

# FO Le journal du secteur de la protection sociale



## EDITO

Ce 28 mai s'est tenu la Commission des comptes de la Sécurité sociale dans un contexte d'annonces tous azimuts notamment de la Cour des comptes qui donne déjà des pistes pour de nouvelles économies. Le tout bien sûr sans évoquer l'ampleur des défis qui s'imposent désormais à notre modèle social : vieillissement de la population, explosion des besoins de santé, progression des arrêts de travail, fragilisation de l'accès aux soins, montée des risques psychosociaux et nouvelles formes de précarités sanitaires.

La question centrale n'est pas uniquement celle des dépenses. Elle est d'abord celle des recettes et du financement durable de notre protection sociale. Peut-on continuer à affaiblir les ressources de la Sécurité sociale par des exonérations massives de cotisations sans contrôle ni évaluation sérieuse de leur efficacité ? Peut-on durablement demander toujours plus d'efforts aux assurés sociaux pendant que les besoins explosent sur tous les territoires ?

La déclaration de Force Ouvrière lors de cette instance évoque tous ces sujets et nous revenons aussi dans ce numéro sur l'autonomie avec cette question d'une société qui vieillit sans avoir encore construit les réponses collectives nécessaires. La perte d'autonomie, les difficultés d'accès aux soins ou encore les retards en matière de prévention rappellent que le « bien vieillir » ne peut être un simple slogan. Il nécessite des investissements, des professionnels, une politique publique cohérente et une véritable ambition de solidarité.

Nous revenons aussi sur la santé au travail avec l'augmentation des arrêts maladie, des risques psychosociaux, de l'usure professionnelle avec en parallèle le passage en déficit de la branche AT-MP. La prévention primaire, l'amélioration des conditions de travail et le renforcement de la médecine de prévention doivent redevenir des priorités concrètes et non de simples intentions affichées.

Tous ces sujets seront portés par Force Ouvrière dans toutes les instances et à tous les niveaux que ce soit celui de la confédération comme celui des caisses de Sécu dans lesquelles de nombreux camarades viennent d'être désignés pour leur premier mandat. Au stage qui s'est tenu à Nantes en mai ils étaient près de la moitié de nouveaux camarades. En juin c'est à Toulouse que nous irons à la rencontre de nos camarades d'Occitanie.

Eric Gautron Secrétaire confédéral,  
en charge de la Protection sociale

N°23 mai 2026

## Sommaire

### Sécu page 2

Déclaration à la Commission des Comptes de la Sécurité sociale du 27 mai 2026

### Branche Autonomie page 5

Chutes chez les personnes âgées : agir pour mieux prévenir

### Branche Maladie page 7

Projet de loi lutte contre la fraude sociale et fiscale : encore une offensive contre les assurés sociaux !

### Santé au travail page 9

Partage d'informations entre les assurance maladie et services de santé au travail : les modalités précisées par décrets

### Santé au travail page 10

Compte professionnel de Prévention - C2P

### Infos page 11

Formation de nos administrateurs



FO

# Déclaration à la Commission des Comptes de la Sécurité sociale du 28 mai 2026



Le solde des comptes de la Sécurité sociale s'établit à -21,6 Md€ en 2025, un résultat meilleur qu'attendu. La progression des recettes reste toutefois insuffisante pour faire face au mouvement continu et profond sur l'augmentation des dépenses. Et pour cause, les réponses apportées pour endiguer les déficits ne s'engagent pas sur du long terme.

Enfin nous saluons au passage la certification des comptes de l'ensemble des branches et des caisses du régime général pour 2025 par la Cour des comptes et ce sur les 5 branches ; c'est un signal fort qu'il fallait à nos yeux souligner.

Nous le savons tous ici la question de l'équilibre repose sur notre capacité collective à investir sur les champs de financement, donc des recettes. Notre société, à l'instar de certains pays occidentaux, fait face à des défis inédits : faible essor démographique, problématiques liées à l'accompagnement du vieillissement, phénomènes grandissants des arrêts de travail et des indemnités journalières, allongement du temps de travail et apparitions de nouvelles affections et pour finir la progression inquiétante des problèmes de santé mentale qui affecte les jeunes générations.

Nous sommes aussi témoins d'une fragilisation de la santé infantile et notre pays voit l'âge de sa population en bonne santé diminué alors que la part de notre PIB dans la Sécurité Sociale est conséquente. Face à ces défis et si nous voulons continuer à porter une sécurité sociale conforme à l'idéal de sa création Force Ouvrière le souligne à nouveau nous avons toujours un sujet de recettes en général et un problème en particulier avec le montant exorbitant des exonérations de cotisations patronales qui ne cesse de croître sans aucun contrôle.

**“ nous avons toujours  
un sujet de recettes ”**

Le Gouvernement a annoncé récemment le gel de cette progression, c'est un petit pas mais on voit à quel point il met le feu aux poudres. Pourtant cela doit faire partie d'un plan d'action pluriannuel qui doit permettre de trouver des marges de manœuvre pour investir dans des leviers à l'utilité évaluable. Cela étant dit nous sommes aussi conscients que la capacité de contributions des salariés, des citoyens est extrêmement tendue et qu'une pression sur le Reste à Vivre entraînerait des conséquences sensibles sur les familles, amplifiée en période d'inflation.

Sans surprise c'est bien entendu la branche maladie qui supporte l'essentiel de ce déficit, cela appelle de notre part une réflexion non seulement sur le financement mais aussi sur l'urgence à prendre le virage préventif. Penser parcours de santé c'est associer la dimension de la prévention dans ces 3 niveaux et d'y adjoindre celle de l'accompagnement sanitaire c'est-à-dire le soin. La question de l'accès au parcours de santé reste majeure pour nos concitoyens.

Nous voudrions ici souligner l'immense détresse de certains territoires et pas uniquement ruraux qui se retrouvent sans structures de prise en charge sanitaires faute de professionnels de santé ou d'engagement publique à maintenir l'activité de soins. Bien sûr qu'il y a l'Ondam, un indicateur devenu un totem mais celui-ci ne reflète pas les réalités territoriales et les expressions de besoin de nos concitoyens qui ne peuvent accéder aux soins et je ne rajoute même pas le qualificatif de soins de qualité.

Nous soulignons positivement un nombre de travaux qui sont aujourd'hui en œuvre afin d'explorer les possibles axes à investir, oui nous pensons que l'articulation entre AMO et AMC doit pouvoir porter des améliorations dans la prise en charge des assurés et dans un premier temps sur le champ d'une prévention active et opérative au plus proche de nos concitoyens. Une vigilance toutefois, pourrions-nous dans un esprit de simplification et de lisibilité cesser les milles feuilles des acteurs dans ce domaine. Tout comme nous avons besoin d'une stratégie de santé claire dans un cadre pluriannuel nous avons besoin également d'une stratégie en termes de prévention qui clarifie le qui fait quoi et aussi comment. C'est-à-dire quelle est la tête de pont en matière de prévention Santé Publique, qui met en œuvre, qui évalue et qui corrige au besoin ? Cette démarche vertueuse qui s'y engagera car nous sommes persuadés que d'investir sur le champ de la prévention est un enjeu majeur en termes d'économies mais aussi et surtout en termes de santé pour toute la population. Qui plus est si on l'associe à des nouveaux outils de l'IA ou encore des dispositifs tels que le DMP en y intégrant un passeport prévention par exemple. Ici on ne parle plus exclusivement de dépense mais aussi d'investissement.

Tout ceci ne peut se faire sans les acteurs de la Santé, donc en premier chef les assurés eux-mêmes qui conscientisent leur patrimoine santé et par les professionnels qui doivent pouvoir trouver au travers les politiques conventionnelles une juste reconnaissance de leur travail. Un dernier point face au défi grandissant des fraudes massives nous ne pouvons laisser chacun travailler en silo. La mutualisation des informations entre l'AMO et les AMC doit être renforcée pour endiguer un phénomène des plus préoccupants. Agir ainsi c'est se donner les moyens de réagir de façon souveraine et de trouver sur notre territoire les moyens les plus efficaces comme sur l'hébergement de nos données de santé. Ce sont des investissements forts qui ne peuvent être vus que comme de simples dépenses. C'est ce qui doit conduire aussi demain l'Etat dans ses discussions avec les Caisses dans la construction des prochaines Convention d'Objectif et de Gestion. Alors dans un espace calendaire déjà ouvert sur les prochaines échéances ne succombons pas à la facilité des mesures comme le bouclier sanitaire ou le mythe de la Grande Sécu. Elles ne répondent pas du tout à la problématique du financement et de l'investissement en Santé.

S'agissant plus particulièrement de prévention en santé au travail, le passage en déficit de la branche AT-MP doit interpeller les pouvoirs publics comme les entreprises. Cette branche du fait de sa structure ne peut pas être en déficit, il est urgent de trouver les solutions afin de continuer à indemniser les victimes et surtout de prévenir les accidents et les maladies.

A Force Ouvrière nous sommes très vigilants sur l'inflation forte sur mes arrêts de travail, le volume IJ qui sont des indicateurs tangibles d'une fragilité des plus en plus grande des salariés. Qui plus est que nous sommes témoins d'un phénomène croissant de présentisme dans les entreprises. Ces phénomènes ne sont pas strictement français comme le démontrent les chiffres de l'OCDE, c'est une tendance qui tend à s'amplifier en Europe. Pour autant il devient urgent de renforcer les dispositifs de veille et de médecine de prévention au sein du Secteur Privé et Public. Avec l'allongement du temps de travail de nouvelles affections arrivent dans l'entreprise et agir ici aussi en prévention doit permettre de mieux appréhender ces phénomènes nouveaux.

L'excédent de la branche famille doit pouvoir être capitalisée pour les projets d'envergure qui ont été annoncés comme le service public de la petite enfance et pour soutenir plus généralement une politique ambitieuse de la jeunesse.

Nous considérons pour finir que l'enjeu de la prise en charge du bien vieillir est centrale mais sans moyens affecté cela serait illusoire de croire que nous agirons efficacement au sein de la CNSA. C'est pourtant un enjeu considérable pour notre société. Il serait ici utile de s'interroger sur la pertinence de l'articulation de la Prévoyance et de la prise en charge du risque dépendance.

Notre modèle de Sécurité sociale s'appuie sur des bases claires peut être anciennes mais à forte valeur constitutive d'appartenance à un modèle qui fait sens dans notre notion de République. Un des enjeux qui est celui des acteurs est bien d'éclairer sur la bonne utilisation des cotisations affectées à la Sécurité Sociale. Sans cela il rejaillit une incompréhension les efforts contributifs qui sont affectés à sa Sécurité sociale et un glissement tendanciel qui transforment les cotisations sociales en charges sociales et les expressions qui induiraient un raisonnement inversé où le dégel d'exonération en cotisation sociale obère les augmentations de salaire. Il nous faut absolument sortir de ce type de principe qui font passer les entreprises comme des variables d'ajustement et les salariés comme des consommateurs producteurs d'un produit TVA affecté au politiques sociales.





## Chutes chez les personnes âgées : agir pour mieux prévenir



Depuis cinq ans, le nombre de chutes chez les personnes de plus de 65 ans a progressé de 20,5 % en France, ce qui représente plus de 174 000 hospitalisations et environ 20 000 décès par an[1]. Alors que la mortalité, toutes causes confondues est plus faible en 2024 qu'en 2019, la mortalité en lien avec les chutes a augmenté sur cette même période.

Ces chiffres interpellent d'autant plus qu'en 2022, un plan triennal antichute des personnes âgées a précisément été lancé par le ministère des Solidarités, avec pour dessin de réduire de 20 % les chutes mortelles ou invalidantes des personnes de plus de 65 ans à échéance 2024. Cinq axes structuraient ce plan : repérage des risques de chutes, aménagement du logement, promotion des aides techniques, développement de l'activité physique (meilleure arme contre les chutes) et généralisation de la téléassistance. Ce plan portait également sur l'information et la sensibilisation de tous les publics (personnes âgées, proches aidants, professionnels...).

Cette augmentation des chutes graves, supérieure aux projections réalisées, questionne l'efficacité de ce plan anti-chutes.

[1] Source : Santé publique France, chiffres pour 2024.

Avec le vieillissement de la population et l'arrivée prochaine du choc démographique, la prévention des chutes constitue un enjeu-clé de santé publique. Quels sont les leviers d'action ? Tour d'horizon.

### Identifier les causes des chutes

Le vieillissement de la population tend, en lui-même, à faire augmenter mécaniquement le nombre des chutes. Les causes des chutes sont multifactorielles et se conjuguent : facteurs physiques (troubles de l'équilibre liés à des pathologies tel que le syndrome parkinsonien, troubles cognitifs, problèmes de vue, faiblesse musculaire...) et facteurs environnementaux (éclairage insuffisant, sols glissants, obstacles à domicile...). Il est important d'agir sur ces différentes causes.

Il est difficile d'avoir des éléments précis concernant l'augmentation des chutes intervenue au cours de ces dernières années. Certains éléments pourraient toutefois l'expliquer, notamment les conséquences durables de la crise sanitaire du Covid-19, l'augmentation de la sédentarité et de l'inactivité physique, ainsi qu'une perte de mobilité. Une identification plus précise de cette recrudescence des chutes serait toutefois souhaitable.

D'autres causes récurrentes de chutes ont déjà été pointées. C'est le cas de la dénutrition qui toucherait deux millions de personnes (dont 400 000 vivants à domicile et 270 000 en Ehpad). La principale conséquence de la dénutrition est la faiblesse musculaire, ce qui entraîne des chutes, fractures perte d'équilibre...

Quant au retard français en matière de logements pour les personnes âgées, il a également été souligné. Il y a, tout à la fois, un retard sur le développement de l'habitat intermédiaire (entre le domicile classique et l'Ehpad) avec l'objectif de créer 500 000 places d'ici 2050, mais aussi un retard sur l'aménagement des logements (difficultés pour bénéficier du dispositif Ma Prime Adapt').

Autre élément : la sédentarité qui est à l'origine de nombreux problèmes de santé chez les personnes, y compris âgées (cardiopathies, diabète, cancers, perte d'autonomie...).

### **Agir sur les causes des chutes**

Outre les traumatismes physiques, les chutes peuvent avoir de lourdes conséquences psychologiques (perte de confiance en soi, isolement social...). Ainsi, 40 % des personnes hospitalisées après une chute ne peuvent retourner vivre à domicile ou auront besoin d'une aide quotidienne renforcée. De plus, la probabilité de refaire une chute après une première est élevée.

Parmi les pistes destinées à prévenir les chutes, figure la nécessité de repérer en amont les fragilités des personnes (fragilités osseuses, manque d'équilibre...). Cela suppose que les médecins traitants soient sensibilisés à ces questions et aient le temps d'en discuter avec leurs patients. Mais encore faut-il avoir accès aux soins, ce qui ne va pas de soi à l'heure des déserts médicaux et de la difficulté à trouver un médecin traitant...

Les rendez-vous prévention « Mon bilan prévention » peuvent être le moment d'aborder ces marqueurs de fragilité. Deux sont prévus dans les tranches d'âge suivante (60/65 ans et 70/75 ans). La mesure va dans le bon sens. Elle constitue un moyen de repérer la perte d'autonomie dès 60 ans avec le programme ICOPE[2], mais reste limitée. Rien n'est prévu après 75 ans et le nombre de rendez-vous est restrictif.

Un autre levier d'action consiste à développer l'activité physique adaptée (APA), encore peu développée en France et inégale suivant les territoires. L'encadrement par un professionnel permet une pratique plus sûre et adaptée aux pathologies de personnes.

Agir pour prévenir les chutes des personnes âgées est un vecteur essentiel pour favoriser l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé et retarder la perte d'autonomie.

[2] Programme développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour identifier les premiers signes de fragilité des personnes dès 60 ans.

## Projet de loi contre les fraudes sociales et fiscales : encore une offensive contre les assurés sociaux !



Sous couvert de « lutte contre la fraude », le gouvernement poursuit une politique de suspicion généralisée envers les assurés sociaux, les professionnels de santé. Derrière les discours sur les économies à réaliser, ce sont une nouvelle fois l'accès aux soins qui sont fragilisés. Adopté au Sénat le 11 mai 2026, le projet de loi prévoit une série de mesures renforçant les contrôles et la surveillance des assurés.

- **Arrêts maladie : toujours plus de restrictions**

Depuis le 1er janvier 2024, les arrêts prescrits en téléconsultation étaient déjà limités à trois jours, sauf exceptions.

Avec le projet de loi, désormais un arrêt maladie ne pourra être renouvelé qu'une seule fois à distance, sauf si la prolongation est réalisée par le médecin traitant ou si le patient est confronté à l'absence de médecins disponibles.

Dans un contexte de désertification médicale massive, cette mesure pénalise avant tout les patients qui peinent déjà à accéder aux soins.

- **Contre-visites médicales : la pression patronale renforcée**

Le texte renforce également les pouvoirs de l'employeur en matière de contrôle des arrêts maladie. En cas de contre-visite concluant à une absence injustifiée, l'employeur pourra suspendre le maintien du salaire complémentaire. Désormais, en cas de contestation de l'avis du médecin mandaté par le service du contrôle médical, ce dernier devra motiver son avis. Cette disposition vient renforcer le rôle de l'employeur dans le contrôle des arrêts maladie.

- **Fin d'une spécificité en Alsace-Moselle**

Le régime local d'Alsace-Moselle est également visé. Les employeurs du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle pourront désormais diligenter des contre-visites médicales et interrompre le maintien de salaire dans les mêmes conditions que dans le reste du pays.

- **Contrôles renforcés des assurés en arrêt maladie**

Les assurés devront désormais déclarer à leur caisse l'adresse exacte où ils peuvent être contrôlés pendant leur arrêt maladie, si elle diffère de celle mentionnée sur l'arrêt de travail. Une nouvelle obligation administrative qui traduit une logique permanente de suspicion à l'égard des salariés.

- **Géolocalisation des transports sanitaires : la surveillance généralisée**

Les entreprises de transport sanitaire devront équiper leurs véhicules de dispositifs de géolocalisation et de facturation électronique intégrée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2027. Présentée comme une mesure anti-fraude, cette disposition instaure un contrôle permanent des professionnels du secteur.

- **Données de santé : un partage accru entre Assurance maladie et complémentaires**

Le projet prévoit également un renforcement des échanges de données entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires santé (AMC), notamment dans les secteurs du dentaire, de l'optique et de l'audiologie.

Les informations relatives aux soins réalisés, aux montants facturés et remboursés, ainsi qu'aux professionnels de santé, pourront être transmises directement aux complémentaires dans le cadre du tiers payant.

- **Responsabiliser les acteurs de santé**

Désormais, le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) peut appliquer à un professionnel de santé, à la fois la pénalité financière due en cas de fraude et une sanction conventionnelle. Le texte impose également une communication obligatoire à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et aux Ordres professionnels de la liste des professionnels de santé ayant exercé dans un centre de santé faisant l'objet d'une suspension ou d'une fermeture administrative.

**FO** refuse la stigmatisation permanente des assurés sociaux.

**FO** combat la fraude lorsqu'elle existe. Mais elle refuse que cette lutte serve de prétexte à une remise en cause constante des droits des assurés sociaux, à la multiplication des contrôles et à une suspicion généralisée envers les salariés malades.

## Partage d'informations entre assurance maladie et services de santé au travail : les modalités précisées par décrets



Deux décrets publiés le 28 avril 2026 précisent les modalités d'échanges d'informations entre l'Assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail (SPST), dans le cadre de la loi du 2 août 2021 relative à la santé au travail.

Si le gouvernement présente ces mesures comme un outil de prévention de la désinsertion professionnelle, **FO** demeure particulièrement vigilante sur leurs conséquences concrètes pour les salariés et sur les moyens réels accordés aux organismes concernés.

### “ Pour **FO**, plusieurs zones d'ombre subsistent ”

Lorsqu'un salarié est en arrêt de travail continu d'au moins six mois, le service du contrôle médical de l'assurance maladie transmet au SPST compétent certaines informations permettant d'identifier un risque de désinsertion professionnelle. Sont toutefois exclus les arrêts liés à des pathologies engageant le pronostic vital ou nécessitant des soins actifs et continus. Cet échange est strictement subordonné à l'accord préalable du salarié, recueilli et conservé par l'assurance maladie, et révoquant à tout moment (Art. R. 315-8 nouveau du Code de la sécurité sociale). Les données transmises se limitent au NIR, à la durée de l'arrêt et à certains éléments médicaux strictement nécessaires. Ce dispositif est applicable depuis le 30 avril 2026.

Le second décret prévoit que le SPST ayant reçu ces informations doit communiquer au service du contrôle médical des éléments relatifs au poste et aux conditions de travail du salarié, notamment les propositions d'aménagement ou d'adaptation, les informations issues d'un éventuel avis d'inaptitude, ainsi qu'une appréciation sur la nécessité d'un accompagnement social. Là encore, seules les informations strictement nécessaires peuvent être transmises, dans un délai de 30 jours et via une messagerie sécurisée, sous réserve de l'accord du salarié recueilli par le SPST. Ce second volet entrera en vigueur le 1er août 2026.

Pour **FO**, plusieurs zones d'ombre subsistent encore dans ces dispositifs, notamment sur les garanties réelles de sécurisation des échanges, le renouvellement du consentement du salarié à chaque étape du partage d'informations, ainsi que sur les modalités d'information des salariés concernant la nature exacte des données transmises et leurs destinataires. Dans un contexte de manque de moyens des organismes concernés, **FO** restera particulièrement vigilante au respect du secret médical et des droits des salariés.



Toujours dans le cadre du projet de loi contre les fraudes sociales et fiscales, l'article 12 fait état du C2P dans le cadre des AT/MP.

L'amendement 46 et 48 travaillé en concertation avec le MEDEF consistait à maintenir le régime de pénalités actuel.

### De quoi s'agissait-il exactement ?

En cas d'absence ou d'inexactitude de déclaration par l'employeur, ce dernier encourt une sanction à hauteur de 0,5 Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 4 005 € en 2026) par salarié. Le projet de loi prévoyait d'instaurer une sanction plancher de 785 euros par salarié et en cas de récidive à 1570 euros.

Les discussions ont consisté à dire que la déclaration au titre du C2P repose sur des évaluations techniques assez complexes susceptibles ainsi de générer des erreurs matérielles sans intention frauduleuses de l'employeur. L'instauration des sanctions plancher pénaliseraient des TPE et PME qui n'en sont pas toujours assez équipées pour sécuriser leurs déclarations.

L'article 12 du projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales vient renforcer les pouvoirs de contrôle des organismes de Sécurité sociale en permettant aux agents assermentés de contrôler les fraudes au C2P, notamment le bénéfice d'avantages injustifiés au C2P, priver ou réduire les droits des salariés au bénéfice du C2P.

Finalement c'est la sanction administrative encourue en cas de fraude au C2P qui va être retenue à sa version finale, soit l'absence du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

Actuellement, le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les évaluations des risques est puni d'une amende de 1 500 € par salarié. En cas de récidive, le montant est doublé soit :3 000 euros.

Désormais, ce sera 4 000 € par salarié.

## Formation de nos administrateurs



La session de formation qui a eu lieu du 21 au 22 mai 2026 à Nantes regroupait les administrateurs **FO** des Conseils et Conseils d'Administration des organismes de Sécurité sociale (CPAM, CAF, URSSAF, Conseils départementaux des URSSAF) et des organismes de Santé au Travail (CARSAT CRAT-MP, CTR, ARACT, CROCT et CRPST).

Lors de celle-ci, était représentées les régions : Bretagne, Pays de La Loire, Nouvelle Aquitaine et Centre Val de Loire. Les administrateurs nouvellement mandatés ont assisté aux différents modules selon leur branche.

La prochaine session aura lieu les 11 et 12 juin 2026 à Toulouse pour les régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées.

