveau déremboursement

Selon Florence Lustman, présidente de France Assureurs : «Les complémentaires santé ont été informées par le gouvernement Barnier d'une nouvelle mesure de déremboursement le 10 octobre dernier, alors que la plupart d'entre elles avaient déjà fixé leurs tarifs pour 2025 au printemps. Elles n'ont donc pas pu intégrer ces transferts. Il n'y a pas d'argent caché ! Nous voulons reprendre le dialogue avec les pouvoirs publics au plus vite car notre système de santé mérite mieux qu'une taxe supplémentaire alors que la santé est déjà plus lourdement taxée en France que partout ailleurs en Europe.»

Continuer à financer les soins et biens médicaux

Selon Éric Chenut, président de la Mutualité Française : «Le rôle des mutuelles est de couvrir des risques en santé et prévoyance, de financer l'accès aux soins et aux biens médicaux. Nous n'avons pas vocation à être les supplétifs de l'URSSAF (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) pour lever des financements pour l'assurance maladie. Il est urgent de débattre des modalités de financement durable et solidaire de notre protection sociale. Taxer les contrats n'est ni juste ni adapté et grève le pouvoir d'achat, tout particulièrement des retraités.»

À propos du Centre technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

Acteur de la protection sociale de demain, le CTIP porte la voix de l'ensemble des institutions de prévoyance auprès des pouvoirs publics nationaux et européens. Il valorise auprès d'eux la singularité de ces organismes d'assurance de personnes à but non lucratif, à gouvernance paritaire et leur rôle auprès des entreprises du fait de leur spécialisation dans le contrat collectif.

Ecrit par le 12 juin 2026

14 millions de salariés couverts par 2 millions d'entreprises santé

Les institutions de prévoyance couvrent en effet 14 millions de salariés à travers plus de 2 millions d'entreprises en santé et en prévoyance, soit plus d'un salarié français sur deux. Le CTIP défend les intérêts de ses 41 adhérents et les accompagne dans toutes les évolutions techniques et juridiques ayant un impact sur leur métier. Il contribue à développer une information pédagogique sur la protection sociale complémentaire collective et à mettre en exergue les avantages de la gestion paritaire pour la mise en œuvre de garanties protégeant les salariés des risques de la vie.

À propos de France Assureurs

France Assureurs est le nom d'usage de la Fédération Française de l'Assurance qui rassemble 254 entreprises d'assurance et de réassurance représentant 99 % du marché des entreprises régies par le Code des assurances. Elle est l'une des interlocutrices des Pouvoirs publics, des administrations et des médias sur les sujets liés à l'assurance, en France et à l'international, qu'il s'agisse des questions de prévention, de protection, d'investissement ou d'emploi. Les données statistiques qu'elle centralise et son expertise lui permettent d'accompagner ses membres dans les évolutions du secteur. France Assureurs s'appuie sur un réseau de correspondants dans l'ensemble des territoires français pour accompagner les élus locaux en cas d'événement de grande ampleur ou pour valoriser les métiers de l'assurance ou encore pour relayer les positions du secteur.

À propos de la Mutualité Française

Acteur majeur de l'économie sociale et solidaire, la Mutualité Française, présidée par Eric Chenut, représente près de 500 mutuelles. Nées de la volonté de femmes et d'hommes de se protéger solidairement des aléas de la vie, les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles sont présidées par des militants mutualistes élus. Elles agissent pour la protection sociale de 32 millions de Français et promeuvent le droit de tous à la pleine santé en intervenant en complémentarité et en partenariat avec la Sécurité Sociale et en contribuant au service public de santé. Les mutuelles, groupes et unions proposent des solutions dans trois domaines d'activités : complémentaire santé, prévoyance-dépendance et épargne-retraite. Avec plus de 2900 services de soins et d'accompagnement mutualistes, elles jouent un rôle majeur pour l'accès aux soins, dans les territoires, à un tarif maîtrisé. Elles sont aussi le 1er acteur privé de prévention en santé par les actions déployées sur l'ensemble du territoire.

MMH

Les mutuelles variables d'ajustement des déséquilibres de l'Assurance maladie ?

Ecrit par le 12 juin 2026



Dans le projet de loi pour le financement de la Sécurité sociale (PLFSS), les complémentaires santé devraient assumer près de 20% des économies annoncées par le gouvernement pour réduire le déficit de l'Assurance Maladie en 2025. Mécaniquement, ce transfert de dépenses se répercutera directement sur le budget des Français sans, toutefois, régler le problème de fond du système de protection sociale.

'Hausses de la prise en charge des consultations médicales : un reste à charge de 1,1 milliard d'euros pour les assurés sociaux.'

Depuis le 1er novembre 2024, le tarif des consultations médicales est passé à 30 €. Les complémentaires santé devront couvrir, à compter de 2025, 12€ par consultation, au lieu de 7,5€. L'augmentation de leur prise en charge globale sera alors de 60 %. Les mutuelles, pour être au rendez-vous de leurs obligations prudentielles, devront répercuter ce transfert sur les cotisations.

Rappelons que les mutuelles,

organismes à but non lucratif réalisent des résultats économiques chaque année à peine à l'équilibre (entre 0,1 à 0,2 %) et que les cotisations sont fixées en lien avec les hausses de dépenses de santé. Une telle mesure touchera l'ensemble des populations et plus particulièrement les personnes qui consultent fréquemment des médecins telles que les seniors ou les personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD). En effet, les patients en ALD bénéficient d'une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie uniquement pour les soins et les consultations liées à leur ALD.

En cas d'arrêt maladie

En outre, le PLFSS prévoit une baisse du plafond des indemnités journalières versées par la Sécurité

Ecrit par le 12 juin 2026

sociale en cas d'arrêt maladie de 1,8 à 1,4 Smic. Cette mesure d'économie, qui devrait rapporter autour de 600M€, entrainera une hausse des prestations prévoyance assurées par certains organismes complémentaires pour parties répercutées sur les populations actives, sans agir sur la dérive des prestations.

'Réduisons le déficit de la Sécurité sociale en agissant sur l'efficience et une refonte Globale'

Ce n'est pas le premier transfert de dépenses vers les complémentaires : en 2023, 500M€ ont été transférés lorsque le ticket modérateur est passé de 30 à 40% pour les soins dentaires. Les transferts relèvent d'une logique de vases communicants entre la dépense publique et la dépense privée : ils ne règlent pas le problème de fond et ne répondent pas au besoin d'une réforme structurelle. Les dépenses de santé s'élèvent à 315 milliards d'euros et augmentent deux fois plus vite que la richesse nationale. Pour les maîtriser, il est essentiel que les futurs débats au Parlement se concentrent sur des mesures visant à améliorer l'efficience de notre système de santé.

Parallèlement, il est crucial d'investir massivement dans la prévention afin de réduire le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques.

Plutôt que des remboursements de soins ou des coups de rabots, une réforme globale favorisant une vision sur long terme, demeure nécessaire, avec une construction budgétaire pluriannuelle. Cela donnerait plus de visibilité à l'ensemble des acteurs pour agir concrètement au bénéfice des assurés sociaux. Les politiques de santé doivent être co-construites en lien avec les professionnels de santé, les patients, l'Assurance maladie, les organismes complémentaires, les collectivités territoriales, les partenaires sociaux et l'Etat pour définir ensemble des objectifs communs.

A propos de la [Mutualité française](#)

Acteur majeur de l'économie sociale et solidaire, la Mutualité Française, présidée par Eric Chenut, représente près de 500 mutuelles. Nées de la volonté de femmes et d'hommes de se protéger solidairement des aléas de la vie, les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles sont présidées par des militants mutualistes élus. Elles agissent pour la protection sociale de 32 millions de Français et promeuvent le droit de tous à la pleine santé en intervenant en complémentarité et en partenariat avec la Sécurité Sociale et en contribuant au service public de santé.

Les mutuelles, groupes et unions proposent des solutions dans trois domaines d'activités

Complémentaire santé, prévoyance-dépendance et épargne-retraite. Avec plus de 2 900 services de soins et d'accompagnement mutualistes, elles jouent un rôle majeur pour l'accès aux soins, dans les territoires, à un tarif maîtrisé. Elles sont aussi le 1er acteur privé de prévention en santé par les actions déployées sur l'ensemble du territoire. Au quotidien, les membres de la Mutualité Française déclinent autour de trois territoires d'engagement : proximité, participation et innovation - sa raison d'être : "Se protéger mutuellement aujourd'hui pour, ensemble, construire les solidarités de demain.

MMH

Écrit par le 12 juin 2026

Claude Leblois, Mutuelles du soleil : « La proximité avec nos adhérents fait notre force »



Dans un environnement en perpétuelle mutation, Mutuelles du soleil reste fidèle à son ADN : solidarité, proximité et identité. Claude Leblois, directeur général, revient sur l'expertise du groupe et les enjeux de la protection sociale.

« Depuis 20 ans, nous sommes restés avec notre réseau physique. Notre particularité est d'avoir conservé nos agences », indique Claude Leblois, natif d'Avignon. Avec 22 agences au service des adhérents sur 8 départements en région Paca, dans le Gard et l'Hérault, l'ancrage territorial et la proximité forment un pilier de [Mutuelles du soleil](#). Allongement de la durée de vie, dépendance, développement des maladies chroniques, le groupe mutualiste met un point d'honneur à connaître ses adhérents pour suivre leurs évolutions et épouser leurs attentes.

[Mutuelles du soleil](#), dont le siège social est à Nice, s'inscrit dans cette volonté d'adaptation et d'innovation pour répondre aux besoins réels des populations et des spécificités régionales. Exemple illustrant cette proximité, le groupe transfère actuellement son agence avignonnaise en centre-ville, rue

Écrit par le 12 juin 2026

du Vieux sextier, côté halles. A l'heure des désertions et autres échappées en périphérie, le groupe aux cigales « fait le pari de revenir dans les centres-villes ».

De l'aveu de Claude Leblois, dont la carrière débute à 21 ans au sein de la mutualité du Vaucluse, « un chemin existe, autre que la fusion et l'absorption ». Un état d'esprit qui conduit la mutuelle libre et indépendante à participer au déploiement de la profession en créant le Cercle 'Innovation et partage' avec la [CCMO Mutuelle](#). Ce cercle regroupera une quinzaine de mutuelles régionales (Normandie, Versailles, Nancy...), leader et indépendantes.

Une confédération qui entend répondre en commun à des appels d'offres d'entreprises nationales et participer à la réflexion sur les enjeux opérationnels de la profession. A but non lucratif, le savoir-faire de Mutuelles du soleil est reconnu dans les métiers de la protection sociale : mutuelle santé, régime d'assurance maladie des professions indépendantes, prévoyance, retraite et prévention.

400 collaborateurs, 110M€ de chiffre d'affaires

Il y a 170 ans naissait la première mutuelle qui allait être l'élément fondateur du groupe Mutuelles du soleil. Ce dernier part d'une société de secours mutuel, pour ensuite devenir une mutuelle village, puis des mutuelles de villes et de départements, pour arriver à la fusion de deux mutuelles en 2004. MCM et Mutalpes donnent naissance au groupe Mutuelles du soleil.

Comme pour beaucoup de complémentaires soumises à la réglementation, Mutuelles du soleil sépare les pôles 'soins' et 'assurances' en deux Livres distincts. Le Livre II est dédié à la protection sociale, le Livre III à son réseau de soins. « Depuis juin 2021, nous avons regroupé les deux Livres sous une direction générale commune, ce n'est pas très fréquent au sein des mutuelles », souligne Claude Leblois.

Depuis 20 ans, le groupe Mutuelles du soleil s'est engagé dans un processus de développement de [son réseau de santé](#), afin de faciliter l'accès aux soins. Le Livre III affiche un chiffre d'affaires de 10M€ et regroupe les salariés sur un site à Marseille. Le pôle apporte des réponses adaptées aux besoins de proximité et une qualité de soins au service du bien-être. Pour les particuliers ou les professionnels, Mutuelles du soleil propose un accompagnement adapté aux évolutions de la vie et des solutions adaptées aux différents types de structures et spécificités métiers.

Le Livre II regroupe quant à lui : complémentaire santé, prévoyance, retraite, prévention et gestion de la Sécurité sociale des indépendants. 150.000 personnes sont protégées au sein de ce pôle qui enregistre un chiffre d'affaires de 100M€. Au sein du Livre III, des équipes spécialisées et des centres adaptés offrent un panel complet de services et de soins : 3 services de soins [infirmiers à domicile](#), 5 [magasins d'optique](#), 1 [maison de retraite médicalisée](#), 2 équipes spécialisées Alzheimer et 1 centre local d'information et de [coordination gériatrique](#). Au total, 400 collaborateurs font l'aventure Mutuelles du soleil et génèrent un chiffre d'affaires de 110M€.

Ecrit par le 12 juin 2026



L'Ehpad '[Les mélodies](#)' se situe à la Roque d'Anthéron, dans le 13. Crédit photo: Mutuelles du soleil

La digitalisation au cœur du service

Il y a trois ans, Mutuelles du soleil a opéré un virage numérique. La feuille de route ? Rester très présent physiquement mais aussi numériquement. « L'un ne remplace pas l'autre », pointe le directeur général. Une démarche profonde de digitalisation des services a pour but d'améliorer la relation client à l'aide d'outils fonctionnels tels que l'[application mobile](#) ou l'intranet. « Dans leur espace numérique, les adhérents peuvent visualiser, télécharger et imprimer leur carte de tiers payant, obtenir leur contrat, consulter leurs services de santé, suivre leurs remboursements, trouver un professionnel, consulter et accéder à leur [coffre-fort numérique](#) », énumère Claude Leblois.

Le coffre-fort a été développé dans le respect de la RGPD, permettant aux adhérents de retrouver partout et à tout moment leurs documents et de pouvoir signer à distance les différents contrats, en toute sécurité. La digitalisation de ces tâches annexes permet aux salariés (qui disposent de [vélos de fonction](#)

Écrit par le 12 juin 2026

dans le cadre de la mobilité douce), d'être plus recentrés sur la relation de confiance et l'échange de conseil avec ses adhérents.

« Nous n'imposons pas la digitalisation. Mais aujourd'hui, beaucoup de retraités maîtrisent plutôt bien internet, dire le contraire est une idée reçue. Nous souhaitons que chaque adhérent, quel que soit son âge et son profil puisse avoir le choix entre se rendre en agence ou passer par internet. Les services sont accompagnés pour aider à la prise en main », explique Claude Leblois.

Aider les aidants

Les contrats individuels et les retraités forment la plus grande partie des 'protégés' de Mutuelles du soleil. « Notre force est de rester identitaire et proche. Qui dit identitaire, dit implication citoyenne », abonde le directeur général. Le groupe, qui entend devenir un spécialiste de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, a mis sur pied deux [Équipes spécialisées Alzheimer](#) (ESA) de soin à domicile. Par ailleurs, l'accueil temporaire a été impulsé pour « faire respirer les aidants. »

L'accueil temporaire dans l'établissement permet de recevoir, pour une durée limitée toute personne âgée. Ce mode d'hébergement facilite l'intégration progressive dans l'établissement, familiariser avec une vie en collectivité et d'apporter une aide ponctuelle aux proches de la personne âgée. « On apporte un réel service. Il faut savoir que les aidants décèdent souvent avant les aidés. Au-delà d'un simple contrat d'assurance, le rôle de la mutuelle est d'apporter une plus-value à l'adhérent. Nous sommes en pleine réflexion pour concevoir un nouveau type d'agence, un genre d'Apple store de la santé' », propose Claude Leblois.

La 'Grande sécu' : quelles conséquences ?

Les projets ne manquent pas au sein de Mutuelles du soleil, tout en gardant un œil attentif sur les nouvelles réglementations et projets de loi. Voilà maintenant plus d'un an que le HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance-maladie) mène des travaux sur « l'articulation » entre l'assurance-maladie obligatoire et les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance). En octobre 2021, le ministre de la Santé évoquait la possibilité de mettre en place une « Grande sécu ».

Ce projet qui prévoit le remboursement à 100% de la plupart des soins suscite sinon de vives oppositions, du moins des questionnements dans le milieu de la santé. Il élargirait ainsi le champ d'intervention de la Sécurité sociale, au détriment des complémentaires. « C'est simple, il faudra fermer les mutuelles. Que fera-t-on des 100.000 salariés laissés sur le carreau ? », tranche Claude Leblois interrogé à ce sujet.

Un système étatisé, un monopole public qui mettrait potentiellement en péril la diversité des contrats et l'innovation. Rappelons, à titre d'exemple, que les mutuelles sont à l'origine de la proposition de remboursement des consultations en psychologie. Certains professionnels et experts en la matière défendent plutôt une diversification des financeurs pour une meilleur irrigation du système de santé. Affaire à suivre.

Ecrit par le 12 juin 2026

Le '100% santé' : qui finance ?

L'offre '100% santé' effective depuis janvier 2021 a également changé la donne. Que ce soit en audiologie, en optique ou en dentaire, tous les équipements qui composent le panier '100% santé' sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale et les complémentaires santé. « C'est une très belle réforme, qui permet de se soigner, car même avec la mutuelle, il subsiste des restes à charge. Mais qui la finance ? Malheureusement, rien n'est gratuit, cela coûte à la collectivité », explique Claude Leblois.

En effet, si les mutuelles doivent augmenter leur prise en charge, les coûts doivent être dilués et pèseront fatalement sur les cotisations des adhérents. L'objectif étant de maintenir un reste à charge le plus bas possible en cas de dépense de santé. Un coût qui représente d'autant plus une variable à maîtriser pour les complémentaires qui ont l'interdiction de vendre à perte et l'obligation de détenir des fonds propres. Car si la Sécurité sociale est chroniquement déficitaire, les mutuelles n'ont pas le droit de l'être.

Plusieurs mécanismes pèsent également sur la tarification des mutuelles en France. Elles sont le fait de l'Etat qui taxe, depuis ces 2 dernières années, les cotisations. Autrement dit, sur 100€ de cotisation, 15€ sont reversés à l'Etat sous forme de taxes. Geler les cotisations en 2022 ? Impensable au vu des dépenses grandissantes en matière de santé. La 'taxe Covid' demandée par l'exécutif aux assureurs complémentaires santé pour compenser une partie du déficit de la Sécurité sociale pèse sur la balance.

« Dans tous les cas de figure, Mutuelles du soleil s'adapte aux mutations du secteur pour répondre aux besoins réels de ses adhérents », rassure Claude Leblois. Le groupe prévoit d'évoluer sur d'autres segments de marché et parmi les sujets déjà initiés, notons la création de deux nouvelles assurances : habitation et emprunteur.

Mutuelles, non aux raccourcis du Gouvernement !

Ecrit par le 12 juin 2026



Le Gouvernement demande aux complémentaires de geler leurs cotisations pour 2022 ce qui n'est pas tenable répondent les Mutuelles face à l'augmentation des dépenses de santé des Français et du maintien au plus bas du reste à charge. Pire, si le Gouvernement ne change pas de paradigme, le vieillissement de la population et la démographie françaises ne pourront maintenir le socle de solidarité pour la santé et il en sera fini de la plus belle protection sociale du monde.

Le Procès d'intention du Gouvernement à l'égard des mutuelles

«Les procès d'intention du Gouvernement à l'égard des mutuelles c'est un peu le Gimmick qui revient lorsqu'on a besoin de trouver un bouc émissaire parce qu'un certain nombre de décisions n'ont pas été prises, gronde Jean-Paul Benoît, le président de la Mutualité Française Sud. Car si la Sécurité sociale est chroniquement déficitaire -et on devrait plus s'interroger sur cela-, les mutuelles n'ont pas le droit de l'être assure le patron de l'interprofessionnelle. Les mécanismes qui ajoutent à l'augmentation des tarifs des mutuelles ? Elles sont le fait de l'Etat qui taxe -depuis ces 2 dernières années- les cotisations à hauteur de plus de 15% ! L'État trouve en les mutuelles de véritables vaches à lait ! Ainsi le Hamburger est trois fois moins taxé que la cotisation de la mutuelle qui est un produit de première nécessité ! Plus de 15% de taxe, c'est deux mois de cotisation !» Tempête Jean-Paul Benoît.

Reste à charge zéro, on parie ?

«L'autre gros problème ? Le reste à charge zéro ! C'est de la publicité mensongère car le cas où le reste à charge est à zéro est très rare, notamment dans le domaine de l'optique, du dentaire et de la prothèse puisque le mécanisme réclame une très forte augmentation de la part des mutuelles. Alors que le Gouvernement avait annoncé que celui-ci serait partagé entre la sécurité sociale, les complémentaires et les professionnels de santé avec l'engagement de modération de l'évolution des tarifs, la totalité de l'effort de ces soins pèse sur les complémentaires. Ainsi la prise en charge pour la sécurité sociale est restée stable, dans certains cas les professionnels de santé ont fait des efforts sur l'enveloppe du reste à

Ecrit par le 12 juin 2026

charge zéro au moyen de plafonds de facturation mais ont reportés ces tarifs en augmentant les prestations sur l'optique, le dentaire et l'audio-prothèse. Résultat ? Cela se traduit pour les complémentaires par des augmentations pharamineuses de remboursement.»



Jean-Paul Benoît, président de la Mutualité Française Sud tempête, le Gouvernement ment et pas qu'un peu !

Des coups de canifs dans le contrat ?

«Le niveau des cotisations des complémentaires commencent à poser des problèmes, sur une partie importante de la population notamment des retraités. Cela est le résultat de plusieurs mécanismes. La sécurité sociale ne joue plus véritablement son rôle de socle de solidarité nationale, particulièrement au niveau des tickets modérateurs (reste à charge après l'intervention de la SS) pour les personnes atteintes d'affection de longue durée, c'est aussi vrai pour les personnes âgées (notamment pour les forfaits hospitaliers). Il faut préserver le système de santé des français avec le reste à charge le plus bas des pays développés mais cela requiert de repenser et d'accroître les ressources santé et une meilleure solidarité

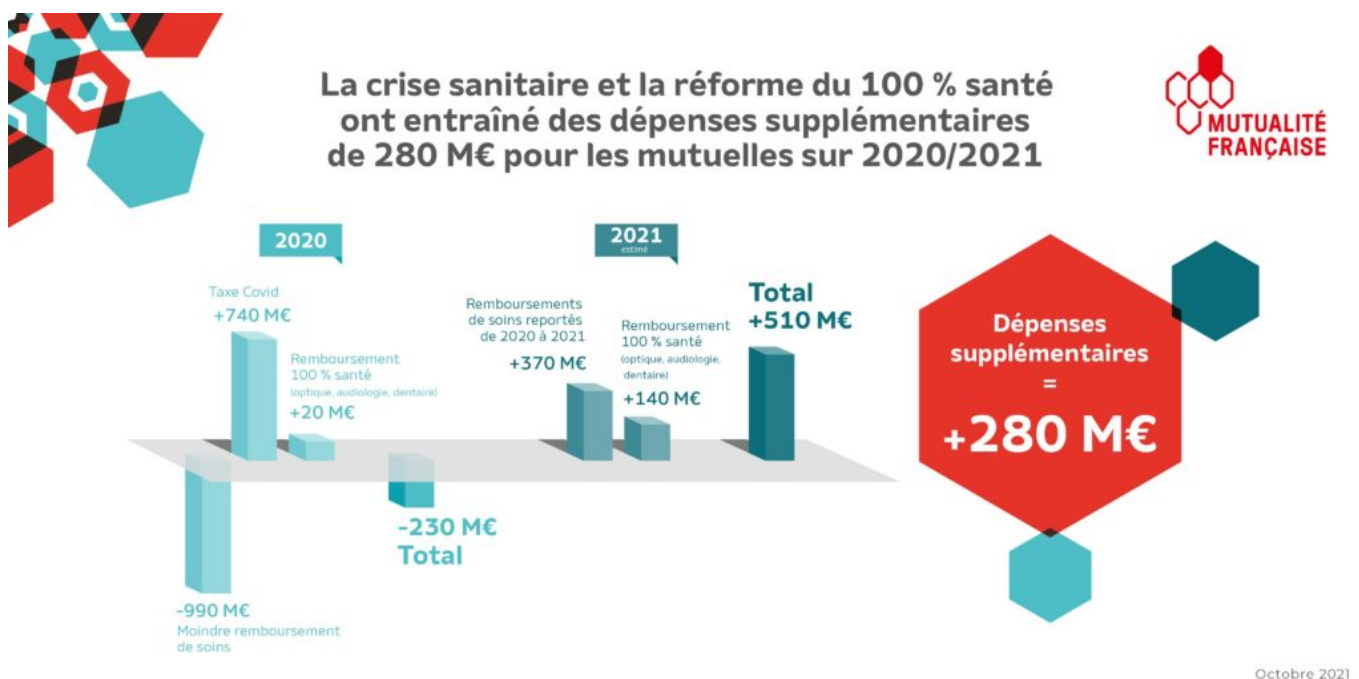
Ecrit par le 12 juin 2026

entre les personnes de tous les âges, quel que soit leur état de santé.»

En savoir plus

Les Mutuelles ne font pas d'économie

Les mutuelles n'ont pas fait d'économie lors de la crise du Covid puisque les dépenses calculées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) pour l'année 2020 ont chiffré les dépenses à 2,2 milliards d'euros dont 1,5 milliards d'euros de taxe Covid et 400 M€ liés à la réforme de la complémentaire santé solidaire.



Hausse inédite de santé

En septembre, ma Mutualité française a alerté les pouvoirs publics sur les comptes déficitaires des complémentaires santé de près de 900 millions d'€ sur le seul 1er semestre de 2021, en raison d'une hausse inédite des dépenses de santé. Ainsi si les cotisations augmentaient en 2022 ce serait pour faire face à l'augmentation des dépenses de santé des Français, avec l'objectif de maintenir au plus bas le reste à charge.

Des augmentations de tarif en regard des données démographiques

Viellissement de la population, soins de plus en plus coûteux en raison d'innovations technologiques, développement des maladies chroniques : les cotisations des mutuelles ont toujours évolué au même rythme que les prestations qu'elles servent, soit 3 % par an en moyenne entre 2006 et 2018 (source DREES). Pour maintenir le niveau des cotisations au plus bas, les mutuelles ont fait baisser leur frais de gestion d'1,4 % par an depuis 2 ans. Ce sont des organismes à but non lucratif dont les marges, qui financent des innovations telles que le tiers payant, sont inférieures à 2%.

Ecrit par le 12 juin 2026



Une hausse de 1 % des cotisations en 2021 contre une hausse de 5 % des remboursements de soins pour les mutuelles




Cotisations (hors taxe)




Remboursements de soins



Octobre 2021

Fragilité psychologique

Les mutuelles exercent leur mission, à la fois en prenant en charge des patients Covid dans leurs établissements, en y déployant la vaccination et en prenant en charge de manière inédite les actes de psychologie. «Malgré l'augmentation régulière des dépenses de santé, grâce à l'intervention des mutuelles, le reste à charge des Français est le plus faible des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique). Et la Mutualité Française propose des solutions pour réduire les inégalités en matière de reste à charge notamment dans le domaine de la dépendance, grande oubliée du PLFSS 2022 (Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022)» rappelle Eric Chenut, président de la Mutualité Française.

Ecrit par le 12 juin 2026



La Mutualité Française

La Mutualité Française Sud est l'instance régionale de la Mutualité Française. Elle est présidée par Jean-Paul Benoît. L'organisation professionnelle fédère la quasi-totalité des mutuelles santé -152- et défend leurs intérêts collectifs. Les mutuelles ne versent pas de dividendes et ne pratiquent pas la sélection des risques. Elles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale. Ces organismes interviennent dans le remboursement de dépenses des patients, couvrent les risques de prévoyance et de retraite créent et gèrent des établissements hospitaliers, des services dédiés à la petite enfance et des crèches, des centres dentaires, des centres spécialisés en audition et optique, des structures et services tournés vers les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées.