

14 septembre 2026

SPÉCIALE GROUPES DE PROTECTION SOCIALE

PRÉVENTION SANTÉ : LE MILLIARD QUI FÂCHE



Comment le Sénat érige les complémentaires en acteurs de santé publique, tout en leur retirant, dans le même souffle budgétaire, un milliard d'euros

Enquête sur un paradoxe d'État qui va structurer, dans les prochains mois, le rapport de force entre les pouvoirs publics et les groupes de protection sociale.

Il y a des séquences politiques où l'on mesure, avec une précision presque clinique, l'écart entre ce qu'un État proclame et ce qu'il décide effectivement. La France en offre, à l'été 2026, une démonstration presque caricaturale : le même appareil d'État qui érige la prévention en priorité nationale organise, dans le texte budgétaire voisin, un prélèvement d'un milliard d'euros sur ceux-là mêmes qu'il vient de couronner acteurs de santé publique.

[Le rapport sénatorial n° 789, publié le 24 juin 2026 sous le titre éloquent « Beaucoup de soins, mais peu de santé : l'impératif de la prévention »](#), consacre une idée que le SNFOCOS défend depuis des années : un système qui soigne beaucoup et prévient peu n'est ni finançable, ni humainement défendable. Dans la même quinzaine, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2026 vient prélever un milliard d'euros sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) et geler leurs cotisations. Deux textes, deux logiques, une seule victime potentielle : la crédibilité de la politique de prévention elle-même.

Trois chiffres qui déplacent la ligne de crête

36 %. C'est la part de la population française vivant, en 2023, avec une pathologie chronique comme le diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, pathologies respiratoires. Une proportion appelée à grimper à 43% en 2035. Ces pathologies chroniques concentrent déjà 62% des dépenses d'assurance maladie. Les rapporteuses du Sénat placent ces trois nombres au cœur de leur diagnostic, et ils font plus que documenter un constat : ils déplacent la nature même du débat public sur la santé.

Tant que la prévention reste pensée comme une politique périphérique, elle demeure l'otage des aléas budgétaires, des appels à projets ponctuels et de la rotation des priorités ministérielles. Dès l'instant où elle devient une condition de soutenabilité du système de santé tout entier, elle exige tout autre chose : une gouvernance stable, une doctrine de financement pérenne, des indicateurs d'efficacité mesurables et un partage explicite des responsabilités entre l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et les assurés eux-mêmes.

Le grief central formulé par les sénatrices est d'ailleurs moins clinique qu'institutionnel. La France ne pâtirait pas d'un déficit d'intuitions sur la prévention mais d'une incapacité chronique à hiérarchiser les priorités, à les évaluer sérieusement et à les tenir dans la durée au-delà des alternances politiques. D'où l'appel, dès les premières des vingt-neuf recommandations du rapport, à une nouvelle stratégie nationale de santé adossée à une grande loi de santé publique.



Reconnus d'une main, mais ponctionnés de l'autre

C'est là que le paradoxe budgétaire prend tout son relief. La recommandation 19 du rapport propose, pour la première fois de manière aussi explicite, de reconnaître les organismes complémentaires comme des opérateurs de prévention à part entière et non plus comme de simples tiers-payeurs. La recommandation 13 en tire immédiatement la conséquence financière : instaurer, dans le cadre du contrat responsable, une part minimale de 2% des primes affectée à la prévention, soit environ 750 millions d'euros.

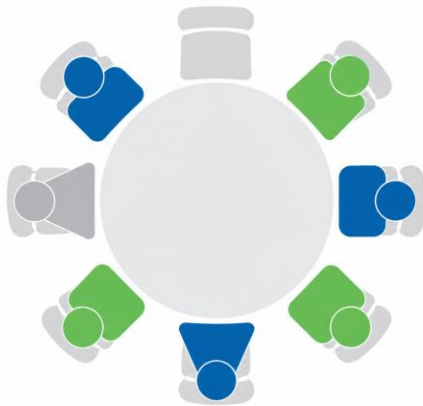


Pour les cadres des groupes de protection sociale, qui construisent cette expertise depuis des années dans les branches professionnelles, au contact direct des entreprises et des assurés, cette reconnaissance a valeur de rattrapage. Elle intervient toutefois dans une séquence budgétaire d'une brutalité inhabituelle. La contribution exceptionnelle inscrite dans la LFSS 2026, assise sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire, doit rapporter environ un milliard d'euros au taux de 2,05%. Le gouvernement présente ce prélèvement comme la restitution d'un milliard déjà capté par les organismes complémentaires via les hausses tarifaires de 2025. Les fédérations professionnelles y lisent, à l'inverse, un signal frontalement contraire à celui envoyé par le Sénat : la Mutualité Française dénonce une « TVA sur la santé » et une « anomalie européenne », le FIPS (ex CTIP) un « impôt déguisé à la charge des entreprises et des salariés », France Assureurs une contribution qu'elle qualifie d'« irrationnelle, irresponsable et cynique ».

À cette ponction s'ajoute un gel tarifaire strict. Selon l'analyse du cabinet Capstan Avocats, l'article 13 de la LFSS interdit toute augmentation des cotisations complémentaires par rapport au niveau de 2025. Les trois familles d'organismes complémentaires, mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs, jugent la mesure « anticonstitutionnelle et inapplicable » et envisagent des recours, notamment par la voie d'une question prioritaire de constitutionnalité. Le fléchage des 2% vers la prévention prend, dans ce climat, une coloration résolument ambivalente : investissement structurant selon les uns, strate supplémentaire dans un empilement d'obligations déjà saturé selon les autres.

Indicateur clé	Valeur	Source
Recommandations du rapport sénatorial n° 789	29	Sénat, 24 juin 2026
Population avec pathologie chronique (2023 → 2035)	36,9% → 43%	Rapport n° 789
Part des dépenses d'assurance maladie liée aux pathologies chroniques	62%	Rapport n° 789
Fléchage prévention proposé (recommandation 13)	2% des primes ≈ 750 M€	Rapport n° 789
Contribution exceptionnelle LFSS 2026	2,05% ≈ 1 Md€ de rendement	LFSS 2026, article 13
Hausse de cotisations annoncées pour 2026	4,3% (individuel)	Mutualité Française
	· 4,7% (collectif)	

La coalition de Maignon : co-décider ou simplement co-financer ?



La recommandation 3 du rapport crée une coalition des opérateurs de prévention rattachée directement au Premier ministre, réunissant l'État, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les caisses de retraite. Sur le papier, la proposition rejoint une revendication ancienne : dès septembre 2024, la Mutualité Française, le FIPS (ex CTIP) et France Assureurs réclamaient conjointement une « approche concertée » et une « gouvernance partagée » de la prévention. Mais toute gouvernance partagée n'est pas nécessairement équilibrée. La question qui déterminera l'issue des négociations à venir est de savoir si cette instance ouvre un espace réel de codécision sur les priorités, les moyens, l'évaluation ou si elle organise surtout l'intégration administrative des complémentaires dans une stratégie arrêtée ailleurs, sans elles. Le rattachement à Maignon peut conférer à la prévention la puissance interministérielle qui lui a toujours manqué. Il peut tout aussi bien renforcer une verticalité déjà vivement contestée dans le débat sur la taxe exceptionnelle et le gel tarifaire. Le risque, formulé sans détour par les syndicats du secteur, est simple : financer davantage sans gouverner réellement.

Un contrat responsable déjà saturé



C'est sur ce terrain technique, en apparence aride mais politiquement décisif, que se jouera la véritable bataille. Le désaccord ne porte pas sur le principe même, de la prévention, largement partagé, mais sur son mode d'institutionnalisation. Les groupes de protection sociale peuvent accepter que la prévention devienne un élément constitutif du contrat responsable ; ils accepteront beaucoup plus difficilement un quota réglementaire uniforme, imposé sans négociation de branche préalable.

L'argument porte d'autant plus que le contrat responsable est déjà extraordinairement dense : France Assureurs estime que 80% des garanties y sont aujourd'hui imposées par la réglementation. Le rapport sénatorial y ajoute pourtant deux strates supplémentaires. La recommandation 29 intègre l'activité physique adaptée aux garanties obligatoires une mesure sanitaires cohérente mais contractuellement lourde à mettre en œuvre. La recommandation 24 crée, elle, un carnet de prévention numérique intégré à « Mon espace santé » et oblige les opérateurs à y verser systématiquement leurs actions de prévention : interfaces informatiques, référentiels communs, sécurité des données, responsabilités de mise à jour, articulation avec les systèmes d'information existants. Une visibilité nouvelle pour des actions jusqu'ici peu valorisées à condition que l'injonction technique s'accompagne d'un financement dédié et d'un standard partagé. À défaut, ce sera une charge supplémentaire portée par des équipes déjà sous tension.

Données de santé : une ligne de crête, pas une autoroute

La recommandation 20 fait évoluer, sous cadre expérimental, les conditions d'accès des organismes complémentaires aux données de santé. Les fédérations professionnelles y voient un levier d'efficacité : mieux cibler les publics fragiles, mieux orienter les actions de prévention là où elles produiront le plus d'effet.

Toutefois, on ne peut revendiquer l'accès à la donnée de santé qu'en portant simultanément une doctrine explicite et vérifiable de non-sélection des risques, avec une seule finalité préventive exclusive, sous le contrôle effectif par les instances paritaires de gouvernance.

L'entreprise, nouveau territoire de la santé au travail

La recommandation 21 propose de démultiplier les espaces de prévention à travers les contrats collectifs obligatoires et les partenariats de branche et d'entreprise. C'est probablement, pour les groupes de protection sociale à gouvernance paritaire, l'ouverture la plus prometteuse de tout le rapport.

Là où un assureur individuel raisonne d'abord en termes de portefeuille de clients, un groupe de protection sociale raisonne en branche professionnelle, en population salariée, en trajectoire de carrière et en dialogue social. L'entreprise articule naturellement protection sociale complémentaire, santé au travail, qualité de vie au travail, prévention des risques professionnels et négociation collective. Elle devient ainsi, de fait, le lieu où la prévention peut cesser d'être une simple addition de modules numériques et de campagnes standardisées, pour se transformer en véritable objet de négociation collective, un espace de démocratie sociale, à condition que les partenaires sociaux, en définissent eux-mêmes les priorités, en suivent les résultats, et garantissent que les actions bénéficient d'abord aux salariés les plus exposés aux risques.

Qui, en définitive, réglera la facture ?

Les recommandations 14 et 15 du rapport visent une prévention sans reste à charge ni avance de frais, ainsi que l'exonération de franchise pour les actes de prévention. L'intention affichée est juste : une prévention payante ou illisible administrativement devient mécaniquement inégalitaire, pénalisant d'abord les assurés les plus modestes. Reste, en aval, la question centrale du financement.

La Mutualité Française affirme que la taxe exceptionnelle sera in fine supportée par les assurés eux-mêmes ; l'Institut de la protection sociale évalue l'effet différé à une hausse de 2 à 3% des cotisations à partir de 2027.

Pour la seule année 2026, la Mutualité Française annonce déjà des hausses de 4,3% en contrats individuels et de 4,7% en contrats collectifs, les retraités souscrivant des contrats individuels étant les plus exposés, faute de toute prise en charge employeur. Le paradoxe est ainsi complet : présentée comme un levier de maîtrise des dépenses de santé à long terme, la prévention peut devenir, à court terme, un facteur d'inquiétude tarifaire immédiat pour des millions d'assurés.



Ce que le SNFOCOS met sur la table de la négociation

Face à cette séquence contradictoire, la profession ne peut se contenter d'accueillir les recommandations qui la valorisent tout en critiquant celles qui la contraignent : il lui faut une doctrine cohérente, opposable dans les négociations à venir, avec trois lignes rouges non négociables.

La première exigence porte sur une gouvernance réellement partagée : la coalition de prévention rattachée à Matignon ne peut se réduire à une chambre d'enregistrement. Les partenaires sociaux et les cadres qui font vivre le paritarisme au quotidien doivent co-décider des priorités, des moyens et des modalités d'évaluation et non se contenter de financer ce que d'autres auront déjà arbitré sans eux.

La deuxième porte sur des garanties éthiques intangibles concernant les données de santé : oui à une prévention ciblée et efficace, non à toute dérive vers la sélection des risques, la donnée pouvant affiner le ciblage des publics fragiles mais aussi, si sa finalité est mal bornée juridiquement, nourrir une segmentation contraire aux principes fondateurs de la solidarité professionnelle.

La troisième exigence, la plus directement syndicale, porte sur les moyens accordés à celles et ceux qui devront concrètement mettre en œuvre cette politique. Reconnaître les groupes de protection sociale comme acteurs de santé publique, c'est aussi reconnaître, former et valoriser leurs cadres. Nouvelles missions, nouveaux outils numériques, nouvelles obligations de traçabilité : chacune de ces évolutions a un coût réel en charge de travail. Cette charge ne saurait devenir, à son tour, un facteur de risque pour la santé des collègues chargés de la porter, un mécanisme que le secrétaire général du SNFOCOS résume par une formule sans ambiguïté : la délégation de charge sans délégation de pouvoir.

Le rapport sénatorial pose, en définitive, une question aussi simple que redoutable : les organismes complémentaires seront-ils les financeurs additionnels d'un système de santé déjà sous tension budgétaire extrême, ou les coproducteurs pleinement reconnus d'une politique de santé publique enfin renouvelée ?

La réponse se jouera dans les mois qui viennent, au fil des arbitrages sur le contrat responsable, la coalition de Matignon et le cadre d'accès aux données de santé.

Une reconnaissance, rappelle le SNFOCOS, ne vaut que si elle donne un véritable pouvoir d'agir.

Retrouvez [le dossier GPS du SNFOCOS](#) paru fin août dernier :

DOSSIER

Prévention santé & groupes de protection sociale

Août 2026

Les groupes de protection sociale à l'épreuve d'un nouveau compromis national — reconnaissance, financement, données de santé et paritarisme après le rapport sénatorial sur la prévention.

Snfocos | Syndicat National
Force Ouvrière des Cadres
des Organismes Sociaux

Syndicat National Force Ouvrière des Cadres
des Organismes Sociaux · www.snfocos.org