

SPÉCIALE

GROUPES DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE



L'édito du Secrétaire Général
Bruno GASPARINI

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE N'EST PAS UN MARCHÉ COMME LES AUTRES

Il y a des moments dans la vie d'un secteur où le bruit ambiant — les résultats financiers, les cyberattaques, les startups disruptives, les indices de solvabilité — risque de faire oublier l'essentiel. Ce moment, c'est maintenant. Et l'essentiel, c'est ceci : **la protection sociale complémentaire a été construite non pour rémunérer des actionnaires, mais pour protéger des êtres humains.**

Ce n'est pas une posture. C'est une architecture politique, juridique et éthique qui a mis des décennies à se construire, et que l'on peut défaire en quelques années si l'on n'y prend pas garde.

**Le modèle paritaire repose sur un principe que
l'économie de marché ne peut pas produire seule : la
mutualisation du risque entre personnes qui ne se
connaissent pas**

Quand un jeune salarié en bonne santé cotise à sa complémentaire d'entreprise, il ne souscrit pas à un produit financier. Il entre dans un pacte de solidarité avec le cadre senior diabétique de l'autre côté de la France, avec la salariée à temps partiel qui ne peut pas se payer une prothèse auditive, avec le travailleur en arrêt longue durée qui a besoin que la prévoyance tienne ses engagements. **C'est cette promesse que nos organisations portent. Et elle n'a de sens que si elle est gérée par ceux pour qui elle a été faite — les partenaires sociaux — et non par des opérateurs dont la vocation première est le retour sur capitaux.**

La cogestion paritaire n'est pas une relique des Trente Glorieuses. Elle est la réponse la plus cohérente jamais trouvée à une question que le marché ne peut pas résoudre : comment organiser la solidarité entre des personnes qui ne se choisissent pas, autour de risques qu'elles ne maîtrisent pas, dans la durée ?

La non-lucrativité n'est pas une contrainte de gestion. C'est une boussole stratégique

Quand une institution de prévoyance ou une mutuelle dégage un excédent, cet excédent ne s'envole pas en dividendes. Il retourne dans les réserves prudentielles, dans les actions de prévention, dans la politique de remboursement, dans la qualité de service. Cette logique de « retour à l'objet social » — que nos textes fondateurs posent comme principe cardinal — est précisément ce qui permet à nos organisations d'investir dans des domaines que l'assurance commerciale abandonne dès que la rentabilité s'effrite : la prise en charge du grand âge, la prévention de la désinsertion professionnelle, l'accompagnement des aidants, la santé au travail dans les petites entreprises.

Dire que le modèle non lucratif est moins efficace que le modèle actionnarial, c'est confondre l'efficacité et le profit. Un assureur commercial efficace maximise son ratio combiné. Une institution paritaire efficace maximise la protection de ses cotisants. **Ce ne sont pas les mêmes équations, et elles ne produisent pas les mêmes comportements.**

La gouvernance paritaire est une forme de démocratie économique. Elle mérite d'être défendue comme telle

Dans un Conseil d'Administration paritaire, des représentants de salariés et d'employeurs siègent à égalité pour décider de la politique de garanties, de l'allocation des excédents, des partenariats stratégiques, des grands équilibres entre court terme et long terme. Ce n'est pas parfait — aucun dispositif humain ne l'est. Mais c'est une façon de faire en sorte que ceux qui subissent le risque aient voix au chapitre sur la manière dont il est géré. C'est une façon d'ancrer les décisions dans la réalité des branches professionnelles, des territoires, des métiers.

Quand les plateformes numériques proposent de gérer la protection sociale depuis un algorithme de paie, quand les bancassureurs mutualisent les portefeuilles pour optimiser leur résultat net, quand les captives d'entreprise rapatrient la gestion des risques loin du collectif : toutes ces évolutions ont leur logique propre. Mais aucune ne produit cette chose rare et précieuse qu'est **la gouvernance partagée du risque humain.**

Le SNFOCOS ne se bat pas pour défendre des structures. Il se bat pour défendre une idée

L'idée que la santé n'est pas une marchandise. Que la prévoyance n'est pas un produit d'appel. Que la retraite complémentaire n'est pas un placement. Que derrière chaque cotisation, il y a une personne, une famille, un parcours de vie qui mérite mieux qu'un algorithme de scoring ou une offre standardisée calée sur le canal de distribution le moins coûteux.

Nos cadres — gestionnaires, liquidateurs, conseillers, agents de direction — incarnent cette idée au quotidien. Ce sont eux qui, dans chaque organisme, maintiennent vivant ce lien entre le contrat et la personne, entre la règle et la situation humaine concrète. Leur professionnalisme, leur expertise, leur engagement constituent le véritable actif de notre modèle. Investir dans leurs compétences, leur reconnaissance et leur dialogue professionnel n'est pas un coût de structure. C'est la condition de la promesse que nous faisons à nos assurés.

Face aux mutations qui s'accélèrent, notre réponse ne peut pas être la nostalgie. Elle doit être l'exigence

Exigence de qualité de gestion. Exigence de transparence vis-à-vis des adhérents et des branches.

Exigence de sobriété institutionnelle — nos structures ne sont pas des fins en soi. Exigence d'innovation sociale — sur la prévention, le parcours de soins, l'accompagnement des transitions professionnelles. Exigence de dialogue — entre syndicats, entre employeurs, entre générations d'adhérents, entre organismes qui doivent parfois accepter de se rapprocher plutôt que de survivre séparément.

Le modèle paritaire et non lucratif n'a pas besoin d'être protégé comme une espèce menacée. Il a besoin d'être **porté comme une conviction**, défendu comme un choix de société, et géré comme ce qu'il est : **la forme la plus aboutie de solidarité organisée que le salariat français ait jamais construite.**

C'est cette conviction que le SNFOCOS mettra, sans concession, au cœur de chaque négociation, chaque réforme, chaque débat à venir.

Bruno Gasparini, Secrétaire Général du SNFOCOS

1. COMPTES SOCIAUX : UN DÉFICIT 2025 PERSISTANT ET STRUCTUREL

Le déficit 2025 des régimes de base de la Sécurité sociale et du FSV atteint **21,6 milliards d'euros**, un niveau légèrement moins dégradé que ce qui avait été anticipé en loi de financement, mais qui confirme le caractère structurel des déséquilibres. La trajectoire est d'autant plus préoccupante que le solde 2024 était déjà de **-15,3 milliards d'euros**, en nette dégradation par rapport à 2023, malgré un Ondam tenu et une décrue des dépenses Covid. Certaines organisations syndicales soulignent que ce déficit persistant « n'est pas une fatalité » et reflète l'absence de stratégie durable de financement du modèle social, appelant à des mesures « fortes et structurantes » plutôt qu'à une succession de tours de vis techniques.

Les travaux de Fondation et du Haut Conseil du financement de la protection sociale convergent : les soldes « votés » affichent parfois des améliorations, mais les soldes tendanciels, eux, continuent de se dégrader, ce qui repousse de fait l'hypothèse d'un retour à l'équilibre avant 2028. Pour les organismes complémentaires, ces chiffres signifient que la question centrale n'est plus de savoir **si** des transferts de charge interviendront entre Assurance maladie obligatoire, complémentaires et ménages, mais **où** et **comment** ils seront opérés (paniers, tickets modérateurs, fiscalité, régulation des prix).

2. 100 % SANTÉ : ENTRE SUCCÈS ET CRITIQUES DE SOUTENABILITÉ

Du point de vue de la santé publique, la DREES dresse un bilan plutôt positif de la réforme 100% santé : les dépenses sans reste à charge sur les paniers 100% santé atteignent **4,3 milliards d'euros en 2023**, avec un reste à charge nul pour les équipements du panier A en optique, dentaire et audio. La même source rappelle qu'avant 2019, le reste à charge après AMC dans ces trois postes atteignait en moyenne **1 600 euros par an** pour les ménages concernés, ce qui en faisait un facteur majeur de renoncement aux soins. Les données détaillées montrent une forte hausse du recours : +75% d'achats de prothèses auditives entre 2019 et 2021, +17% pour les prothèses dentaires, avec une proportion élevée de recours au panier 100% santé chez les plus âgés.

Pour autant, le président du HCAAM, **Yann-Gaël Amghar**, estime publiquement que le 100% santé « n'est pas à reproduire », en pointant le coût croissant du dispositif et ses limites comme modèle générique de réforme. Les travaux du HCAAM sur la régulation du système de santé, qui plaident pour une refonte de l'Ondam et une régulation davantage médico-économique, confortent cette analyse : l'extension indiscriminée de paniers à reste à charge nul risque de rigidifier la dépense sans garantir la meilleure allocation en termes de santé publique. Pour les OCAM, l'enjeu est double : défendre la pertinence des paniers existants tout en pesant dans la future articulation AMO/AMC, telle qu'analysée dans le rapport « Grande Sécu » du HCAAM qui rappelle le rôle indispensable de la complémentaire dans la limitation du reste à charge moyen, malgré des primes jugées inégalitaires pour les plus modestes et les plus âgés.

3. RESTE À CHARGE ET INÉGALITÉS : LE PRISME DREES ET CSBM

Sur le champ plus large de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), la DREES met en avant la spécificité française : un reste à charge moyen par habitant d'environ **292 euros en 2024**, l'un des plus faibles de l'Union européenne, derrière seulement le Luxembourg et la Croatie. Mais ce chiffre flatteur masque des disparités importantes, que la DREES documente dans ses fiches sur le reste à charge : la part du reste à charge diminue pour l'hospitalier et certains biens médicaux, mais augmente pour les soins ambulatoires hors 100% santé et pour certains produits du panier.

Le HCAAM rappelle, dans ses travaux sur l'articulation AMO/AMC, que le « taux d'effort » des ménages les plus modestes dépasse 10% de leur revenu et augmente avec l'âge, ce qui signifie que la complémentaire santé demeure, en pratique, un mécanisme de redistribution imparfait et parfois régressif si elle n'est pas fortement régulée.

Cette tension entre niveau global de protection très élevé et inégalités micro-économiques intra-population pèse directement sur le positionnement des groupes de protection sociale : ils doivent simultanément démontrer la valeur ajoutée de leurs garanties (réduction du reste à charge, meilleure couverture des risques lourds) et accepter une montée en puissance de dispositifs publics ciblés ou de plafonnements réglementaires des primes. Elle alimente également les scénarios de réforme type « Grande Sécu », dont les variantes vont de l'amélioration du système actuel jusqu'à une nationalisation plus large de la couverture de base, chaque scénarisation impliquant des recompositions profondes pour les mutuelles et institutions de prévoyance.

4. SILAE ET MYSILAE SANTÉ : QUAND LA PAIE DEVIENT UN CANAL D'ASSURANCE

L'entrée de **Silae** dans la protection sociale via **mySilae Santé** constitue sans doute l'une des évolutions les plus structurantes du marché collectif TPE-PME. L'éditeur de paie, qui s'est imposé comme un acteur de référence de la DSN et des solutions RH, propose désormais une offre de complémentaire santé et prévoyance intégrée nativement à sa plateforme mySilae, en partenariat avec **CCMO Mutuelle, Unéo et l'UNMI**. L'objectif affiché est de proposer une gestion « sécurisée, automatisée et 100% intégrée à la paie » couvrant tout le cycle de vie du contrat, du paramétrage DSN à la radiation, en garantissant la conformité aux minimas conventionnels.

Pour les experts-comptables et gestionnaires de paie, la promesse est puissante : fin des doubles saisies, réduction des risques d'erreurs, automatisation des obligations d'information et de remise des documents légaux, telle que l'a souligné la communication de Silae et les retours d'usage recensés dans la communauté utilisateurs. Sur le plan concurrentiel, plusieurs analyses professionnelles (Compta Online, presse spécialisée) y voient une **rupture de canal** : le pouvoir de recommandation et de mise en place des contrats se déplace vers l'éditeur de logiciel et son écosystème, au détriment des distributeurs traditionnels, qu'ils soient courtiers, mutuelles de branches ou institutions paritaires. À moyen terme, cela questionne la capacité des groupes de protection sociale à garder la main sur la relation employeur-salarié quand celle-ci se reconfigure autour de plateformes intégrées RH/paie.

5. GRANDS GROUPES ET BANCASSUREURS : SOLIDITÉ FINANCIÈRE ET REPOSITIONNEMENTS

Les résultats récents confirment la bonne tenue des grands acteurs multi-métiers. **Generali** publie pour 2025 un **résultat opérationnel record de 8 milliards d'euros** (+9,7%), un résultat net ajusté de **4,3 milliards d'euros** (+14,5%) et des primes brutes en hausse à **98,1 milliards d'euros**, portées par une forte croissance en non-vie (+7,6%) et une collecte nette vie parmi les plus dynamiques d'Europe. La santé et la prévoyance sont explicitement citées comme moteurs de la collecte, en particulier via des offres combinant épargne-retraite et protection des personnes.

Groupama franchit, de son côté, le seuil des **20 milliards d'euros d'activité** et des **1 milliard d'euros de résultat net** en 2025, selon ses communications financières relayées par la presse économique, confirmant la pertinence d'un modèle mutualiste diversifié capable d'absorber une sinistralité climatique élevée. Le **Crédit Mutuel** affiche également, pour 2025, des comptes consolidés jugés « de bonne facture », dans la lignée d'Alliance Fédérale et d'Arkéa, ce qui conforte la montée en puissance de la bancassurance comme pilier de la protection sociale complémentaire, notamment en retraite supplémentaire et prévoyance emprunteur.

Direct Assurance, filiale d'Axa, dépasse pour la première fois le **milliard d'euros de primes** en 2025, avec 2,1 millions de clients, une croissance organique de 50% en trois ans et une sinistralité nettement réduite chez les jeunes conducteurs grâce aux offres connectées YouDrive. Même si son cœur de métier reste l'auto, la dynamique montre la capacité des modèles 100% digitaux à massifier une base d'adhérents, ce qui n'est pas sans enseignement pour les acteurs de la complémentaire santé qui peinent parfois à industrialiser leurs parcours digitaux.

6. RISQUES CYBER : DE LA MUTUELLE FAMILIALE AUX OPÉRATEURS DE TIERS PAYANT

La cyberattaque subie par **La Mutuelle Familiale** le 17 mars 2026 a entraîné une indisponibilité temporaire de services essentiels : remboursements, tiers payant, plateforme téléphonique, espace adhérents et application mobile. La mutuelle indique avoir mobilisé immédiatement des experts en cybersécurité pour contenir l'incident et investiguer l'ampleur potentielle de la fuite de données, en précisant que les personnes concernées seraient informées en cas d'atteinte à leurs données personnelles. La presse professionnelle souligne qu'il s'agit d'un nouvel épisode dans une série d'attaques qui touche particulièrement la sphère santé, des hôpitaux aux gestionnaires de tiers payant.

L'incident fait écho à la violation massive de données survenue en 2024 chez les opérateurs de tiers payant **Viamedis** et **Almerys**, qui a exposé les données d'état civil, numéros de Sécurité sociale, nom d'assureur et garanties de contrat de plus de **33 millions de personnes**, comme l'ont rappelé la CNIL et la presse généraliste. Les rapports de l'ANSSI et les fiches pratiques de l'ANAP et du CERT Santé confirment que le secteur sanitaire et médico-social figure au premier rang des cibles en France, avec une progression marquée des attaques par hameçonnage et rançongiciel et la nécessité d'une « cyberhygiène » minimale – segmentation des systèmes, mises à jour rapides, plans de continuité, sensibilisation des utilisateurs. Pour les OCAM, qui manipulent des données de santé et de tiers payant, ces recommandations doivent être traduites en plans de résilience comparables à ceux des établissements de santé, au risque de voir leur crédibilité entamée autant que leurs résultats techniques.

5. GRANDS GROUPES ET BANCASSUREURS : SOLIDITÉ FINANCIÈRE ET REPOSITIONNEMENTS

Les résultats récents confirment la bonne tenue des grands acteurs multi-métiers. **Generali** publie pour 2025 un **résultat opérationnel record de 8 milliards d'euros** (+9,7%), un résultat net ajusté de **4,3 milliards d'euros** (+14,5%) et des primes brutes en hausse à **98,1 milliards d'euros**, portées par une forte croissance en non-vie (+7,6%) et une collecte nette vie parmi les plus dynamiques d'Europe. La santé et la prévoyance sont explicitement citées comme moteurs de la collecte, en particulier via des offres combinant épargne-retraite et protection des personnes.

Groupama franchit, de son côté, le seuil des **20 milliards d'euros d'activité** et des **1 milliard d'euros de résultat net** en 2025, selon ses communications financières relayées par la presse économique, confirmant la pertinence d'un modèle mutualiste diversifié capable d'absorber une sinistralité climatique élevée. Le **Crédit Mutuel** affiche également, pour 2025, des comptes consolidés jugés « de bonne facture », dans la lignée d'Alliance Fédérale et d'Arkéa, ce qui conforte la montée en puissance de la bancassurance comme pilier de la protection sociale complémentaire, notamment en retraite supplémentaire et prévoyance emprunteur.

Direct Assurance, filiale d'Axa, dépasse pour la première fois le **milliard d'euros de primes** en 2025, avec 2,1 millions de clients, une croissance organique de 50% en trois ans et une sinistralité nettement réduite chez les jeunes conducteurs grâce aux offres connectées YouDrive. Même si son cœur de métier reste l'auto, la dynamique montre la capacité des modèles 100% digitaux à massifier une base d'adhérents, ce qui n'est pas sans enseignement pour les acteurs de la complémentaire santé qui peinent parfois à industrialiser leurs parcours digitaux.

6. RISQUES CYBER : DE LA MUTUELLE FAMILIALE AUX OPÉRATEURS DE TIERS PAYANT

La cyberattaque subie par **La Mutuelle Familiale** le 17 mars 2026 a entraîné une indisponibilité temporaire de services essentiels : remboursements, tiers payant, plateforme téléphonique, espace adhérents et application mobile. La mutuelle indique avoir mobilisé immédiatement des experts en cybersécurité pour contenir l'incident et investiguer l'ampleur potentielle de la fuite de données, en précisant que les personnes concernées seraient informées en cas d'atteinte à leurs données personnelles. La presse professionnelle souligne qu'il s'agit d'un nouvel épisode dans une série d'attaques qui touche particulièrement la sphère santé, des hôpitaux aux gestionnaires de tiers payant.

L'incident fait écho à la violation massive de données survenue en 2024 chez les opérateurs de tiers payant **Viamedis** et **Almerys**, qui a exposé les données d'état civil, numéros de Sécurité sociale, nom d'assureur et garanties de contrat de plus de **33 millions de personnes**, comme l'ont rappelé la CNIL et la presse généraliste. Les rapports de l'ANSSI et les fiches pratiques de l'ANAP et du CERT Santé confirment que le secteur sanitaire et médico-social figure au premier rang des cibles en France, avec une progression marquée des attaques par hameçonnage et rançongiciel et la nécessité d'une « cyberhygiène » minimale – segmentation des systèmes, mises à jour rapides, plans de continuité, sensibilisation des utilisateurs. Pour les OCAM, qui manipulent des données de santé et de tiers payant, ces recommandations doivent être traduites en plans de résilience comparables à ceux des établissements de santé, au risque de voir leur crédibilité entamée autant que leurs résultats techniques.

7. CAPTIVES DE RÉASSURANCE : MONTÉE EN PUISSANCE D'UNE LOGIQUE D'AUTO-ASSURANCE

L'agrément délivré par l'ACPR à **CapQuartz**, captive de réassurance du groupe Chimirec, illustre le démarrage tonitruant de l'exercice 2026 pour les captives françaises. Selon News Assurances Pro, CapQuartz est le troisième véhicule à obtenir son agrément depuis le début de l'année, confirmant un mouvement amorcé depuis 2023 et désormais soutenu institutionnellement par la **Fédération Française des Captives d'Entreprise (FFCE)**, officiellement lancée fin 2024 avec un rôle de représentation de la filière auprès des pouvoirs publics. Dans le même esprit, **PiveteauBois** a annoncé la création de sa captive « Florence Ré », actuellement en attente d'agrément, après plusieurs années de réflexion, signalant que l'outil n'est plus réservé aux seuls groupes cotés.

L'ACPR a d'ailleurs publié en 2024 un **guide spécifique sur les captives de réassurance**, rappelant les conditions d'éligibilité, le périmètre de risques réassurables, les exigences de solvabilité et les attentes en matière de gouvernance et de gestion des investissements, tout en précisant que ces structures demeurent assujetties au cadre Solvabilité II avec quelques allègements de proportionnalité. Cette montée en puissance de l'auto-assurance d'entreprise interpelle directement les groupes de protection sociale qui assurent ces risques : une partie du risque qui aurait été mutualisé dans des portefeuilles classiques se trouve désormais internalisée dans des véhicules dédiés, réduisant potentiellement les volumes, mais ouvrant aussi de nouvelles opportunités de services d'accompagnement, de fronting et de conseil en risk management.

8. MUTUALIA, VYV, MGEN, MAIF : RECOMPOSITIONS ET STRATÉGIES D'IMPACT

Le choix du **Groupe Mutualia** de confier au **Groupe IMA** l'assistance santé et obsèques de **340 000 bénéficiaires**, majoritairement des professionnels agricoles et des seniors, illustre une tendance à la spécialisation : les mutuelles concentrent leur cœur de métier assurantiel et confient l'assistance à des acteurs industriels de l'accompagnement. Le contrat prévoit une palette étendue de services : conseil social via une plateforme médico-sociale pluridisciplinaire, aide à domicile jusqu'à 15 heures sur 10 jours, services de proximité (livraison de médicaments, portage de repas) et accès à [Deuxiemeavis.fr](https://www.deuxiemeavis.fr) pour un avis médical spécialisé en moins de 7 jours.

Cette alliance renforce la capacité de Mutualia à se positionner sur le « bien-vieillir » et la prise en charge des fragilités, au-delà du seul remboursement, ce qui touche directement au positionnement des groupes de protection sociale sur la prévention et l'accompagnement des parcours de vie.

Sur le terrain organisationnel, la **MNT** a officiellement installé son siège dans l'immeuble **Chrysalide** à Montparnasse, rejoignant MGEN, VYV3, la Maison des Obsèques et d'autres entités du Groupe VYV dans une même « maison commune » pensée pour favoriser les synergies. Ce déménagement vise à renforcer les coopérations opérationnelles et à accompagner l'évolution des modes de travail (flex-office, télétravail, espaces collaboratifs), tout en matérialisant l'appartenance de la MNT au collectif VYV. La transformation de Chrysalide a été présentée par MGEN comme le reflet de sa propre mutation pour affronter la réforme de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires, avec modernisation des SI, réorganisation du réseau commercial et adaptation des centres de services aux contrats collectifs de grande échelle.

La **MAIF**, enfin, poursuit sa feuille de route « Régénération » et son **dividende écologique** via le Fonds MAIF pour le vivant et le programme Nature 2050, qui financent des projets de renaturation, d'adaptation climatique et de restauration de la biodiversité, dans une logique de solutions fondées sur la nature. Les appels à projets 2025-2026 prévoient un soutien financier significatif (jusqu'à plusieurs centaines de milliers d'euros par projet) pour des actions de « dés-imperméabilisation », restauration de zones humides, renaturation d'espaces côtiers ou transition agricole et forestière. Au-delà de l'image de marque, cette stratégie environnementale agressive préfigure ce que pourraient devenir, pour d'autres groupes paritaires, des engagements de type « dividende social ou écologique » adossés à des trajectoires d'investissement responsables.

9. DIALOGUE SOCIAL : L'EXEMPLE MATMUT DANS UN CONTEXTE DE TENSIONS SALARIALES

Dans un contexte d'inflation toujours sensible et de tensions sur le pouvoir d'achat, la **Matmut** a conclu un accord majoritaire dans le cadre des Négociations Annuelles Obligatoires (NAO) 2026, signé par la CFDT, la CFE-CGC et la CFTC. L'accord prévoit notamment une **augmentation générale de 1,1% du salaire de base**, plafonnée à 1 000 euros bruts annuels, une enveloppe de **1% pour les augmentations individuelles**, la reconduction du forfait mobilité durable jusqu'à 500 euros et le maintien de congés anniversaires pour 40 ans d'ancienneté. Il inclut également un avenant à l'accord d'intéressement, permettant le versement d'un supplément de 4,6 millions d'euros au titre de 2025 en cas de bénéfices exceptionnels, renforçant ainsi le partage de la valeur avec les salariés.

Cet accord illustre comment un grand groupe mutualiste peut articuler performance économique (3,2 milliards d'euros de primes en 2024 et notation financière solide) avec un dialogue social structuré, dans un cadre juridique où les accords d'entreprise peuvent profondément redéfinir les équilibres entre normes de branche et dispositions internes. Pour les cadres et représentants du personnel des groupes de protection sociale, il constitue un cas d'école sur la manière d'utiliser l'intéressement et la mobilité durable comme leviers compensatoires lorsque les marges de manœuvre sur les revalorisations générales restent contraintes.

10. NOUVEAUX RISQUES DE RESPONSABILITÉ : LES ALIMENTS ULTRA-TRANSFORMÉS EN LIGNE DE MIRE

La note **sigma insights 05/2026** de l'Institut Swiss Re alerte sur les **aliments ultra-transformés (UPF)** comme risque émergent de responsabilité à longue traîne, susceptible de suivre une trajectoire comparable à celle du tabac ou des PFAS en termes de contentieux et de coûts assurantiels. Le rapport rappelle qu'en décembre 2025, la première action en justice menée par une autorité publique contre des fabricants d'UPF a été engagée pour tenter de récupérer des coûts de santé associés aux pathologies liées à ces produits, marquant une escalade nette du risque juridique. Swiss Re souligne le risque d'« excess inflation » sur ces sinistres, c'est-à-dire une inflation des coûts de responsabilité supérieure à l'inflation générale, du fait de la combinaison de la montée en puissance des preuves scientifiques, de l'évolution de l'opinion publique et de la créativité des stratégies contentieuses.

Pour les assureurs et réassureurs, les recommandations portent sur la cartographie fine des expositions (par ligne de produit et par années de souscription), l'ajustement des limites et des franchises en responsabilité civile produits, mais aussi l'intégration de ces scénarios dans les politiques d'investissement, étant donné le risque réputationnel associé à certains secteurs alimentaires.

Pour les groupes de protection sociale complémentaire, l'enjeu est indirect mais réel : la montée des maladies chroniques associées aux UPF pèse sur les dépenses de santé à moyen et long terme, tandis que d'éventuelles actions de recouvrement de coûts par les pouvoirs publics pourraient redéfinir la répartition des charges entre systèmes de santé, industriels et financeurs privés.

11. EN FILIGRANE : RÉSEAUX DE SOINS, OPTIQUE ET GOUVERNANCE DES DONNÉES

En toile de fond de ces évolutions, le dossier des **réseaux de soins** reste emblématique de la tension structurelle entre rationalisation économique et autonomie professionnelle des acteurs de santé, notamment en optique. Depuis l'autorisation des réseaux en 2014, les relations entre opticiens et complémentaires oscillent entre dépendance (flux de clientèle, visibilité) et conflit (pression sur les prix, standardisation des pratiques), avec pour nœud central la question de l'usage et du partage des données de consommation de soins. Les analyses sectorielles rappellent que, malgré le 100% santé, le poste optique reste celui où la réforme a le moins modifié les comportements, en partie parce qu'une proportion importante de bénéficiaires disposait déjà de garanties supérieures au panier réglementaire, ce qui maintient la sensibilité économique des opticiens et la pression concurrentielle entre réseaux.

Pour les institutions paritaires (FIPS) et les grandes fédérations (FNMF, France Assureurs), ce dossier fonctionne comme un laboratoire des tensions à venir : comment concilier le pilotage des restes à charge et de la qualité de service, la massification des réseaux, la garantie d'une rémunération décente pour les professionnels et la protection des données de santé, dans un contexte de judiciarisation croissante et d'exigences renforcées des usagers en matière de transparence. Il offre aussi un terrain privilégié de dialogue social interprofessionnel, où syndicats d'opticiens, fédérations mutualistes et régulateurs peuvent tester de nouveaux compromis entre liberté tarifaire, paniers régulés et incitations qualité.

Dans cet environnement, les groupes de protection sociale qui souhaitent rester des références de leur métier doivent, plus que jamais, articuler trois registres : la lecture fine des trajectoires macrosociales (déficits, régulation, 100% santé), la maîtrise des risques technologiques et concurrentiels (cyber, captives, plateformes comme Silae) et une gouvernance exemplaire, combinant impact social, exigence de conformité et qualité du dialogue social interne.

Snfocos

Préparer sa retraite

Bénéficiez d'un entretien d'information retraite offert et personnalisé.



Préparer sa retraite : bénéficiez d'un entretien d'information retraite offert et personnalisé.

Date de départ, majorations pour enfants, surcote, rachat de trimestres... Préparer sa retraite soulève souvent de nombreuses interrogations auxquelles il n'est pas toujours simple d'y répondre. Grâce aux entretiens d'information retraite, notre partenaire AG2R LA MONDIALE vous propose un accompagnement personnalisé et gratuit pour vous aider à y voir plus clair et anticiper sereinement votre départ à la retraite.

Pourquoi réaliser un entretien d'information retraite ?

Les entretiens d'information retraite vous permettent d'échanger avec un conseiller expert qui vous apportera une aide à la compréhension des documents de reconstitution de carrière ainsi que des réponses claires et expertes aux questions réglementaires concernant tous les régimes de votre carrière (base et complémentaire) et l'incidence de certains choix et aléas de votre carrière.

Comment se déroule l'entretien d'information retraite ?

A partir d'un relevé de votre carrière, le conseiller retraite d'AG2R LA MONDIALE vérifiera avec vous les périodes d'activité et les éléments de rémunération et vous indiquera les démarches à suivre en cas d'anomalies détectées.

Durant l'entretien, le conseiller répondra à vos questions concernant votre future retraite. Il vous présentera plusieurs simulations du montant de votre retraite en fonction de votre âge de départ et évoquera, avec vous, les dispositifs de fin de carrière. Les simulations seront ensuite déposées sur [votre espace sécurisé Agirc-Arrco](#). Selon le niveau de détail souhaité, l'entretien peut être simplifié ou approfondi, et se dérouler par téléphone ou en visioconférence.

Qui peut bénéficier de cet accompagnement ?

Vous êtes salarié.e, âgé.e de 45 ans et plus ? Vous avez acquis des droits dans un des régimes obligatoires ? Alors, vous pouvez bénéficier de ces entretiens d'information retraite. Et si vous n'êtes plus en activité, vous pouvez toujours le demander.

Prenez rendez-vous dès maintenant :

Vous souhaitez faire estimer le montant de votre future retraite et connaître votre date de départ en retraite ? Vous aimeriez en savoir plus sur les dispositifs de fin de carrière ?

Pour bénéficier de cet entretien, rien de plus simple. Il vous suffit de [prendre rendez-vous](#) avec un conseiller retraite d'AG2R LA MONDIALE.

[Prendre rendez-vous](#)

NOS PARTENAIRES

