



L'édito du Secrétaire Général
Bruno GASPARINI

Sommaire

Edito du SG

Agences Régionales de Santé : derrière la réforme, nos collègues ne seront pas des variables d'ajustement
P.1

Complémentaire Santé

Associé, associé, est-ce que j'ai une g... d'associé ?
P.2

Mutuelles Santé

L'interminable spirale des cotisations
P.3

Santé

Qui paiera vraiment les économies sur les remboursements ?
P.6

Santé au travail

Le grand gâchis de la santé au travail : la France ne doit plus laisser mourir les salariés
P.7

Fraude sociale

14 milliards estimés, 680 millions recouverts, un paradoxe politique
P.9

Elections professionnelles

Une très belle victoire aux élections des représentants du personnel au Conseil d'Administration à l'Urssaf Aquitaine
P.11

Elections professionnelles

Victoire du SNFOCOS à la CAF de l'Eure : une confiance renouvelée des cadres
P.12

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : DERRIÈRE LA RÉFORME, NOS COLLÈGUES NE SERONT PAS DES VARIABLES D'AJUSTEMENT

Le Comité national de concertation des ARS du 10 mars s'est réuni pour examiner l'état d'avancement du projet de réforme des Agences Régionales de Santé. Au SNFOCOS, nous suivons ces travaux avec une vigilance particulière, comme en attestent [nos nombreux écrits depuis des mois](#).

Depuis des semaines, les discussions interministérielles s'enchaînent dans une relative opacité. Le gouvernement affiche deux ambitions : renforcer la proximité des ARS avec les élus locaux, et réaffirmer l'autorité des préfets sur ces agences. Des objectifs qui peuvent paraître légitimes sur le papier. Mais derrière les questions de gouvernance et d'organigramme, il y a des hommes et des femmes — 1 600 agents de droit privé, régis par les conventions Ucaans et de la MSA, qui attendent de savoir à quelle sauce ils vont être mangés.

Car soyons clairs : l'hypothèse d'un abandon du statut d'établissement public administratif des ARS n'est pas un détail technique. C'est une menace directe sur le cadre conventionnel de ces collègues, sur leurs garanties salariales, sur leur protection sociale. Ce sont des droits acquis, construits de longue date, qui ne peuvent être sacrifiés sur l'autel d'une réorganisation administrative décidée en quelques réunions interministérielles.

Nous nous réjouissons de l'orientation qui semble s'imposer : le maintien du statut d'EPA, porté par la ministre de la Santé.

Toutefois, une orientation n'est pas une décision. Et les arbitrages définitifs ne sont pas rendus.

Le SNFOCOS sera, comme à son habitude, au rendez-vous pour que la voix des salariés soit entendue, que ce soit dans le cadre du projet de loi sur la clarification des compétences attendu au Sénat en juin, ou dans les dispositions réglementaires annoncées pour fin mars - début avril.

Nous le disons avec force : toute évolution du cadre institutionnel des ARS doit être précédée d'une concertation réelle avec les organisations syndicales représentatives. Pas une consultation de façade. Une négociation qui engage et qui apporte de vraies garanties.

Les agents de droit privé des ARS font partie de notre famille professionnelle. Leur avenir est notre combat.

Bruno Gasparini, Secrétaire Général du SNFOCOS

I COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ASSOCIÉ, ASSOCIÉ, EST-CE QUE J'AI UNE G ... D'ASSOCIÉ ?

Ce mardi 10 mars se tenait une nouvelle RPN sur la complémentaire santé.

Comme pour les deux précédentes, le cabinet CLEMIE par l'intermédiaire de son Directeur, Monsieur DUVAL, a déroulé la présentation qui avait été au préalable envoyée aux OS.

Précisons tout de suite que la qualité de la prestation de CLEMIE est de haut niveau.

La journée commence donc par un moment pédagogique de partage des différentes phases d'un marché public, plus exactement du déroulement d'un appel d'offre de droit public. Ça commence fort; le cabinet annonce que le « pouvoir adjudicateur c'est l'UCANSS », je traduis: pour les autres, circulez...

Ainsi donc, l'un des intérêts bien compris par la tutelle et son bras armé (l'UCANSS) réside dans la maîtrise absolue du dossier. Pourquoi alors s'embarrasser d'un accord de méthode ? Pour être associé au maximum au processus du choix final bien sûr !

Toutes les OS ne sont pas d'accord, une majorité a cependant signé ce protocole, le SNFOCOS l'aurait fait volontiers aussi.

La réunion se poursuit en déroulant les différents items. Des précisions sont demandées, des correctifs sont acceptés, comme lors des RPN précédentes, ce qui justifie notre participation.

Globalement, le cabinet CLEMIE répond aux demandes, qu'elles viennent en amont de l'UCANSS, ou en direct pendant la réunion, des OS. Arrive la fin de la réunion avec l'étude au cours de laquelle sont exposés les différents types de pénalités, cela pouvant aller jusqu'à la résiliation du marché !

La diapositive présente la phrase suivante : « En cas de manquements répétés, le marché pourra être résilié par l'UCANSS pour faute ». Je fais une demande de correction dans le sens suivant « ...suite à proposition de la CPP, l'UCANSS peut résilier... ». Et là, refus, poli bien sûr mais ferme, de la direction de l'UCANSS au motif « l'UCANSS a le pouvoir adjudicateur ».

Je fais préciser « qui est l'UCANSS? », comprenez la direction ou la commission des marchés?

Réponse : la direction. Fermez le ban, comme on disait à une époque lointaine.

Ainsi, l'UCANSS est beaucoup plus qu'une fédération d'employeurs (terme utilisé par la direction), c'est une vaste association !

Précision tout de même, j'ai trouvé une définition alternative au mot associé que je ne résiste pas à vous livrer. : « *Dans quelques académies, membres associés ou simplement associés. Ceux qui participent aux travaux d'une académie, sans jouir des mêmes avantages que les autres membres* ».

J'adresse en conséquence un salut aussi académique qu'associatif aux membres de la commission des marchés ! Prochain RV, le 20 mars, toujours en format RPN.

Philippe Pihet pour le SNFOCOS

L'INTERMINABLE SPIRALE DES COTISATIONS

En 2026, malgré un gel tarifaire inédit voté par le Parlement, des millions de Français ont vu leurs primes s'envoler. Enquête sur un système à bout de souffle.

Il y a quelque chose d'absurde dans cette situation. Le 30 décembre 2025, le Parlement adopte une loi qui interdit toute hausse des cotisations de mutuelles santé pour l'année 2026. Et pourtant, dès le 1er janvier, les avis d'échéance tombent dans les boîtes aux lettres de millions d'assurés avec, en bas de page, une augmentation de 4 à 5%. Bienvenue dans le labyrinthe français de la protection sociale complémentaire.

Le chiffre qui ne ment pas

+4,5%. C'est la hausse moyenne des cotisations mutuelles pour 2026, selon l'enquête annuelle de la Mutualité Française publiée en décembre 2025. Un chiffre qui peut sembler anodin après les +8,1% record de 2024 ou les +6% de 2025, mais qui, rapporté à dix ans d'accumulation, dessine une tendance alarmante. Entre 2015 et 2026, un assuré en contrat individuel aura vu sa cotisation augmenter de plus de 45% en termes cumulés, quand l'inflation générale sur la même période avoisine les 25%.

La distinction par type de contrat est révélatrice : +4,3% pour les contrats individuels, +4,7% pour les collectifs d'entreprise. Les salariés, dont les employeurs financent la moitié de la prime, absorbent mieux le choc. Les retraités, artisans et travailleurs indépendants, eux, subissent la hausse de plein fouet, souvent sur des revenus fixes.

2022-2026 : le tournant structurel

Pour comprendre ce décrochage, il faut remonter à 2022. Jusqu'alors, les hausses annuelles oscillaient sagement entre 2,4% et 2,6%, à peine au-dessus de l'inflation médicale courante. Puis le système a changé de régime.

Première rupture : l'entrée en vigueur pleine du 100% Santé. Réforme emblématique portée par le gouvernement Philippe dès 2019, elle garantissait aux assurés un accès sans reste à charge aux prothèses dentaires, auditives et optiques. Une promesse sociale louable — mais dont le financement a été largement reporté sur les organismes complémentaires. La Cour des comptes, dans son rapport de juillet 2021, avait prévenu : « **Le système est très protecteur mais peu efficient.** » Les faits lui ont donné raison. En 2022, la hausse bondit à +3,4%, puis +4,7% en 2023 sous l'effet des revalorisations en optique et audiologie.

Deuxième choc : la **revalorisation en cascade des honoraires médicaux**. Le passage de la consultation du généraliste à 30 euros en décembre 2023, puis les multiples revalorisations de spécialistes, ont mécaniquement accru le flux des remboursements. L'IRDES estime que les organismes complémentaires couvrent environ 13% de la dépense nationale de santé — une part modeste en volume, mais extrêmement sensible aux revalorisations tarifaires.

Troisième facteur : le **vieillessement de la population**. Avec un ratio actifs/retraités qui se détériore, et une consommation de soins qui augmente mécaniquement avec l'âge, l'assiette de risque des mutuelles s'alourdit chaque année. Selon WTW (Willis Towers Watson), l'inflation médicale mondiale pour 2026 est estimée entre 7% et 10%, la France n'échappant pas à cette tendance lourde.

Le paradoxe de la loi muette

L'épisode de 2026 restera dans les annales de la protection sociale. En adoptant l'article 13 de la LFSS 2026, le Parlement a fait un geste politique spectaculaire : interdire aux mutuelles d'augmenter leurs tarifs au-delà du niveau 2025. Parallèlement, une taxe exceptionnelle de 2,05% sur les cotisations perçues — soit environ **1 milliard d'euros** prélevé sur le secteur — a été instaurée pour contribuer au rééquilibrage des comptes de l'Assurance maladie.

Le problème ? Les décisions tarifaires des mutuelles sont prises à l'automne, pour l'exercice suivant. En octobre et novembre 2025, quand les conseils d'administration ont fixé leurs grilles tarifaires 2026, la LFSS n'était pas encore votée. Les notifications ont été envoyées aux assurés en novembre et décembre. La loi, promulguée le 30 décembre, est arrivée trop tard.

MUTUELLES SANTÉ

Résultat : une situation juridique inédite, qualifiée par plusieurs juristes de « **rétroactivité de fait** ». Plusieurs fédérations du secteur — dont la Fédération Nationale de la Mutualité Française et le CTIP — ont annoncé des recours, contestent la constitutionnalité du gel tarifaire et soulignent qu'une telle mesure porterait atteinte à la liberté contractuelle et à la sécurité juridique des opérateurs.

Un système à reconfigurer

Au-delà du bras de fer judiciaire, c'est la question de fond qui mérite attention : peut-on continuer à financer indéfiniment une inflation médicale à 7-10% avec des hausses de cotisations qui creusent les inégalités d'accès à la protection complémentaire ?

Les chiffres sont éloquentes. En dix ans, la part des ménages renonçant à souscrire une complémentaire santé pour raisons financières a sensiblement augmenté, particulièrement chez les 30-50 ans aux revenus intermédiaires — trop riches pour la CSS (Complémentaire Santé Solidaire), trop pauvres pour absorber des hausses annuelles de 5%.

La DREES rappelle pourtant que l'assurance maladie publique continue de couvrir les postes les plus lourds, et que le reste à charge français demeure parmi les plus faibles de l'OCDE. Mais cet argument, juste sur le plan macroéconomique, ne suffit plus à apaiser des assurés dont le budget mutuelle représente désormais entre 3% et 5% du revenu disponible pour les plus modestes.

La vraie réforme structurelle, que tous les rapports réclament depuis des années — du rapport Charges et Produits de l'Assurance maladie à ceux de l'IRDES — passerait par une meilleure articulation entre remboursements de base et complémentaires.

The logo for Snfocos, featuring the word "Snfocos" in a bold, blue, sans-serif font. The "f" is stylized with a thick, rounded shape.

QUI PAIERA VRAIMENT LES ÉCONOMIES SUR LES REMBOURSEMENTS ?

Les malades, les pauvres et les vieux – l'État cherche 1 milliard d'euros dans les poches des plus vulnérables

Une étude inédite de la DREES démontre que les pistes de déremboursement les plus souvent évoquées pour réduire le déficit de l'Assurance maladie frappent avant tout les ménages modestes, les personnes malades et les retraités. Derrière la promesse d'un effort partagé se cache une réalité bien moins équitable.

Il y a une formule que les ministres des Comptes publics affectionnent particulièrement en période de disette budgétaire : « un effort collectif et équitablement réparti ». Sauf que, lorsqu'il s'agit de santé, l'effort collectif a une fâcheuse tendance à reposer sur les épaules de ceux qui peuvent le moins le porter. Une étude publiée en février 2026 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques — la DREES — vient en apporter la démonstration chiffrée, rigoureuse et implacable.

Le point de départ est connu : en 2024, le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale a atteint **14 milliards d'euros**. Pour le réduire, plusieurs pistes « paramétriques » sont régulièrement agitées dans les couloirs de Bercy et dans les débats du PLFSS : relever les tickets modérateurs, augmenter les franchises médicales, durcir les participations forfaitaires. Des mesures techniques, presque abstraites. Jusqu'à ce que la DREES les passe au crible de la réalité sociale.

Trente-cinq euros en moyenne, le double pour les plus modestes

L'étude calibre chaque scénario pour atteindre un objectif identique : **1 milliard d'euros d'économies**. En moyenne, cela représente 35 euros de surcoût par ménage et par an, soit 0,1% du revenu disponible. Une somme qui paraît dérisoire — moins d'un café par semaine, dirait-on dans les éléments de langage gouvernementaux.

Mais la moyenne est un mensonge statistique commode. Car lorsqu'on décompose ce chiffre par niveau de vie, le tableau change radicalement. Les 20% de ménages les plus modestes déboursaient entre 20 et 23 euros supplémentaires par an, contre 39 à 43 euros pour les 20% les plus aisés. En valeur absolue, les riches paient donc davantage. Mais **en proportion de leurs revenus**, les plus modestes consacrent **0,12 à 0,13% de leurs ressources** à cet effort, soit **deux fois plus** que les ménages aisés (0,05 à 0,06%). La fiscalité régressive a de beaux jours devant elle.

La Complémentaire Santé Solidaire (C2S), censée protéger les plus démunis en les exonérant de tickets modérateurs, franchises et participations, n'y change pas grand-chose. Et pour cause : en 2021, seuls **54% des ménages éligibles** y avaient effectivement recours, tandis que le plafond d'accès est fixé en dessous du seuil de pauvreté. Des centaines de milliers de foyers précaires sont ainsi exposés à plein, sans filet.

Plus vous êtes malade, plus vous payez

Le choix du levier n'est pas anodin. Et c'est là que l'étude de la DREES révèle ses enseignements les plus troublants. Relever les franchises médicales et les participations forfaitaires — qui ne sont pas remboursables par les assurances complémentaires — revient à faire payer **davantage ceux qui consomment le plus de soins**. Autrement dit : les malades.

Pour les ménages dont la personne de référence déclare un état de santé **très mauvais**, le surcoût d'une hausse des franchises atteint **0,18 à 0,20% du revenu**, contre 0,07 à 0,09% pour ceux qui se portent bien. La maladie punit deux fois : elle altère la santé, elle vide le porte-monnaie.

À l'inverse, une hausse du ticket modérateur — généralement pris en charge par les complémentaires — mutualise le surcoût entre malades et bien-portants, via une hausse des primes. Un mécanisme moins cruel pour les uns, mais pas sans conséquences pour les autres.

Les retraités, grande cible collatérale

Reste la question des retraités. Là encore, le diable est dans les détails — ou plutôt dans le choix du poste de soins concerné. Si la hausse du ticket modérateur porte sur les **médicaments**, une dépense naturellement concentrée chez les personnes âgées, alors les retraités — qui ne partagent pas les mêmes contrats de complémentaire que les actifs — voient leurs primes bondir bien plus fortement. L'étude évalue le surcoût à **environ 60 euros** pour les ménages de 65 ans et plus, contre **25 euros** pour les moins de 65 ans, dans ce scénario.

Une hausse portant sur les franchises s'avère encore plus sévère pour les plus âgés : pour les ménages dont la personne de référence a 75 ans ou plus, elle représente **57 euros**, soit 0,21% du revenu. Un choix de gouvernance qui, pour des milliers de retraités vivant avec de petites pensions, n'a rien d'indolore.

L'alternative que l'on n'ose pas nommer : taxer plutôt que dérembourser

À ce stade, une question s'impose : existe-t-il une alternative moins injuste ? La réponse de la DREES est oui.

Une **hausse proportionnelle des prélèvements** — CSG, cotisations sociales, TVA — pour dégager le même milliard d'euros coûterait aux 40% de ménages les plus modestes seulement 0,06% de leur revenu, soit deux fois moins que n'importe quel scénario de déremboursement. Pour les personnes malades, l'effort serait tout aussi réduit : neutre par rapport à leur état de santé, puisque l'impôt ne distingue pas les bien-portants des malades.

Ce n'est pas sans contreparties. Une telle hausse des prélèvements pèserait davantage sur les **actifs en emploi** que sur les retraités, et pourrait avoir des effets sur l'emploi via la hausse du coût du travail. Des effets que le modèle statique de la DREES ne mesure pas, et qui méritent d'être analysés sérieusement avant tout arbitrage.

Mais le constat demeure : lorsque le choix se pose entre faire payer les malades et les précaires par des franchises, ou faire contribuer l'ensemble de la population par les prélèvements, la première option est politiquement plus discrète. Elle ne fait pas de débat parlementaire. Elle ne figure pas dans les manchettes. Elle s'applique silencieusement, à chaque ordonnance, à chaque prise de sang, à chaque transport en ambulance.

Un système qui se fissure par le bas

La France s'est longtemps enorgueillie d'un système de protection sociale fondé sur la solidarité nationale.

Avec un reste à charge équivalant à **1,1% du revenu disponible**, inférieur à la moyenne européenne, le modèle français a su préserver une forme d'équité. Mais chaque hausse de franchise, chaque coup de rabot sur les remboursements, chaque non-recours à la C2S fragilise un peu plus ce pacte.

L'étude de la DREES ne dit pas qu'il ne faut pas chercher des économies. Elle dit, avec la rigueur des chiffres, que **le choix du levier n'est pas neutre** — qu'il est en réalité un choix de société : décide-t-on que la maladie doit être un facteur aggravant de précarité, ou bien choisit-on de maintenir le principe fondateur de 1945, selon lequel chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ?

La réponse n'est pas technique. Elle est politique.

Sources :

[L'étude « Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? » est publiée dans Les Dossiers de la DREES, n°135, février 2026. Elle est réalisée par Alexandre Fauchon et Odran Bonnet, à partir du modèle de micro simulation Ines-Omar 2019.](#)

LE GRAND GÂCHIS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL : LA FRANCE NE DOIT PLUS LAISSER MOURIR LES SALARIÉS

Alors que l'absentéisme explose (+41% en cinq ans) et que les dépressions liées au travail bondissent de 36% en un an, la France consacre à peine 4 euros sur 100 à la prévention. Face aux nouveaux risques, fatigue informationnelle, stress, le système de santé au travail ne suffit pas.

Une équation mortelle : 1 287 décès pour 4 euros de prévention

Le chiffre sidère. Sur les 100 euros cotisés par les entreprises au titre de la santé au travail, seuls 4 euros sont consacrés à la prévention. Les 96 autres ? Réparation des dégâts : 38 euros pour les accidents du travail, 36 pour les maladies professionnelles, 7 pour les accidents de trajet. Un ratio dénoncé dès 2018 par le rapport Lecocq, resté lettre morte. Résultat : en 2023, l'Assurance Maladie a recensé 1 287 décès liés au travail – accidents et maladies confondus – soit une hausse de 28 morts en un an.

« Nous réparons ce que nous aurions pu empêcher », résume le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) publié en avril 2025. Ce document de 170 pages, fruit de neuf mois d'auditions d'experts, de syndicats et d'employeurs, dresse un constat accablant : la loi du 2 août 2021 sur la prévention en santé au travail, censée révolutionner le système, n'a produit que des effets cosmétiques. L'absentéisme, lui, a explosé : +41% entre 2015 et 2022, passant de 4,55% à 6,7%. En moyenne, un arrêt dure désormais 21 jours ; pour les arrêts longs, la durée grimpe à 97 jours selon des chiffres DARES.

L'épidémie invisible : quand le travail rend fou

Derrière ces statistiques glacées se cache une crise sanitaire d'une ampleur inédite. Les dépressions reconnues comme accidents du travail ont augmenté de 22% en 2023, les troubles anxieux et le stress de 36%. Aujourd'hui, 12 000 dossiers de risques psychosociaux (RPS) sont traités chaque année par l'Assurance Maladie en tant qu'accidents du travail. Un chiffre en constante progression qui ne reflète qu'une fraction de la réalité : nombre de salariés n'osent pas déclarer leur souffrance psychique.

Les enquêtes indépendantes confirment cette tendance. 30% des actifs français seraient en situation de burn-out modéré à sévère en 2024. Un tiers des salariés déclarent subir un stress chronique, avec des disparités sectorielles vertigineuses : 20% dans l'industrie, mais 45% dans le secteur hospitalier. Soit un écart de 225%. « Le travail est devenu le premier facteur de dépression en France », alerte le CESE, qui classe l'Hexagone au troisième rang mondial pour la prévalence des dépressions liées au travail.

Le coût économique de cette épidémie silencieuse ? 8% du PIB français, selon les estimations – plus du double du coût du chômage (3%). Pourtant, les moyens mobilisés restent dérisoires. « On finance massivement France travail, mais on laisse les médecins du travail seuls face à une vague de détresse psychologique », déplore un médecin du travail auditionné par le CESE.

Les nouveaux visages du mal-être : écrans, algorithmes et canicule

Si les risques traditionnels (troubles musculosquelettiques, accidents) demeurent, une nouvelle génération de menaces émerge, encore mal identifiées et sous-évaluées. Premier d'entre eux : la « fatigue informationnelle », concept forgé par l'Observatoire société et consommation (ObSoCo) en 2024. Elle touche 25% des actifs, mais grimpe à 42% chez les cadres. Saturation cognitive, difficulté à déconnecter, sollicitations permanentes par messageries et visioconférences : le télétravail, plébiscité par 92% des salariés concernés, révèle son envers du décor.

Car si le travail à distance s'est massivement imposé (26% des actifs en 2023 contre 9% en 2019), ses effets sur la santé mentale sont ambivalents. Certes, il améliore l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle pour ceux qui le pratiquent deux à trois jours par semaine. Mais en mode « intégral », il dégrade la satisfaction et la santé mentale, aggrave la dépression et nuit à la concentration. Les femmes, notamment celles ayant des enfants de moins de 15 ans, sont particulièrement exposées à cette porosité entre sphères privée et professionnelle.

Autre risque émergent : le stress thermique. Avec le réchauffement climatique, les vagues de chaleur se multiplient, exposant les travailleurs du BTP, de l'agriculture ou de la logistique à des risques d'insuffisance rénale chronique.

| SANTÉ AU TRAVAIL

Des mesures simples – pauses régulières, accès à l'eau, aménagement des horaires – pourraient pourtant limiter ces dangers. Mais elles restent rarement appliquées.

Enfin, l'intelligence artificielle s'impose dans le paysage professionnel sans que ses impacts sur la santé soient évalués. Surveillance algorithmique, pression sur les cadences (livreurs, chauffeurs VTC), dépossession du savoir-faire : le CESE réclame un accord national interprofessionnel pour encadrer ces pratiques. À ce jour, aucun texte contraignant n'existe.

Les oubliés de la prévention : femmes, jeunes, précaires

Les inégalités face aux risques professionnels sont criantes. Les femmes subissent deux fois plus de souffrance psychique liée au travail que les hommes (6% contre 3%). Surreprésentées dans les secteurs du soin, du social et du médico-social, elles cumulent exposition aux risques psychosociaux et charge mentale domestique. Pourtant, l'évaluation des risques professionnels intégrant une approche genrée reste quasi inexistante dans les entreprises, notamment les PME.

Les jeunes, eux, paient le prix de leur inexpérience : les taux d'accidents du travail sont particulièrement élevés dans cette tranche d'âge. Quant aux travailleurs précaires – auto-entrepreneurs (4,6 millions recensés par l'URSSAF en 2023), intérimaires, livreurs de plateformes –, ils évoluent dans un angle mort de la prévention. Les livreurs à vélo affichent ainsi un taux d'accidents de 25%, pour un salaire moyen inférieur à 1 500 euros par mois et des journées de sept heures, cinq jours par semaine. « Les algorithmes créent une pression invisible, comparable à celle des contremaîtres du XIXe siècle », note le CESE.

Dans les PME de moins de 150 salariés, moins de 50% disposent d'un Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) à jour. Ce texte obligatoire depuis 2001 reste une coquille vide dans nombre d'entreprises, faute de moyens et de contrôles.

Un système à réinventer d'urgence

Face à ce tableau alarmant, les recommandations du CESE appellent à une refonte systémique. Première priorité : basculer d'une logique de réparation vers une prévention primaire. Cela passe par un financement massif de la médecine du travail, aujourd'hui exsangue, et par une formation obligatoire des managers aux risques psychosociaux et au dialogue social.[]

Le CESE préconise également d'intégrer dans le DUERP les nouveaux risques – climat, IA, fatigue informationnelle – et d'imposer une évaluation genrée des expositions. « Tant qu'on ne nommera pas ces risques, on ne les combattras pas », martèle le rapport. Autre levier : renforcer les indicateurs de santé au travail en y incluant la notion d'« exposome », c'est-à-dire l'ensemble des expositions professionnelles sur une vie de travail.

Enfin, le CESE insiste sur le dialogue social. L'article L.4121-2 du Code du travail impose aux employeurs de consulter les salariés sur les risques auxquels ils sont exposés. Dans les faits, cette obligation est rarement respectée. Redonner la parole aux travailleurs, créer des espaces de discussion sur le travail réel (et non prescrit), devient une urgence démocratique autant que sanitaire.

Une question politique

La France a fait de la santé mentale sa grande cause nationale en 2025. Il est temps qu'elle applique cette ambition au travail, là où se joue une part essentielle de nos vies. Investir dans la prévention, ce n'est pas un coût : c'est éviter que des milliers de femmes et d'hommes ne s'effondrent sous la pression d'un système qui les broie. C'est choisir le soin plutôt que la réparation. C'est, tout simplement, respecter la vie.



I FRAUDE SOCIALE

14 MILLIARDS ESTIMÉS, 680 MILLIONS RECOUVRÉS, UN PARADOXE POLITIQUE

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale dévoile un constat dérangeant : la lutte contre la fraude progresse là où l'on investit, mais le recouvrement reste désespérément faible. En cause : des entreprises fantômes, des effectifs réduits et une efficacité six fois inférieure à celle du fisc.

Le chiffre fait consensus : 14 milliards d'euros. C'est le montant de la fraude sociale estimée par le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) dans [sa note annuelle publiée le 13 janvier dernier](#).

Un montant qui, à première vue, laisse entrevoir une « cagnotte » providentielle pour combler le déficit abyssal de la Sécurité sociale, évalué à près de 31 milliards d'euros en 2024. Mais la lecture intégrale du rapport révèle une réalité autrement plus complexe et, surtout, un échec retentissant : moins de 700 millions d'euros ont été effectivement recouverts. Soit 4,8% du manque à gagner théorique.

Cette impuissance à transformer les contrôles en rentrées financières constitue le paradoxe central d'un système de lutte antifraude qui progresse en détection – avec 2,06 milliards d'euros de fraudes constatées en 2024, en hausse de 24,8% sur un an – mais s'effondre au moment crucial du recouvrement. Un diagnostic qui contredit frontalement la narration politique dominante, celle d'une fraude sociale « explosive » dont la seule répression suffirait à redresser les comptes publics.

Les entreprises, premiers fraudeurs devant les allocataires

Première révélation du rapport : la fraude sociale n'est pas d'abord le fait des allocataires, mais des entreprises. 52% du montant estimé, soit 7,3 milliards d'euros, provient de la fraude aux cotisations – travail dissimulé, minoration d'assiette, sous-déclarations. Les secteurs du bâtiment, de l'hôtellerie-restauration et des transports concentrent 70% de ces infractions. Une réalité documentée mais souvent occultée dans les débats publics, où l'allocataire fraudeur occupe une place démesurée dans l'imaginaire collectif.

Les allocataires ne sont pourtant pas absents du tableau : ils représentent 36% de la fraude totale, soit 5 milliards d'euros, concentrés sur le RSA (2,7 milliards), les allocations familiales et les aides au logement.

Quant aux professionnels de santé – médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes –, ils pèsent 12% du total avec 1,7 milliard d'euros de fraudes liées à des actes non réalisés, des prescriptions de complaisance ou des dépassements d'honoraires.

Recouvrement : l'URSSAF se heurte à l'insolvabilité organisée des entreprises

Si la détection progresse, le recouvrement, lui, reste paralysé par des obstacles structurels. L'URSSAF, en charge de la traque au travail dissimulé, n'a récupéré que 120 millions d'euros sur des milliards détectés. En cause : l'« insolvabilité organisée » des entreprises fraudeuses, qui disparaissent avant d'être contraintes de payer. « Les entreprises peuvent organiser leur insolvabilité, voire disparaître », souligne le rapport avec une franchise inhabituelle.

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) affiche un résultat intermédiaire avec 212 millions d'euros recouverts, tandis que la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) performe relativement mieux : 314 millions récupérés, grâce à sa capacité à compenser les indus sur les allocations futures. Mais même cette « meilleure » performance demeure dérisoire au regard des enjeux.

Un rapport qui invalide trois mythes politiques

Le rapport du HCFiPS détruit méthodiquement plusieurs croyances tenaces. **Première idée reçue : la fraude exploserait. Faux**, répond le document. Sur la hausse d'un milliard d'euros entre 2023 et 2024, seuls 100 millions proviennent d'une fraude « réelle » additionnelle ; le reste s'explique par des effets d'assiette (inflation) et d'extension du périmètre de contrôle. « La fraude estimée est globalement stable, le phénomène apparaît maîtrisé », conclut le rapport, contredisant la rhétorique d'une dérive incontrôlée.

Deuxième mythe : la lutte contre la fraude résoudrait le déficit de la Sécurité sociale. Là encore, les chiffres sont implacables. Même en optimisant la détection et le recouvrement au niveau de performance du fisc – qui récupère 28 à 40% de la fraude fiscale contre 4,8% pour la fraude sociale –, les gains ne dépasseraient pas 3 à 4 milliards d'euros annuels.

FRAUDE SOCIALE

Soit 10 à 13% du déficit. « La lutte contre la fraude ne saurait être considérée comme 'la' solution aux problèmes financiers de la protection sociale », affirme le HCFiPS sans ambiguïté.

Troisième démystification : **contrairement aux discours ciblant prioritairement les allocataires, la fraude est d'abord entrepreneuriale**. Ce constat inverse les priorités habituelles du débat politique, où les contrôles sur les bénéficiaires du RSA mobilisent souvent davantage d'énergie médiatique que la traque au travail dissimulé dans le BTP.

Micro-entrepreneurs et plateformes : le nouveau front

Le rapport identifie un angle mort devenu préoccupant : les micro-entrepreneurs et travailleurs des plateformes numériques. Sur ce segment, 1,6 milliard d'euros de cotisations sont éludés annuellement. Plus inquiétant encore : 71% des livreurs Uber Eats ou Wecasa déclarent un chiffre d'affaires inférieur à leurs transactions réelles ; 41% ne déclarent strictement rien.[

Pour contrer ce phénomène, le gouvernement a instauré un « précompte » – une retenue à la source des cotisations sociales – applicable dès avril 2026 à huit plateformes. Gain attendu : 200 à 300 millions d'euros annuels d'ici 2027. Mais cette mesure, saluée par les organismes sociaux, demeure expérimentale. Son efficacité réelle ne sera mesurable qu'en 2027.

Investir ou renoncer : l'équation budgétaire

Le rapport révèle une corrélation directe entre moyens alloués et détections réalisées. L'URSSAF, qui a bénéficié de renforcements en 2024, a enregistré +35% de fraudes détectées. La CNAM : +23%. La CNAF : +20%. « **Cette évolution ne doit pas être lue comme la résultante d'une augmentation de la fraude, mais bien comme la traduction d'un plus fort investissement des organismes** », insiste le document.

Or, cette dynamique positive entre en collision frontale avec les politiques budgétaires actuelles. Le plan gouvernemental de réduction des effectifs publics, qui concerne également les services de contrôle et de recouvrement, menace directement ces progrès. Le HCFiPS ne mâche pas ses mots : « La réduction des effectifs dans les services publics, notamment les services concernés par le contrôle ou le recouvrement, ne permettra pas d'optimiser la lutte contre la fraude sociale ».

Cette phrase, rare dans un rapport administratif par sa dimension ouvertement critique, constitue une mise en garde adressée aux décideurs politiques : vous ne pouvez pas simultanément célébrer les succès de la détection et affaiblir les structures qui les produisent.

Comparaison avec le fisc : un écart abyssal

L'asymétrie de performance entre lutte contre la fraude sociale et lutte contre la fraude fiscale est vertigineuse. Le fisc récupère annuellement 11,4 milliards d'euros de fraudes, soit 28 à 40% du montant estimé. Les organismes sociaux, eux, plafonnent à 4,8%. Un ratio de 1 à 6.

Cette différence ne s'explique pas par un manque de compétence, mais par des outils juridiques inégaux. L'administration fiscale dispose de pouvoirs de saisie conservatoire, d'accès aux comptes bancaires et d'une priorité de créance sur les entreprises insolvables. Les URSSAF, elles, arrivent en queue de liste des créanciers lors des liquidations judiciaires. Résultat : les entreprises organisent leur faillite avant tout redressement effectif.

Le rapport formule un scénario contrefactuel saisissant : « Si la lutte contre la fraude sociale était aussi performante que la lutte fiscale, les sommes recouvrées ou évitées représenteraient plus de 4 à 5 milliards d'euros ». Un gain de 2,3 à 3,3 milliards par rapport à la situation actuelle. Mais pour y parvenir, il faudrait consentir des investissements – en effectifs, en outils numériques, en pouvoirs juridiques – que le contexte budgétaire actuel rend hautement improbables.

Les angles morts : indépendants, hôpitaux, PUMa

Le HCFiPS reconnaît lui-même les lacunes de son évaluation. Plusieurs périmètres demeurent non évalués : les travailleurs indépendants « classiques » (professions libérales, consultants), la tarification à l'activité (T2A) des établissements hospitaliers, la Protection universelle maladie (PUMa) ou encore l'impact fiscal indirect de la fraude sociale – car toute fraude aux cotisations réduit également l'assiette de TVA affectée à la Sécurité sociale.

I FRAUDE SOCIALE

Ces zones grises laissent penser que la fraude réelle pourrait être 15 à 20% plus élevée que le chiffre officiel de 14 milliards. Une incertitude qui, loin de relativiser le problème, souligne l'urgence d'une évaluation exhaustive et d'une méthodologie harmonisée entre branches.

Vers un « compte social unique » ?

Pour sortir de l'impasse, le rapport propose plusieurs pistes. D'abord, renforcer les pouvoirs de saisie conservatoire des organismes sociaux, sur le modèle de l'agence de recouvrement des avoirs criminels (AGRASC). Ensuite, généraliser les outils d'intelligence artificielle pour le ciblage des contrôles – les moteurs de scoring ont déjà démontré leur efficacité. Enfin, créer un « compte social unique » (ASU) qui centraliserait l'ensemble des versements et permettrait des contrôles automatisés récurrents.

Il ne faudrait pas prendre ce prétexte pour faire converger les moyens de la DGFIP et des Urssaf pour nourrir d'autres desseins, ceux de la suppression de la sécurité sociale.

I ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

UNE TRÈS BELLE VICTOIRE AUX ÉLECTIONS DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL AU CONSEIL D'ADMINISTRATION À L'URSSAF AQUITAINE

Avec plus de 80 % de participation dans le collège cadre, **la liste FO- SNFOCOS a remporté plus de 70 % des suffrages, augmentant de 9% son score par rapport aux précédentes élections au CA datant de 2022 !**

La Déléguée Régionale SNFOCOS, également Secrétaire du CSE et Déléguée Syndicale, Sabrina Le Blanc est donc brillamment réélue comme titulaire. Une nouvelle candidate FEC à cette instance, élue au CSE, Pamela Chaigneau, occupe aujourd'hui le poste de suppléante.

Plus d'inscrits, plus de votants et plus de voix pour notre liste !

Chez les employés, alors même que seule liste FO était en lice, le taux de participation est supérieur à 67 %.

Avec un effectif employé en baisse, là encore, plus de votants et plus de voix pour FO, tous nos candidats sont donc élus.

L'engagement de tous les instants au service de nos collègues est donc largement salué et reconnu.

Bravo à toutes et à tous et belle mandature à vous !



I ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

VICTOIRE DU SNFOCOS À LA CAF DE L'EURO : UNE CONFIANCE RENOUVELÉE DES CADRES

À l'issue de l'élection des représentants des cadres au Conseil d'administration de la CAF de l'Eure, le **SNFOCOS** enregistre une **victoire nette** avec **60,38 % des suffrages exprimés**.

Sur les **92 électeurs inscrits**, **58 cadres ont participé au vote**, soit un **taux de participation de 63,04 %**. Parmi les **53 suffrages valablement exprimés**, la liste SNFOCOS recueille **32 voix**, contre **21 voix pour la CFE-CGC**.

Notre collègue **Cynthia ANGOT** est élue au Conseil d'administration avec **28 voix**.

La liste SNFOCOS réalise également des scores très proches entre ses candidats : **Valérie BRIERE obtient 27 voix** et **Juan-Francisco GUTIERREZ 26 voix**, illustrant la **cohérence et la crédibilité de notre équipe**.

Ce résultat confirme l'**implantation solide du SNFOCOS auprès des cadres** et la reconnaissance de son engagement pour la **défense des intérêts professionnels, des conditions de travail et du service public de la Sécurité sociale**.

Le SNFOCOS remercie chaleureusement l'ensemble des électeurs qui lui ont accordé leur confiance. Cette victoire renforce notre détermination à **porter la voix des cadres et à poursuivre notre action syndicale avec exigence, indépendance et responsabilité**.

Driss CHERIFI, Délégué syndical SNFOCOS CAF 27

The logo for Snfocos is displayed in a large, blue, stylized font. The 'S' and 'n' are connected, and the 'f' is a simple outline. The 'o' is a solid circle, and the 'c' and 'os' are also solid.



Découvrez dès maintenant nos précédentes lettres de la Michodière en podcast

NOS PARTENAIRES



AGENDA

20/03/2026
INC AT-MP

27/03/2026
INC Groupe UGECAM

7/04/2026
Commission Nationale de l'intéressement

10/04/2026
CPNI

POUR ADHÉRER AU SNFOCOS
Contactez les élus ou représentants SNFOCOS
présents dans votre organisme
ou adhérez via le formulaire en ligne sur :
<https://snfocos.org/adherer/>



Un syndicat en action, une force pour les cadres