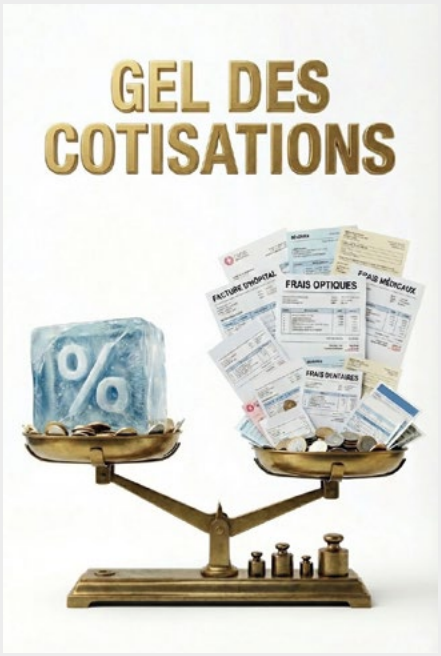
LE M@G N°33

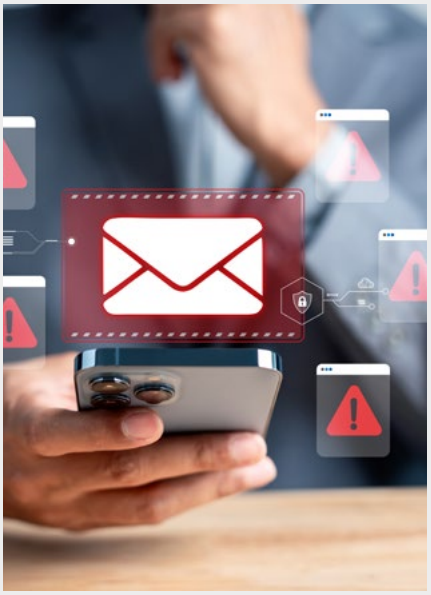
SEMESTRIEL 2026

VOTRE M@GAZINE D'INFORMATION MUTUALISTE

GEL DES COTISATIONS : L'ÉQUATION IMPOSSIBLE



MÉFIEZ-VOUS DU MARKETING !



QUAND LA SANTÉ DEVIENT UN MARCHÉ



ADPM
Ingénierie Mutualiste

Mipss
La mutuelle de la Sécu
Auvergne

#SOMMAIRE

ACTU >

3 QUOI DE NEUF ?

> Amélioration de nos garanties

> Eviter les pièges de la pré-réservation imposée par les cliniques



DOSSIER **SANTÉ >** **4/5**

INFO SANTÉ >

6 L'EAU,C'EST LA VIE

INFO SANTÉ >

7 MÉFIEZ-VOUS DU MARKETING !

INFO SOCIAL >

8 GEL DES COTISATIONS : L'ÉQUATION IMPOSSIBLE

BRÈVES SANTÉ >

9

> Et si votre santé se jouait... dans les petits gestes du quotidien ?

> Grossesse et médicaments : des gestes simples pour protéger son bébé.

LE DOSSIER >

10

AUTOUR DE NOUS >

11



DANIEL **GENEIX**

> *Président de la MIPSS*

#ÉDITO

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : QUAND L'EXCEPTION DEVIENT LA RÈGLE

L'égalité d'accès aux soins est l'un des fondements de notre système de santé. Pourtant, chacun peut aujourd'hui constater une évolution préoccupante : les dépassements d'honoraires, qui devaient rester une exception, **se banalisent** progressivement.
À l'origine, ces dépassements répondaient à une logique limitée : permettre, dans certaines situations, une liberté tarifaire encadrée pour les professionnels de santé ... **expérimentés** voire **talentueux**. Aujourd'hui, selon les spécialités et les territoires, ils sont devenus presque systématiques et ne correspondent plus, loin s'en faut, à une situation d'exception ou d'excellence !

Face à cette situation, en s'engageant dans le remboursement des dépassements d'honoraires, mutuelles comme assurances ont largement contribué à leur **banalisation**. Et les dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie, comme l'OPTAM, censés encadrer ces dépassements, les ont **intégrés** au fonctionnement du système.

A force de vouloir réguler l'exception, on a fini par l'organiser et l'encourager !

Cette évolution n'est pas sans conséquence : le reste à charge augmente pour un nombre croissant de patients. Même avec une complémentaire santé, le coût des soins peut devenir un frein : certains renoncent à consulter, repoussent un rendez-vous ou se tournent vers des solutions moins adaptées. Ainsi, ce qui devait rester une pratique marginale devient un réel facteur d'**inégalité** dans l'accès aux soins.
Depuis toujours, la MIPSS Auvergne a fait le choix clair de ne pas prendre en charge les dépassements d'honoraires. Cette position s'inscrit dans une **conviction** forte : la solidarité ne doit pas servir à accompagner la dérive des tarifs mais à garantir un accès aux soins équitable dans un cadre transparent. Autrement dit, une cotisation, identique pour tous, ne doit pas être utilisée pour rembourser un **même** acte, à des montants **différents**, selon le médecin et l'adhérent. Parce que la solidarité entre nous tous, adhérents de la MIPSS Auvergne, ne peut pas être la somme des intérêts individuels.

Pour autant, dénoncer les effets délétères des dépassements d'honoraires ne suffit pas. Il est plus que jamais nécessaire d'ouvrir la **réflexion** sur les moyens de préserver l'accès aux soins et l'équilibre de notre système de santé.

Au delà des débats techniques, nous devons savoir quel système de santé nous voulons : un système où chacun peut se soigner... ou un système où chacun est soigné selon ce qu'il peut payer ?

Directeur de la publication : Daniel Geneix
Comité de Rédaction du M@g :
Robert Baclet / Josiane Brouette
Daniel Geneix / Dominique Verdera
Rédacteur en chef : Christophe Boissonnade
Conception, création : Olivier Hochart

Crédit-photos : Shutterstock
Impression : CIA Bourgogne
Imprimé à : 700 ex
Diffusé à : 700 ex
Périodicité : semestrielle
ISSN : 2112-4191

Votre Mutuelle utilise du papier recyclé pour imprimer son magazine

AMÉLIORATION DE NOS GARANTIES

En ce début d'année, plusieurs augmentations tarifaires sont prises en charge par votre mutuelle, bien qu'elles aient été autoritairement décidées par les pouvoirs publics … entre fin novembre 2025 et fin février 2026. C'est-à-dire bien après le calcul et le vote en Assemblée Générale de notre cotisation pour 2026.



- **Prothèses capillaires :** en application d'une évolution du 100% Santé, l'Assemblée Générale du 25/11/25 a voté une amélioration du remboursement des prothèses capillaires de la classe 2 de 250,00 EUR à 350,00 EUR, effaçant ainsi tout reste à charge sur ces équipements.

- **Véhicules pour personne en situation de handicap :** la location de courte durée des fauteuils roulants fait aussi partie du périmètre du 100% Santé et le remboursement du reste à charge est désormais assuré par votre mutuelle. A noter que l'achat et la location longue durée de ces mêmes équipements sont désormais remboursés, sans reste à charge, par l'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM).



- **Forfaits hospitaliers :** à partir du 01/03/26, ils augmentent !
  - le forfait hospitalier journalier (FHJ) passe de 20 EUR à **23 EUR** (+15%) par journée d'hospitalisation et de 15 EUR à **17 EUR** (+13%) dans les services de psychiatrie.
  - le forfait patient urgences (FPU), facturé quand un patient se rend aux urgences sans être hospitalisé, passe lui de 19,61 EUR à **23 EUR** (+17%).

- **La participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds ou coûteux** (ceux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 EUR) va elle aussi augmenter de 24 EUR à **32 EUR** (+33%) dès le 01/04/26.

EVITER LES PIÈGES DE LA PRÉ-RÉSERVATION IMPOSÉE PAR LES CLINIQUES

De plus en plus d'établissements de soins demandent aux patients de compléter un dossier de pré-réservation, plusieurs jours en amont d'un séjour ou de soins ambulatoires programmés.
Ce dossier comprend souvent un questionnaire concernant des prestations **« hôtelières »** très habilement rédigé et mis en page, afin de vous inciter à (forcément) cocher l'une des options (**payantes**) proposées. Ces options prennent des noms exotiques comme *« espace privatif intime »*, *« pause gourmande »*, *« trousse ambu »*, … sans aucun rapport avec des soins médicaux.

- Vous n'avez **aucune obligation** de choisir l'une des options proposées. L'établissement est tenu de vous accueillir dans un lieu d'accueil adapté, sans avoir à payer de supplément !
- Si vous avez **décidé** de ne prendre aucune option … d'hôtellerie, ne cochez **aucune case** et complétez la rubrique du nombre de cases cochées en indiquant 0 (**zéro**)
- Si vous êtes **fortement incités** à choisir l'une des options payantes proposées (l'évocation à peine dissimulée de « ne pas pouvoir être soigné » nous a été rapportée), n'hésitez pas à nous **signaler** ces comportements et à les rapporter sur le site internet **SignalConso** (https://signal.conso.gouv.fr).
- **Signalez-nous** aussi toute facturation d'un placement en chambre particulière, à l'hôpital comme en clinique, qui vous aurait été **imposé**, au motif que seules ces dernières sont disponibles. Ce type de facturation est totalement **illégal**.



Et si une partie croissante de nos dépenses de santé servait aussi à rémunérer des investisseurs ?
Derrière un terme technique — la financiarisation — se joue une transformation silencieuse mais profonde de notre système de soins.

QUAND LA SANTÉ DEVIENT UN MARCHÉ

La France consacre près de 12 % de son PIB à la santé, soit environ 325 milliards d'euros par an. Dans ce paysage déjà sous tension budgétaire, l'entrée croissante d'acteurs financiers dans l'organisation des soins soulève une question essentielle : cette évolution contribue-t-elle à l'efficacité du système… ou à l'augmentation de ses coûts ? Les rapports publics* récents appellent à la vigilance.

I UNE TRANSFORMATION DISCRÈTE MAIS RÉELLE

La financiarisation désigne l'influence croissante des logiques financières — rentabilité, investissement, valorisation du capital — dans des secteurs historiquement organisés autour de missions d'intérêt général. Dans son rapport publié en 2025, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), associée à l'Inspection Générale des Finances (IGF), dresse un constat clair : plusieurs segments du système de santé français sont désormais concernés, notamment la biologie médicale, l'imagerie, la dialyse ou certains établissements privés. En quinze ans, le nombre de laboratoires indépendants a fortement diminué, au profit de grands groupes soutenus par des fonds d'investissement. Cette concentration traduit un mouvement de fond : la santé devient aussi un secteur d'allocation de capital.



I UN SYSTÈME DÉJÀ SOUS PRESSION

La dynamique intervient dans un contexte financier tendu :

- 325 milliards d'euros de dépenses annuelles de santé.
- 78 % financés par l'Assurance maladie obligatoire.
- 13 % par les complémentaires.
- Une progression moyenne des dépenses de 3 à 4 % par an.

(Données DREES, comptes nationaux de la santé)

Vieillissement de la population, maladies chroniques, innovations technologiques : les facteurs structurels de hausse des coûts sont connus. La financiarisation s'ajoute à cet environnement déjà complexe.

I LE COÛT DU CAPITAL : UNE NOUVELLE DONNÉE

Lorsqu'un acteur de santé est financé par un fonds d'investissement, celui-ci attend un rendement. Dans le secteur des services, les exigences de rentabilité peuvent se situer entre 8 % et 15 % selon les modèles économiques observés.
Cette rémunération du capital pose une question centrale : **comment concilier logique de rendement et maîtrise des dépenses collectives ?**
Dans un système où l'essentiel des soins est remboursé par la solidarité nationale, toute hausse des volumes ou des tarifs se répercute sur les comptes de l'Assurance maladie et les cotisations des complémentaires, donc, in fine, sur les ménages.
Les inspections générales ne concluent pas à une explosion avérée des coûts, mais elles identifient des **risques inflationnistes potentiels**, notamment via l'augmentation du volume d'actes ou la concentration de marchés.

* Rapport Igas – IGF : *« Causes et effets de la financiarisation du système de santé »* - 09/07/2025
* Rapport du Sénat : *« Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? »* - 25/09/2024

I DES ÉCONOMIES D'ÉCHELLE… MAIS À QUEL PRIX ?

Les défenseurs de la concentration avancent des arguments solides tels que la mutualisation des équipements lourds, la standardisation des procédures, une capacité d'investissement accrue et la modernisation des plateaux techniques.
Ces évolutions peuvent générer des gains d'efficience. Mais plusieurs travaux académiques internationaux sur la financiarisation des soins ambulatoires montrent que la recherche de rentabilité peut aussi orienter l'activité vers les actes les plus rémunérateurs ou pas toujours utiles. Autrement dit, l'organisation des soins peut progressivement répondre autant à des incitations économiques qu'à des besoins sanitaires.

I UN IMPACT INDIRECT SUR LES COMPLÉMENTAIRES

Les organismes complémentaires financent environ 40 milliards d'euros de dépenses par an. Toute évolution des coûts des soins a donc inévitablement un impact sur leurs équilibres techniques. Si certaines activités deviennent plus coûteuses ou si les volumes augmentent, les complémentaires peuvent être contraintes d'ajuster leurs cotisations. Cela affecte directement le pouvoir d'achat des ménages et peut renforcer les inégalités d'accès. Dans un modèle mutualiste, où la solidarité constitue le socle, cette évolution interroge profondément.

I INÉGALITÉS TERRITORIALES : UN RISQUE À SURVEILLER

Les rapports des inspections mettent également en lumière des logiques d'investissement qui privilégient naturellement les zones urbaines attractives, les bassins de vie où la population est solvable et dans lesquels les activités ont une forte rentabilité. La concentration qui en résulte accentue les déséquilibres territoriaux, déjà marqués par la désertification médicale dans certaines zones rurales. D'où la nécessité d'un encadrement renforcé pour éviter que les critères financiers ne deviennent dominants dans l'implantation de l'offre de soins.

REPÈRES

I LA FINANCIARISATION EN SANTÉ, C'EST :

- l'entrée de fonds d'investissement dans le capital de structures de soins ;
- la concentration de cabinets ou d'établissements en grands groupes ;
- une gouvernance intégrant des objectifs de rendement financier.

I LES POINTS DE VIGILANCE IDENTIFIÉS PAR LES INSPECTIONS PUBLIQUES :

- risque d'augmentation des volumes d'actes ;
- complexité accrue de la régulation ;
- manque de transparence financière ;
- tension possible entre objectifs sanitaires et objectifs de rentabilité.

(Source : Rapport IGAS-IGF, 2025)



I UN DÉBAT STRATÉGIQUE POUR NOTRE MODÈLE SOCIAL

La France a construit son système de santé sur un principe simple : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La financiarisation introduit une dimension supplémentaire : la rémunération du capital investi. Il ne s'agit pas d'opposer secteur public et capitaux privés, mais de poser une question d'équilibre : **quelle part des ressources collectives doit être consacrée au soin, et quelle part à la rémunération des investisseurs ?**
Dans un contexte de déficit récurrent de l'Assurance maladie et de tensions sur les cotisations des complémentaires, la soutenabilité financière du modèle est au cœur des préoccupations. On peut aussi raisonnablement s'interroger sur la compatibilité entre une logique de rentabilité à court terme (dividendes versés à des actionnaires chaque année) et une vision à long terme de notre système de soin, nécessitant des investissements sur plusieurs décennies.

I ENCADRER POUR PRÉSERVER L'ÉQUITÉ

Les inspections générales ne recommandent pas d'exclure les capitaux privés, mais d'adapter la régulation en :

- **renforçant la transparence des structures financières,**
- **améliorant les outils de suivi des coûts et des marges,**
- **clarifiant les règles de gouvernance,**
- **préservant l'égalité territoriale d'accès aux soins.**

En d'autres termes, il faut permettre l'investissement sans fragiliser la solidarité.
Les effets de la financiarisation sur le coût global du système ne sont pas encore pleinement mesurés, mais les signaux convergent. Sans régulation adaptée, la montée des logiques financières pourrait accentuer les pressions sur les dépenses et transformer en profondeur l'équilibre de notre protection sociale.
Pour les mutualistes, le débat dépasse la seule question économique. Il touche au cœur même du pacte solidaire : **comment garantir un accès équitable aux soins dans un système où la finance prend une place croissante ?** C'est l'un des enjeux majeurs des années à venir.

Pour illustrer l'écart de coût par habitant entre la France et les États-Unis, un pays où la financiarisation du système de santé est particulièrement marquée :

I DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT EN 2024 (PPA SANTÉ)* :

- **États-Unis : 6 120 € par habitant**
- **France : 4 910 € par habitant**

>> Tout en ayant 5 ans de moins d'espérance de vie par habitant, les États-Unis dépensent **environ 25 % de plus par personne que la France** pour les soins de santé, une différence significative dans un contexte comparatif entre systèmes.

*Données sont exprimées en **PPA santé (parité de pouvoir d'achat)** — ce qui ajuste les niveaux de prix entre pays pour une comparaison plus équitable. *(Source : DREES)*

L'EAU, C'EST LA VIE !



Boire de l'eau, un geste simple… mais souvent insuffisant. Il est pourtant essentiel pour préserver sa santé au quotidien. Un besoin vital… trop souvent oublié.

Notre corps en est constitué à plus de 60 % et l'eau est partout : dans nos cellules, notre sang, nos organes. Elle permet de réguler la température, d'éliminer les toxines, de transporter les nutriments et de maintenir nos capacités physiques et mentales. Et pourtant, dans la vie quotidienne, boire passe souvent au second plan. En France, la consommation moyenne tourne autour de 1,5 litre par jour, mais elle varie fortement selon les habitudes, l'âge et bien sûr, la météo.
Le piège ? Attendre d'avoir soif. Car la soif est un signal tardif : lorsqu'elle apparaît, l'organisme est déjà en léger déficit.



QUELLE QUANTITÉ D'EAU FAUT-IL BOIRE ?

Il n'existe pas de règle unique, mais quelques repères simples :
- **1 à 1,5 litre d'eau par jour (hors alimentation)**
- **Jusqu'à 30 % de l'hydratation est apportée par les aliments**
- **Des besoins variables selon :**
  - **> l'âge**
  - **> l'activité physique**
  - **> la température**
  - **> l'état de santé**

En pratique : il vaut mieux **boire régulièrement,** sans attendre la soif.

I QUAND LE CORPS MANQUE D'EAU

Une hydratation insuffisante peut passer inaperçue… mais ses effets sont bien réels et se traduisent le plus souvent par de la fatigue et une baisse d'énergie, des maux de tête, des difficultés de concentration ou une urine plus foncée. À plus long terme, elle peut favoriser les calculs rénaux, la constipation ou une baisse des performances physiques et cognitives. Même légère, la déshydratation peut déjà affecter l'humeur et la vigilance.

I DES HABITUDES… TRÈS CULTURELLES

Pourquoi ne buvons-nous pas assez ?
Parce que l'hydratation dépend aussi de nos habitudes de vie, telles que la consommation de café le matin, de boissons sucrées ou sodas, ou le fait de ne pas assez boire en dehors des repas. Si ces boissons participent à l'apport hydrique, **l'eau reste la boisson de référence**, sans sucre ni additif. Les personnes âgées, qui ressentent moins la soif, ainsi que les personnes très actives et les enfants qui oublient souvent de boire, sont considérées comme plus à risque de déshydratation.

LES BONS RÉFLEXES À ADOPTER

- **Boire un verre d'eau au réveil**
- **Garder une bouteille à portée de main**
- **Boire à chaque repas**
- **Anticiper en cas de chaleur ou d'activité physique**
- **Varier : eau plate, pétillante, infusions, eau aromatisée naturellement**

L'objectif : **fractionner les apports tout au long de la journée**

À SURVEILLER 💧

Un indicateur simple : **la couleur des urines**
- **claire >> hydratation correcte** 🚰
- **foncée >> manque d'eau** 🔴

I LE SAVIEZ-VOUS ?

La sensation de soif diminue avec l'âge. Il est donc essentiel **de boire régulièrement sans attendre**. L'alimentation (fruits, légumes, soupes) contribue significativement à l'hydratation.



I PRÉVENIR PLUTÔT QUE SUBIR

Boire de l'eau est un geste simple, accessible à tous, mais souvent négligé. Dans un contexte où la prévention est au cœur de la santé, **l'hydratation est un levier concret pour préserver son bien-être au quotidien**.

MÉFIEZ-VOUS DU MARKETING !

Des slogans rassurants, des promesses santé flatteuses, des emballages qui empruntent les codes de la médecine ou de la nature : le marketing moderne sait parler à nos émotions. Mais derrière les mots "renforce", "protège", "aide" ou "équilibre", quelle est la solidité scientifique réelle ? À l'heure des alicaments, des compléments et des publicités nutritionnelles omniprésentes, il devient essentiel d'apprendre à distinguer information, suggestion… et argument de vente.

On entre dans un supermarché comme on entre dans un théâtre. Tout est déjà en scène. Les couleurs rassurent, les mots suggèrent, les slogans caressent. Ici, un yaourt "contribue à vos défenses". Là, une boisson "aide à réduire le cholestérol". Plus loin, des céréales bardées de vitamines se présentent presque comme un geste santé. Et au rayon pharmacie, certains médicaments sans ordonnance semblent promettre une solution simple, rapide, presque familière, à des maux pourtant banals. Le marketing moderne n'a pas seulement appris à vendre des produits. Il a appris à vendre des récits. Le lait n'est plus un aliment, il devient un ami. Le complément alimentaire n'est plus un appoint, il devient un allié. L'emballage ne décrit plus seulement ce qu'il contient : il suggère ce que nous pourrions devenir en l'achetant. En meilleure forme. Plus protégés. Plus performants. Plus **"*raisonnables*"**, aussi. C'est précisément là qu'il faut, comme lecteur et comme consommateur, réintroduire une vieille vertu : le doute.

UN SLOGAN N'EST PAS UNE VÉRITÉ NUTRITIONNELLE

L'exemple est resté dans toutes les mémoires : "***Les produits laitiers sont nos amis pour la vie.***" La formule est brillante, parce qu'elle est simple, affective et durable. Mais la science ne parle jamais comme une publicité. Elle ne dit pas qu'un aliment est un "ami pour la vie". Elle raisonne en besoins, en quantités, en profils individuels, en équilibre global. L'Anses rappelle que les repères nutritionnels doivent s'inscrire dans une alimentation diversifiée et adaptée à chacun. Cela ne signifie pas que les laitages seraient à proscrire. Cela signifie simplement qu'aucun slogan ne devrait remplacer une réflexion sur les besoins réels, qui varient selon l'âge, l'état de santé, la tolérance digestive ou l'ensemble du régime alimentaire.

LES ALICAMENTS, CHAMPIONS DE L'AMBIGUÏTÉ

C'est tout l'art des **alicaments** : ils ne promettent pas franchement de soigner, mais suggèrent d'**"aider"**, de **"contribuer"**, de **"soutenir"**. Le vocabulaire est prudent, mais l'effet est puissant. En Europe, les allégations de santé sont pourtant strictement encadrées : elles doivent être évaluées scientifiquement avant d'être autorisées. Le problème, c'est l'écart entre la rigueur réglementaire et l'impression laissée au consommateur. Un produit peut mettre en avant un bénéfice réel, mais très encadré, très ciblé, très partiel. Dans la publicité, cette nuance disparaît souvent.

LE "HALO SANTÉ" : UN MOT QUI FAIT OUBLIER LE RESTE

"Riche en calcium", **"source de fibres"**, **"avec vitamines"**, **"0 %"**. Rien n'est forcément faux dans ces mentions. Mais elles créent ce que les spécialistes appellent un effet de halo : on attire l'attention sur une qualité pour faire oublier le reste du produit. En pratique, beaucoup de consommateurs associent spontanément un mot positif à une impression générale de produit sain, même lorsque celui-ci est aussi très sucré, très gras ou très transformé. Autrement dit, un produit n'est pas bénéfique pour la santé simplement parce qu'il contient un ingrédient intéressant.

MÊME LES MÉDICAMENTS RACONTENT UNE HISTOIRE

Le marketing n'épargne pas non plus les médicaments. En France, la publicité pour les médicaments auprès du grand public est encadrée précisément pour éviter les messages trompeurs et favoriser le bon usage. L'exemple des médicaments contre le rhume contenant de la **pseudoéphédrine** l'a bien montré : pendant longtemps, ils ont incarné la solution pratique et banale à un inconfort courant. Pourtant, l'ANSM a rappelé qu'ils exposaient à des effets indésirables rares mais graves et qu'il valait mieux éviter leur usage par voie orale. Une publicité peut installer l'idée de simplicité là où la prudence reste nécessaire.

L'EMBALLAGE N'EST PAS NEUTRE

Il y a enfin ce que l'on oublie de questionner : le packaging lui-même. Couleurs vertes, feuilles dessinées, blanc médical, mots comme "***naturel***", "***équilibre***", "***vitalité***"… Tout cela crée un climat de confiance avant même que le consommateur ait lu la composition. Or l'emballage n'informe pas seulement : il influence. Il donne un ton, une promesse, une ambiance scientifique ou rassurante. Et parfois, il masque plus qu'il n'éclaire.

CE QU'IL FAUT RETENIR

La publicité n'a pas pour mission d'informer comme un médecin, un pharmacien ou un nutritionniste. Elle cherche à séduire, à simplifier, à marquer les esprits. C'est normal. Le risque apparaît lorsque nous transformons ses messages en vérités scientifiques. Le vrai danger n'est donc pas le mensonge pur, mais souvent **un vrai incomplet**, **un vrai exagéré**, **un vrai sorti de son contexte**.

3 RÉFLEXES POUR DÉCRYPTER UNE PROMESSE SANTÉ

1. Lire au-delà du slogan
"Renforce", "protège", "aide" : ces verbes suggèrent beaucoup, sans toujours dire précisément quoi, pour qui, ni dans quelles conditions.

2. Regarder le produit dans son ensemble
Un aliment peut être *"riche en calcium"* ou *"source de vitamines"* tout en étant très sucré, très gras ou ultra-transformé.

3. Se méfier des mots qui rassurent trop vite
"Naturel", "vitalité", "équilibre", "immunité", "flore", "détox": ces termes ont un fort pouvoir marketing, mais pas toujours une valeur scientifique solide.

GEL DES COTISATIONS : L'ÉQUATION IMPOSSIBLE

QUAND ON DEMANDE L'IMPOSSIBLE AUX MUTUELLES

Imaginez une famille qui reçoit, le même jour, deux courriers. Dans le premier, on lui dit : ***"Vos dépenses vont augmenter."*** Dans le second : ***"Mais vous n'avez pas le droit d'augmenter votre budget."*** C'est exactement la situation dans laquelle se retrouvent aujourd'hui les mutuelles et l'ensemble des complémentaires santé.
D'un côté, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2026 a prévu, dans son **article 13**, que les cotisations de complémentaire santé ne pourraient pas augmenter en 2026 par rapport à 2025. Le même article crée aussi une contribution de **2,05 %** assise sur les cotisations, et précise noir sur blanc que, pour 2026, le montant de ces cotisations ne peut pas être relevé.

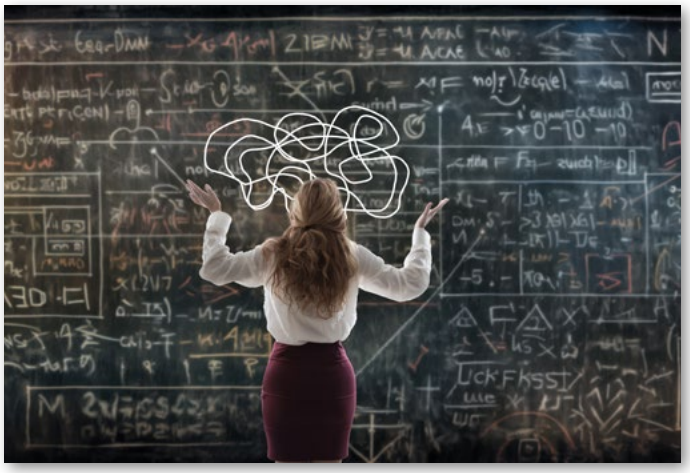
De l'autre côté, au même moment, une partie des dépenses hospitalières est transférée de l'Assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé. Au départ, on parlait de **400 millions d'euros**. Mais dans son avis du 20 février 2026, l'UNOCAM explique que le montant réellement retenu atteint **530 millions d'euros en année pleine**, et que cette hausse du reste à charge à l'hôpital sera, dans les faits, **prise en charge par les complémentaires** dans le cadre des contrats responsables.

Dit simplement : on interdit aux mutuelles d'augmenter leurs recettes, mais on augmente leurs dépenses. Pour un adhérent, cela peut sembler paradoxal. Pour un organisme mutualiste, c'est plus qu'un paradoxe : c'est une équation presque impossible.

Pourquoi ? Parce qu'une mutuelle ne peut pas voter un budget déficitaire, en comptant le combler plus tard. Elle est soumise à des règles prudentielles européennes qui imposent aux organismes d'assurance de disposer de ressources financières suffisantes, ainsi qu' une gestion saine et prudente de l'activité. L'**ACPR** contrôle le **respect de ces règles** par nos mutuelles..

Autrement dit, une mutuelle n'a pas le droit de faire comme si les charges nouvelles n'existaient pas. Elle doit provisionner, couvrir ses risques, préserver sa solvabilité et garantir qu'elle pourra rembourser ses adhérents demain comme aujourd'hui. Son conseil d'administration ne peut pas, durablement, laisser les comptes se déséquilibrer sans mettre en cause cette obligation de gestion prudente, sous le regard du superviseur.

C'est là que se trouve le vrai problème. Le discours public dit : ***"Nous gelons les cotisations pour protéger le pouvoir d'achat."*** Mais, dans le même temps, les textes transfèrent aux complémentaires de nouvelles charges hospitalières, en plus d'une contribution dédiée. Au fond, on demande aux mutuelles de payer davantage tout en leur interdisant d'ajuster immédiatement leurs recettes. Ce n'est pas seulement une contradiction politique ; c'est une tension directe avec les règles prudentielles auxquelles elles sont légalement tenues.



Pour les adhérents mutualistes, il faut donc dire les choses avec franchise : une mutuelle ne ***"gagne"*** pas quand les cotisations augmentent ; elle cherche d'abord à couvrir, au plus juste, le coût réel des soins. Si l'on transfère plusieurs centaines de millions d'euros de dépenses supplémentaires vers les complémentaires, cet argent doit bien être financé quelque part : soit par les cotisations, soit par les réserves, soit par une baisse d'autres prestations. Et puiser durablement dans les réserves n'est pas une solution normale, car ces réserves servent justement à sécuriser les remboursements et à protéger les adhérents dans la durée.

En résumé, l'**article 13 de la LFSS 2026** envoie deux injonctions paradoxales : d'un côté, ***"n'augmentez pas les cotisations"*** ; de l'autre, ***"assumez davantage de dépenses (augmentation des forfaits hospitaliers, améliorations du 100% Santé, ...)"***. Pour une mutuelle, cela revient à devoir tenir une promesse de stabilité tarifaire, tout en étant contrainte de rembourser plus de prestations. Or, dans la vraie vie, dépenses et recettes sont, chacun s'en doute, étroitement liées et dépendantes l'une de l'autre ! Bien entendu, il est possible de différer une hausse, de lisser un effort dans le temps voire d'absorber un choc temporaire (grâce aux réserves que sont contraintes de constituer nos mutuelles). Mais il serait dangereux et irresponsable d'ignorer une augmentation structurelle des dépenses générée par le législateur. Nos mutuelles n'ont ni la possibilité réglementaire, ni la volonté suicidaire d'adopter le raisonnement des gouvernements et de la représentation nationale qui aggravent, année après année, le déficit public de notre pays.

ET SI VOTRE SANTÉ SE JOUAIT… DANS LES PETITS GESTES DU QUOTIDIEN ?

Chaque matin, tout commence de la même façon : un réveil, un café, quelques minutes pour soi… et puis la journée s'emballe. Dans ce rythme souvent chargé, prendre soin de sa santé passe parfois au second plan. Pas par négligence, mais faute de temps, de repères ou d'accompagnement.

C'est précisément là qu'intervient **Hippocrate**, une application conçue pour remettre la prévention au cœur du quotidien, simplement et sans pression. Imaginée par un jeune étudiant en médecine, cette application repose sur une idée essentielle : **ce sont les petites actions répétées chaque jour qui façonnent durablement notre santé**. Plutôt que de proposer des objectifs irréalistes ou des performances à atteindre, Hippocrate accompagne chacun à son rythme. Concrètement, l'application invite à faire une pause, deux fois par jour. Quelques questions rapides permettent de faire le point sur son sommeil, son alimentation, son activité physique ou encore son bien-être mental. En retour, des conseils personnalisés, courts et accessibles, sont proposés : une respiration à tester, une habitude à ajuster, un geste simple à adopter. Rien d'intrusif, rien de culpabilisant. Juste un accompagnement discret, bienveillant — presque un compagnon de route. Pour les mutualistes, cette approche résonne particulièrement. Car la prévention est au cœur du modèle mutualiste : agir avant que les problèmes ne surviennent, favoriser l'autonomie et permettre à chacun d'être acteur de sa santé. Hippocrate s'inscrit pleinement dans cette logique. Elle ne remplace pas le médecin, mais elle prolonge le conseil médical dans la vie de tous les jours. Elle aide à transformer des recommandations souvent abstraites en actions concrètes. Et si, finalement, prendre soin de sa santé ne passait pas par de grands bouleversements, mais par une multitude de petits choix quotidiens ?

Avec Hippocrate, la prévention devient accessible, personnalisée et ancrée dans la réalité de chacun. Une manière simple — et moderne — de reprendre la main sur sa santé, jour après jour.

GROSSESSE ET MÉDICAMENTS :
DES GESTES SIMPLES POUR PROTÉGER SON BÉBÉ

Lorsque l'on attend un enfant, chaque geste du quotidien prend une importance particulière — et la prise de médicaments n'échappe pas à cette vigilance. Beaucoup de futures mamans l'ignorent : certains médicaments peuvent avoir des effets sur le développement du bébé, et ce, à différents moments de la grossesse. Au tout début, souvent avant même de savoir que l'on est enceinte, se joue une étape cruciale : la formation des organes. C'est durant ce premier trimestre que le risque de malformations est le plus élevé. Plus tard, d'autres effets peuvent apparaître, influençant la croissance ou le bon fonctionnement des organes du fœtus. Pour autant, il ne s'agit pas de bannir toute prise de médicaments. Certaines situations nécessitent un traitement, notamment en cas de maladie chronique. L'essentiel est ailleurs : **ne jamais prendre un médicament sans avis médical**, même s'il est disponible sans ordonnance. Adopter les bons réflexes, c'est aussi anticiper. Lorsqu'un projet de grossesse est envisagé, il est recommandé d'en parler avec un professionnel de santé afin d'adapter, si besoin, les traitements en cours. Pendant la grossesse, chaque prescription doit être soigneusement évaluée pour équilibrer les bénéfices pour la mère et les risques pour l'enfant. Dans le doute, il ne faut pas hésiter à demander conseil — à son médecin, son pharmacien ou à des centres spécialisés. Car une information fiable permet d'éviter des inquiétudes inutiles… et surtout des prises de risque. Au fond, la prévention repose sur une idée simple : **pendant la grossesse, aucun médicament n'est anodin**. En restant attentive et bien accompagnée, chaque future maman peut agir concrètement pour protéger la santé de son bébé, dès les premiers jours.



LA GOUVERNANCE DE LA MIPSS AUVERGNE

Lors de l'Assemblée Générale du 25/11/25, vos 34 délégués ont procédé au renouvellement partiel du Conseil d'Administration qui, lors de sa réunion du 16/12/25, a, à son tour, désigné les membres du Bureau et constitué des Commissions, dont 3 sont imposées par la réglementation.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE (34 DÉLÉGUÉS)

Vous pouvez consulter la composition de l'AG sur https://mipss-auvergne.fr

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (DE 10 À 25 MEMBRES)

	Nom - Prénom	Echéance		Nom - Prénom	Echéance
1	BACLET Robert	2027	9	GRANIER Michel	2027
2	BOUFFET Catherine	2027	10	HUMEAU Rémy	2027
3	BOURRAND Mireille	2027	11	LEGROS Renée	2029
4	BROUETTE Josiane	2029	12	LEGROS Renée	2029
5	CUSSINET Pierre	2029	13	POINTUD Gisèle	2029
6	GENEIX Daniel	2027	14	SAUVADET Mireille	2029
7	GENEIX Jeanine	2029	15	VERDERA Dominique	2027
8	GENESTIER Colette	2029			

LE BUREAU (9 MEMBRES)

Président	Daniel GENEIX	
Vice-Présidents	Robert BACLET	Catherine BOUFFET
Secrétaire-Général	Dominique VERDERA	
Secrétaires Adjoints	Josiane BROUETTE	Jeanine GENEIX
Trésorier-Général	Christian PIROLLES	
Trésoriers Adjoints	Mireille BOURRAND	Renée LEGROS

LES COMMISSIONS OBLIGATOIRES

Comité d'audit (ordonnance n° 2008-1278 du 08 décembre 2008)
Catherine BOUFFET — Mireille BOURRAND — Pierre CUSSINET — Jeanine GENEIX

Commission des Placements (recommandation ACPR – octobre 2007)
Colette GENESTIER — Michel GRANIER — Renée LEGROS — Dominique VERDERA

Commission de Contrôle Interne (recommandation ACPR – octobre 2007)
Sandrine ARNAL* — Murielle BONNET* — Josiane BROUETTE — Véronique MARTIN* — Gisèle POINTUD — Mireille SAUVADET

(*) non administrateur – salariée de la mutuelle

REPÈRES

ENGAGEMENT DES ADHÉRENTS

- **Délégués : 34 pour 70 places**
- **Administrateurs : 15 pour 25 places**

PARITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Femmes	Hommes
53%	47%

LA RÉGION AURA SOUTIENT LE THERMALISME



Au-delà des considérations sanitaires, le thermalisme constitue un levier économique majeur en Auvergne-Rhône-Alpes. Il participe au dynamisme et à l'équilibre des communes. 91 % des stations thermales sont situées dans des communes de moins de 10 000 habitants. Le thermalisme régional génère 1 milliard d'euros de retombées économiques annuelles et 7 000 emplois directs et indirects non délocalisables.

Depuis 2016, plus de 100 millions d'euros ont été investis par la Région AURA dans ses 23 stations thermales, avec pour objectif de devenir la région de référence en matière de pleine santé et de bien-être. Ces investissements ont permis de moderniser les parcs thermaux, les infrastructures et d'améliorer la gestion de la ressource en eau.

PUY-DE-DÔME : CONVERGENCE DE LA QUALITÉ DES SOINS À L'HÔPITAL

Le CHU de Clermont-Ferrand et les cinq établissements hospitaliers de Riom, Issoire, Billom, Le-Mont-Dore et Enval-Clémentel ont adopté une politique de qualité et de gestion des risques commune qui permet une cohérence territoriale, une mutualisation des pratiques et une convergence des outils. Elle vise à garantir la sécurité, la pertinence et la qualité des soins, tout au long du parcours du patient, en cohérence avec les enjeux de santé publique du territoire.

Selon la Directrice Générale du CHU, Mme Durand-Roche, « l*es patients partenaires sont associés concrètement à la démarche. Ils interviennent dans les projets de soins, les évaluations traceurs, les programmes d'éducation thérapeutique et participent aux instances comme la commission des usagers (CDU). Leur parole est valorisée et intégrée dans les plans d'action qualité* ».

Note : pour le CHU, un « *patient partenaire* » est une personne vivant avec une maladie chronique ou ayant une expérience significative du système de santé, de préférence membre d'une association de patients, qui s'engage aux côtés des professionnels pour améliorer la qualité des soins.





DIS-MOI, CORI : COMMENT EST MON GENOU ?

Depuis 2022, pour le service de chirurgie orthopédique du CHU de Clermont-Ferrand et depuis 2025, pour celui du Pole Santé République, un robot nouvelle génération dédié à la pose partielle ou totale de prothèse de genou est entré dans l'équipe des chirurgiens orthopédiques de ces établissements. Grâce à sa procédure chirurgicale robotisée doublée d'une intelligence artificielle, le robot CORI™ permet de poser très précisément une prothèse de genou lors d'une intervention chirurgicale, avec une précision d'un demi-millimètre. À l'aide de capteurs et de télétransmission, le robot modélise entièrement le genou du patient.

Et première en France, depuis le mois de mars 2025, le robot CORI est également utilisée au Pôle Santé République pour la pose de prothèses totales de hanche. « ***Nous pouvons ainsi nous passer d'imagerie préopératoire 3D. Le robot nous donne des informations sur la façon de placer la prothèse et nous oriente dans la bonne direction tout en n'étant qu'un guide à la chirurgie*** » explique le Dr Roger Erivan, chirurgien orthopédiste au CHU.

Pour le Dr Gaultier Sallès, chirurgien orthopédique au Pôle Santé République, « ***L'intérêt, c'est de préserver les tensions au niveau des muscles autour de la hanche. Il ne faut pas oublier le moteur autour de l'articulation. Il va être mis dans les mêmes conditions de fonctionnement et ça permet de limiter les problèmes de douleurs. Si on allonge trop les gens, il peut y avoir des douleurs ou des malpositions d'implants. Ça permet de remettre les gens dans la même situation pour avoir une meilleure récupération fonctionnelle après*** ».

Mipss

La mutuelle de la Sécu Auvergne

Mutuelle de proximité créée en 1951 par les comités d'entreprise des organismes de Sécurité Sociale de Clermont-Ferrand. Ouverte à tous, indépendamment du lieu de résidence ou du secteur d'activité.



mamutuelle devillage

Aides auditives, lunettes et prothèses dentaires éligibles au 100% Santé sont accessibles à tous SANS RESTE A CHARGE. Il s'agit d'un vrai effort de solidarité, inclus dans notre unique contrat santé.

UNE VRAIE PROXIMITÉ

SIÈGE ET ACCUEIL DES ADHÉRENTS
(SUR RENDEZ-VOUS)
Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes
63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX
- Du lundi au jeudi : **09h00-12h00 - 13h30-16h00**
- Le vendredi : **09h00-12h00 - 13h30-15h00**

CONTACTS
- Téléphone : **09 72 16 27 25**
- Mail : **contact@mipss-auvergne.fr**

UN SOCLE SANTÉ COMMUN

GARANT D'UNE RÉELLE SOLIDARITÉ ENTRE TOUS SES MEMBRES

- **PROTECTION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**
  - > conforme au **contrat responsable**
  - > inclut le « **100% Santé** » et l'**homéopathie**
  - > **aucun droit d'entrée** avant 80 ans

- **TROIS GARANTIES EN INCLUSION**
  - > **Indemnité Obsèques** de 1 220,00 EUR
  - > **Assistance Santé** et **Protection Juridique Santé**
  - > **Service Deuxième Avis médical**

COTISATIONS 2026

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (PAR MOIS)*

• adhérent ou ayant-droit, cas général :	87,39 EUR HT	98,60 EUR TTC
• adhérent ou ayant-droit invalide selon art R 211 du Règlement Mutualiste	65,60 EUR HT	74,00 EUR TTC
• adhérent ou ayant-droit en activité salariée ou assimilée	65,60 EUR HT	74,00 EUR TTC
• adhérent ou ayant-droit scolaire, étudiant, apprenti ou pôle emploi (-28 ans)	35,12 EUR HT	39,60 EUR TTC
• 3°enfant inscrit et suivants, jusqu'à 20 ans		GRATUIT

EN DISPENSE DE COTISATION SANTÉ (PAR AN)*

• adhérent	74,40 EUR HT	74,40 EUR TTC

(adhésion accessible à tous les salariés assujettis à une complémentaire santé **obligatoire** par leur employeur)

* ces tarifs incluent les garanties Indemnité Obsèques, Assistance Santé, Protection Juridique Santé et Deuxième Avis Médical

https://mipss-auvergne.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de Mutualité – SIREN 779 209 469 - LEI 9695006L7N8BBLDBST26