

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026

Première lecture



Réunie le samedi 15 novembre 2025 sous la présidence d'Alain Milon, vice-président, la commission des affaires sociales a examiné le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Elle a adopté 135 amendements, ramenant le déficit de la sécurité sociale de 24 milliards d'euros pour le texte transmis à 15,1 milliards d'euros (contre 17,5 milliards d'euros pour le texte initial). En particulier, la commission réinstaure, en l'atténuant, le gel des prestations, et supprime la suspension de la réforme des retraites.

1. UN PLFSS À FORTS ENJEUX

A. UNE SITUATION DES FINANCES PUBLIQUES TRÈS DÉGRADÉE

Selon le Gouvernement, la France aurait en 2025 un déficit des administrations publiques de 5,4 points de PIB (après 5,8 points de PIB en 2024), soit environ 160 milliards d'euros. Selon la Commission européenne, il s'agirait du déficit rapporté au PIB le plus élevé de la zone euro.

Pour ce qui concerne le cas de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 revoit le déficit 2025 à la hausse : de 22,1 milliards d'euros selon la LFSS 2025, il atteindrait finalement 23 milliards d'euros, soit une aggravation de 0,9 milliard d'euros par rapport au texte initial.

B. UNE DISCUSSION DES PLF ET PLFSS SOUS LA SURVEILLANCE DE L'UNION EUROPÉENNE ET DES MARCHÉS FINANCIERS

La France est à nouveau sous procédure de déficit excessif depuis juillet 2024. Elle s'est engagée dans le cadre du pacte de stabilité à ramener son déficit public sous 3 points de PIB en 2029.

En conséquence de la situation très dégradée de ses finances publiques, elle est depuis septembre 2025 le pays de la zone euro aux taux d'intérêt les plus élevés.



2. DES MODALITÉS DE DISCUSSION COMPLIQUÉES PAR L'ABSENCE DE MAJORITÉ À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

A. LES CONSÉQUENCES D'UN NON-RESPECT DU DÉLAI DE 70 JOURS (PLF) OU 50 JOURS (PLFSS) OU D'UNE ABSENCE DE LOI AU 1^{ER} JANVIER

Les règles applicables en cas de non-respect du délai de 50 jours ou d'absence de LFSS au 1^{er} janvier sont synthétisées par le tableau ci-après (qui rappelle en outre les règles applicables dans le cas du projet de loi de finances).

	Projet de loi de finances	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
Si le Parlement ne se prononce pas dans le délai constitutionnel		
<i>Délai</i>	Art. 47 C et 40 LOLF : 70 jours	Art. 47-1 C : 50 jours
<i>Procédure</i>	Art. 47 C et 40 LOLF : mise en œuvre par ordonnance	Art. 47-1 C : mise en œuvre par ordonnance
Si le texte ne peut être promulgué avant le début de l'exercice	Art. 47 C et 45 LOLF : autorisation de percevoir les impôts (1 ^{re} partie PLF ou loi spéciale) et ouverture par décret des services votés	• Pas de procédure prévue • Domaine exclusif de la LFSS : autorisation de recourir à l'emprunt • 2025 : « loi spéciale »

B. DES DIFFICULTÉS EXPÉRIMENTÉES LORS DE L'EXAMEN DU PLFSS POUR 2025

Pour mémoire, le PLFSS pour 2025 avait été déposé le 10 octobre, soit bien après la date limite du premier mardi d'octobre fixée par la loi organique, du fait de la constitution tardive du Gouvernement. Puis l'Assemblée nationale n'était pas parvenue à respecter son délai constitutionnel de 20 jours pour la première lecture.

La CMP a été un succès, pour la première fois depuis le PLFSS pour 2011.

Mais le gouvernement de Michel Barnier a été censuré sur les conclusions de la commission mixte paritaire (CMP), ce qui a amené à insérer dans la loi spéciale devant permettre à l'État de continuer à fonctionner après le 31 décembre 2024 un article autorisant la sécurité sociale à emprunter – cette loi spéciale n'étant prévue, dans le cas de la sécurité sociale, par aucun texte.

L'Assemblée nationale a ensuite adopté le PLFSS en nouvelle lecture, puis le Sénat a adopté le texte conforme, le 17 février.

Les mesures de réduction du déficit, de 15 milliards d'euros dans le texte initial et 17 milliards d'euros dans le texte adopté par le Sénat en première lecture, n'étaient plus que de 9 milliards d'euros dans le texte adopté.

C. DANS LE CAS DU PLFSS POUR 2026

Dans le cas du PLFSS pour 2026, le Gouvernement a déposé le texte le 14 octobre, soit à nouveau en retard par rapport au délai organique du premier mardi d'octobre.

Le même jour, le Premier ministre, dans son discours de politique générale, a annoncé sa décision, d'une part, de ne pas recourir à l'article 49.3 de la Constitution pour le faire adopter, et d'autre part, de geler l'âge d'ouverture des droits à la retraite et la durée d'assurance requise jusqu'à janvier 2028.

La lettre rectificative a été déposée le 23 octobre.

Comme l'année dernière, l'Assemblée nationale n'est pas parvenue à examiner le texte dans le délai constitutionnel de 20 jours, qui expirait la nuit du 12 au 13 novembre à minuit. Le Gouvernement a donc transmis le texte au Sénat, en faisant le choix de retenir l'ensemble des amendements adoptés par l'Assemblée nationale.

3. DANS LE TEXTE INITIAL, DE GRANDS ÉQUILIBRES CONFORMES AUX POSITIONS DU SÉNAT

A. DE GRANDS ÉQUILIBRES CONFORMES AUX PROPOSITIONS FAITES PAR LA MAJORITÉ SÉNATORIALE LE 8 JUILLET 2025 AU PREMIER MINISTRE

Les grands équilibres prévus par le texte initial étaient très proches des propositions faites par la majorité sénatoriale au Premier ministre le 8 juillet 2025, comme le montre le tableau ci-après.

Comparaison du texte initial avec les propositions de la majorité sénatoriale

<i>En Md€, pour la seule sécurité sociale. Champ = PLFSS et textes associés. Signe positif : amélioration du solde. Source : commission des affaires sociales, d'après les textes indiqués</i>	Majorité sénatoriale (8/07)	F. Bayrou (15/07)	PLFSS 2026
Dépenses	9,0	11,7	9,1
Gel des prestations	2,5	2,5	2,5
Ondam	5,5	5,0	6,0
<i>Dont transfert aux complémentaires ou aux assurés</i>	1		2,3
FIR, Fnas...	1,0		0,4
Suppression de deux jours fériés		4,2	
Décalage de la réforme des retraites			- 0,1
Autres			0,3
Recettes	1,5	0,0	4,3
Allégements généraux	1,5		1,4
Niches compléments salariaux			1,2
Taxe complémentaires santé			1,1
Autres			0,6
TOTAL	10,5	11,7	13,4
<i>Transfert à l'État du gain de la réforme des AG (via TVA)</i>			- 3,0
<i>Transfert à la sécurité sociale de l'assujettissement à l'IR des IJ ALD (via TVA)</i>			0,7
TOTAL APRÈS TRANSFERTS			11,1

B. UN EFFORT STRUCTUREL DE 12 MILLIARDS D'EUROS EN 2026, ÉGALEMENT RÉPARTI ENTRE DÉPENSES ET RECETTES

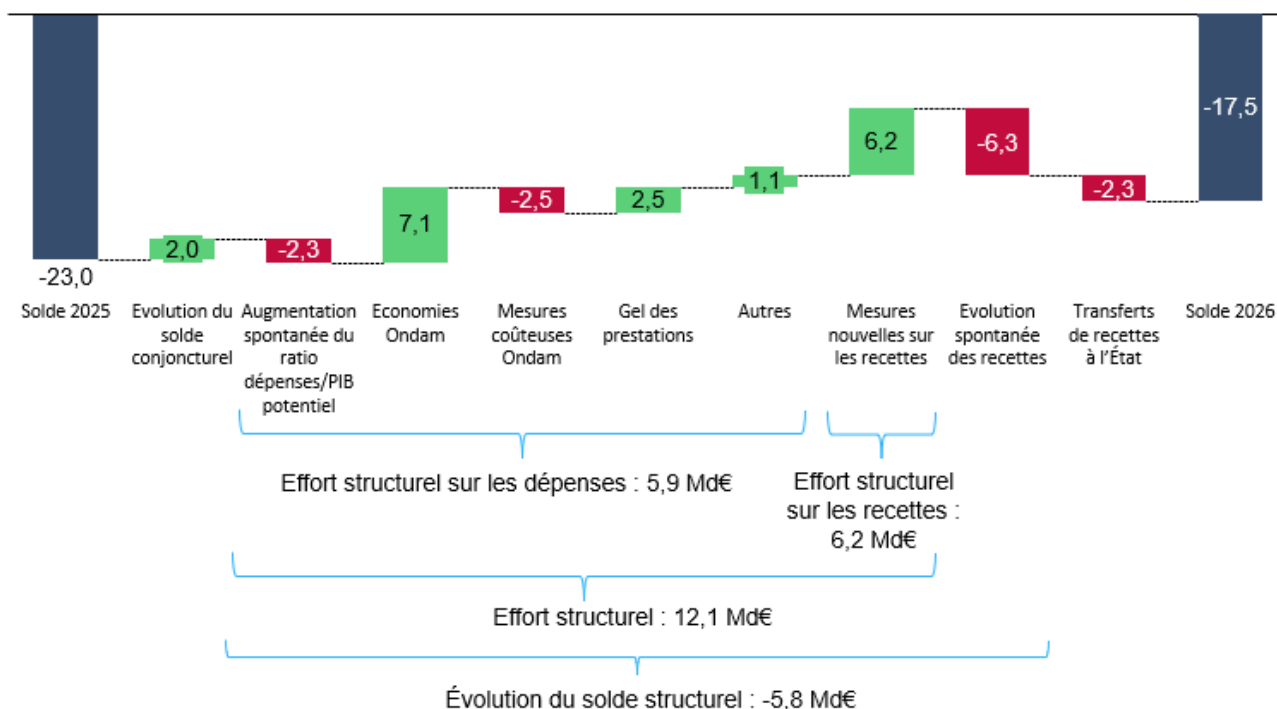
Le tableau ci-avant suggère que l'effort proposé par le PLFSS repose très majoritairement sur les dépenses. En effet, les mesures seraient d'environ 9 milliards d'euros sur les dépenses et 4 milliards d'euros sur les recettes.

Toutefois si on prend aussi en compte la montée en charge de mesures antérieures et si on considère que dans le cas des dépenses, le seul « vrai effort » est celui qui vient en plus d'une simple stabilisation des dépenses rapportées au PIB potentiel, on arrive à une vision des choses un peu différente, comme le montre le graphique de la page suivante.

En effet, selon l'approche retenue par ce graphique (explicitée dans le rapport), l'effort serait à peu près équilibré entre recettes et dépenses.

Décomposition indicative de l'évolution du solde prévisionnel de la sécurité sociale entre 2025 et 2026 prévue par le texte initial

(en milliards d'euros)



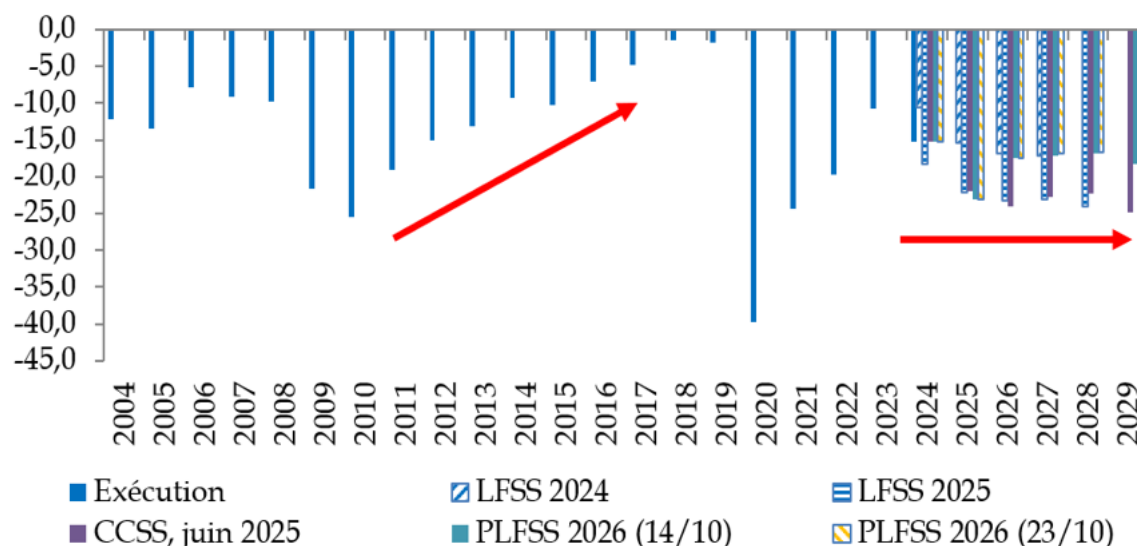
Source : Commission des affaires sociales

C. DES PERSPECTIVES PRÉOCCUPANTES À MOYEN TERME

Les perspectives de la sécurité sociale à moyen terme sont plus que jamais préoccupantes, avec un déficit qui, sans autres mesures que celles prévues par le PLFSS 2026, se stabiliserait à près de 20 milliards d'euros.

Solde de la sécurité sociale 2004-2029

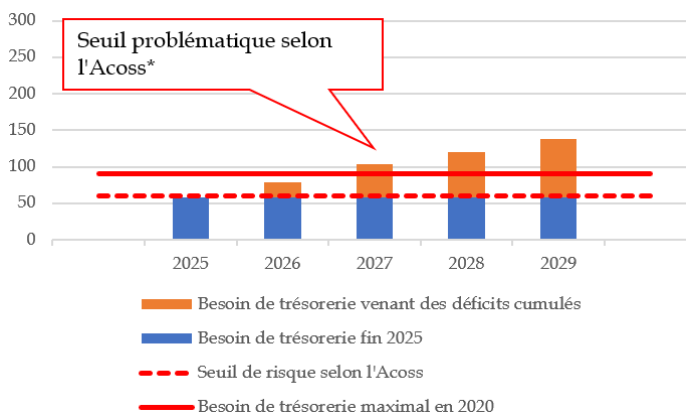
(en milliards d'euros)



CCSS : commission des comptes de la sécurité sociale. LFSS : loi de financement de la sécurité sociale. PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Source : Commission des affaires sociales, d'après les LFSS et les sources indiquées

Le besoin de trésorerie maximal de l'Acoss, estimé d'après les prévisions de déficit du projet d'annexe à la LFSS 2026



Source : Commission des affaires sociales (actualisation du graphique figurant dans Élisabeth Doineau, Raymonde Poncet Monge, Sécurité sociale : la boîte à outils du Sénat, rapport d'information n° 901 (2024-2025), Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, commission des affaires sociales, 23 septembre 2025)

Une telle situation serait dangereuse.

En effet, partir de 2026, le pic annuel de besoin de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)¹, qui finance la sécurité sociale, devrait augmenter chaque année du montant du déficit de celle-ci, ce qui, sur la base des prévisions pluriannuelles du projet d'annexe à la LFSS, pourrait conduire à dépasser le seuil de 100 milliards d'euros en 2027 (cf. graphique ci-contre).

À titre de comparaison, pendant la crise sanitaire, quand l'Acoss n'était pas parvenue à se financer sur les marchés et qu'il avait fallu recourir en urgence à la Caisse des dépôts et consignations et à un pool de banques pour financer par exemple les retraites, le besoin de trésorerie maximal sur l'année a été de 90 milliards d'euros.

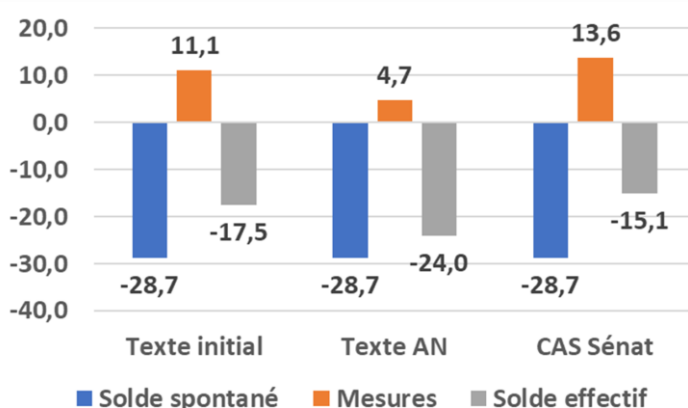
Selon l'Acoss, il n'est pas évident que l'on puisse renouveler sur la durée ce qu'on a fait de manière ponctuelle en 2020, avec en plus une absence de perspectives claires d'amélioration du solde. La situation pourrait devenir rapidement problématique, possiblement dès 2027.

4. RÉTABLIR LA SOUTENABILITÉ DES FINANCES SOCIALES

A. RAMENER LE DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À MOINS DE 15 MILLIARDS D'EUROS EN 2026

Solde de la sécurité sociale en 2026

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales

Le déficit spontané de la sécurité sociale en 2026 est estimé à 28,7 milliards d'euros par le Gouvernement.

Dans le texte initial, des mesures nettes d'amélioration du solde de 11,1 milliards d'euros permettaient de ramener le déficit à 17,5 milliards d'euros.

Dans le texte transmis au Sénat, les mesures d'amélioration du solde ont été réduites à seulement 4,7 milliards d'euros, d'où un déficit estimé à 24,0 milliards d'euros par la commission², soit plus que les 23 milliards d'euros prévus pour 2025 – ce qui ne serait pas acceptable.

¹ Également connue sous le nom d'Urssaf Caisse nationale.

² L'Assemblée nationale n'ayant pas achevé l'examen en première lecture du PLFSS, l'article 14, comprenant le tableau d'équilibre, n'a pas été actualisé par le Gouvernement. Il n'existe donc pas d'estimation « officielle » du déficit 2026 résultant du texte de l'Assemblée nationale.

Dans le texte proposé par la commission, des mesures d'amélioration du solde de 13,6 milliards d'euros permettraient de ramener le déficit à 15,1 milliards d'euros.

B. S'INSPIRER DES PROPOSITIONS DU SÉNAT DE JUILLET 2025 ET ÉVITER DE METTRE INUTILEMENT L'ACOSS EN DIFFICULTÉ

Le tableau ci-après synthétise les principales modifications apportées par l'Assemblée nationale et les propositions de la commission.

Principales modifications apportées par l'Assemblée nationale et propositions de la commission des affaires sociales

(impact 2026, en milliards d'euros)

Article		AN		CAS Sénat		Total	
		Sécu	APU	Sécu	APU	Sécu	APU
6 bis	CSG capital	2,8	2,8	-2,8	-2,8	0,0	0,0
7	Taxe complémentaires santé	-1,1	-1,1	1,0	1,0	-0,1	-0,1
8	Compléments salariaux	-1,0	-1,0	0,0	0,0	-1,0	-1,0
9	Lodéom, apprentis...	0,0	-0,8	0,0	0,4	0,0	-0,4
12	Article-tuyau	0,0	0,0	3,0	0,0	3,0	0,0
12 bis	CSG : CNSA → départements	-0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
12 quinq.	Compensation de niches	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 sept.	Prélèvement Unédic par État	-4,1	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0
44	Gel des prestations	-2,5	-3,6	1,9	2,8	-0,6	-0,8
49	Ondam	-1,0	-1,0	0,0	0,0	-1,0	-1,0
Total (y compris autres mesures)		-6,5	-6,2	8,9	2,4	2,4	-3,8
Solde		-24,0				-15,1	

APU : toutes administrations publiques (y compris sécurité sociale). CAS : commission des affaires sociales. CSG : cotisation sociale généralisée. CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Unédic : Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.

Signe positif : amélioration du solde.

Source : Commission des affaires sociales

Les modifications apportées par l'Assemblée nationale et les propositions de la commission sont explicitées dans le corps du rapport.

C. RÉALISER DÈS QUE POSSIBLE UN TRANSFERT DE LA DETTE DE L'ACOSS VERS LA CADES

La sécurité sociale est financée par l'Acoss, que la loi n'autorise à s'endetter qu'à court terme sur les marchés. Compte tenu notamment du risque de liquidité inhérent à ce type d'endettement, des transferts de dette sont régulièrement réalisés de l'Acoss vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui se finance à moyen terme sur les marchés.

L'article 4 bis de l'ordonnance de 1996 sur la Cades, qui a valeur organique, impose un amortissement de la dette sociale d'ici le 31 décembre 2033.

À droit inchangé, les déficits cumulés de la sécurité sociale d'accumuleraient à l'Acoss, avec les risques qui en découlent.

Aussi, un récent rapport¹ de la Mecss du Sénat préconise de « **réviser rapidement l'article 4 bis (à valeur organique) de l'ordonnance de 1996 sur la Cades, afin de permettre un nouveau transfert de dette de l'Acosse à la Cades** ».

La commission relève que dans une récente communication² à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes indique que « *le rythme de remboursement actuel de la Cades est plus rapide que prévu, ce qui devrait éteindre la dette dont elle a la charge au cours du second semestre 2032, au lieu du 31 décembre 2033 (dégageant une ressource non affectée de l'ordre de 20 milliards d'euros, pouvant ouvrir la voie à une reprise partielle de dette dont les conditions juridiques doivent être précisées)* ».

Les principaux amendements adoptés par la commission à l'initiative de la rapporteure générale (première et deuxième parties du PLFSS)

- Articles liminaire et 1^{er} (*supprimés*) : rétablissement.
- Article 2 (*supprimé*) : rétablissement et, dans le cas de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2025, majoration du sous-objectif relatif aux établissements de santé et minoration du 6^e sous-objectif.
- Article 6 (*supprimé*) : rétablissement du gel du barème de la CSG, pour la seule année 2026.
- Article 6 *bis* : suppression de l'article, qui porte de 9,2 % à 10,6 % le taux de la CSG sur les revenus du capital.
- Article 7 (*supprimé*) : rétablissement de la taxe exceptionnelle sur les complémentaires santé, pour un montant d'un milliard d'euros.
- Article 10 : suppression de la nouvelle contribution applicable aux industriels du médicament et diminution du seuil de la clause de sauvegarde en contrepartie.
- Article 12 : suppression des réaffectations de recettes entre branches en conséquence de la réduction de 3 milliards d'euros par l'article 40 du PLF de la TVA affectée à la sécurité sociale (le Gouvernement devant ensuite effectuer par coordination la modification à l'article 40 du PLF).
- Article 12 *bis* : suppression de l'article, qui transfère à terme 1,4 milliard d'euros de CSG de la branche autonomie vers les départements.
- Article 12 *septies* : suppression de l'article, et donc rétablissement pour le Gouvernement de la possibilité de réduire par arrêté le montant de la compensation des allègements généraux à l'Unédic.
- Article 16 *bis* : suppression de l'article, qui vise à réduire la capacité de la sécurité sociale à se financer sur les marchés.

¹ Elisabeth Doineau, Raymonde Poncet Monge, *Sécurité sociale : la boîte à outils du Sénat*, rapport d'information n° 901 (2024-2025), Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, commission des affaires sociales, 23 septembre 2025.

² Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale – Une perspective de redressement fragile en 2026, une impasse de financement préoccupante*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2025.

BRANCHE MALADIE & ONDAM

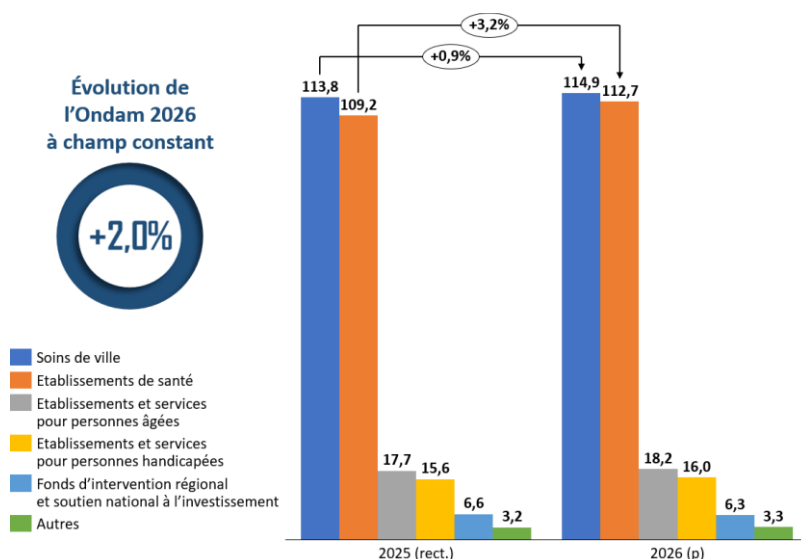


L'examen du PLFSS pour 2026 illustre l'incapacité du Gouvernement à proposer des réformes structurelles pour le système de santé, obérant durablement les perspectives de redressement du solde de la branche maladie. La commission s'est inquiétée de la poursuite de l'aggravation du déséquilibre de la branche et a dénoncé l'insincérité de l'Ondam. La commission a par ailleurs regretté la présentation d'un PLFSS de rendement, préjudiciable à l'accès aux soins des Français et punitif pour les professionnels de santé. Elle a toutefois soutenu certaines mesures utiles, quoique marginales au regard des enjeux de la branche maladie.

1. DES PROJECTIONS PRÉOCCUPANTES, À COURT COMME À MOYEN TERME

A. UN ONDAM 2026 EXTRÊMEMENT CONTRAINT ET INSINCÈRE, QUI REPOSE SUR DES ÉCONOMIES INCERTAINES

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) proposé par le Gouvernement pour 2026, dans le texte initialement déposé, s'élevait à **270,4 milliards d'euros**, soit une hausse limitée à **1,6 %** par rapport à l'Ondam 2025 révisé, à champ constant. **Par un amendement adopté à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a réhaussé l'objectif de 1 milliard d'euros, ce qui aboutit à une hausse de 2,0 %.**

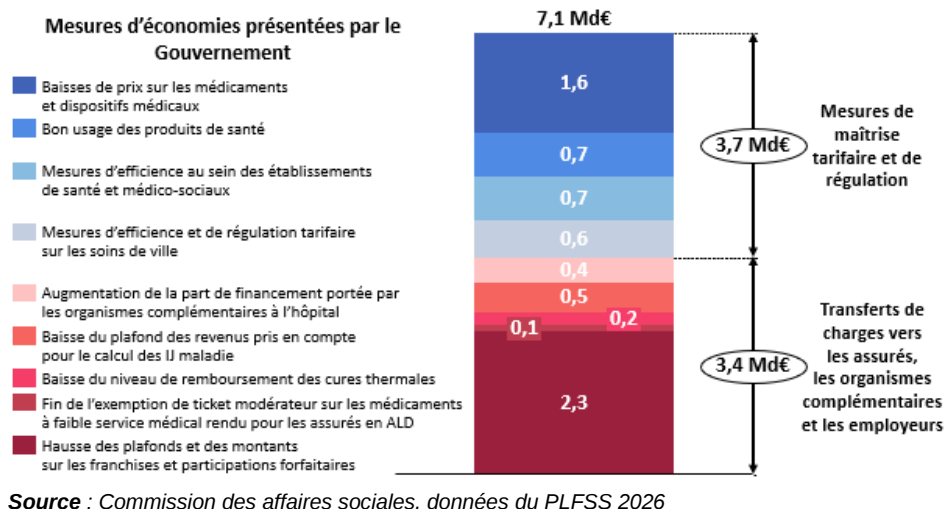


En dépit de cet ajustement, cette prévision d'Ondam constitue **un net ralentissement de la dynamique de la dépense** puisque, entre 2019 et 2025, l'Ondam a progressé de 4,8 % par an en moyenne toutes dépenses comprises, et de 3 % en excluant les dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, au Ségur de la santé, à l'inflation exceptionnelle et aux aides exceptionnelles à l'activité.

La progression du sous-objectif relatif aux soins de ville est fixée à 0,9 % : la tendance d'évolution spontanée des dépenses (produits de santé, indemnités journalières, honoraires, etc.) et les quelques mesures nouvelles en dépenses doivent être compensées par des mesures de régulation et de maîtrise tarifaire et des transferts de charges.

La progression du sous-objectif relatif aux établissements de santé, désormais fixée à 3,2 %, demeure particulièrement contrainte au regard de la hausse tendancielle des charges, du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, ainsi que de l'impact de la hausse des cotisations à la CNRACL (600 millions d'euros). Le sous-financement des établissements va encore dégrader une situation financière particulièrement difficile, notamment pour les hôpitaux publics dont le déficit a atteint 2,9 milliards d'euros en 2024.

Le respect de la trajectoire fixée pour 2026 exige **un effort significatif de maîtrise des dépenses, évalué à 7,1 milliards d'euros** par le Gouvernement. À ces économies, s'ajoutent des actions de maîtrise médicalisée des dépenses et de lutte contre la fraude, pour un montant de 900 millions d'euros.

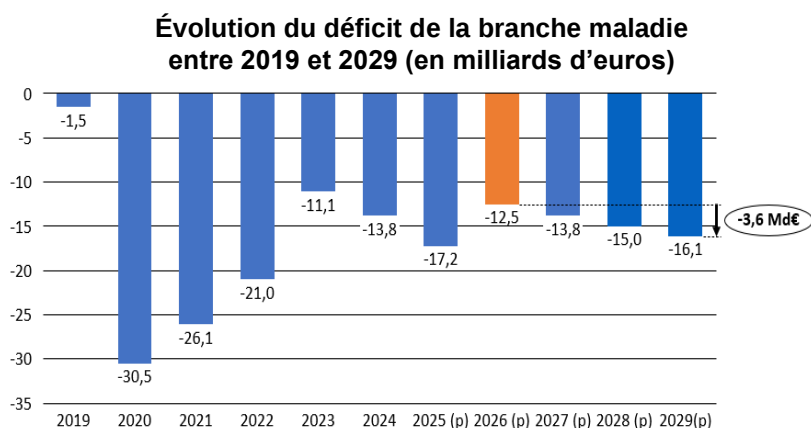


Les principaux organismes ayant émis un avis sur le PLFSS alertent sur le **caractère ambitieux de l'Ondam** et sur le **manque de documentation de certaines économies** en matière de maîtrise tarifaire, de régulation des dépenses et d'efficacité. Dans ces conditions, un **dépassement de l'Ondam apparaît probable**. La commission alerte sur les conséquences qu'aurait un tel dérapage sur le respect de l'autorisation parlementaire et la visibilité des acteurs de santé : les mesures de redressement prises en 2025, si elles ont enfin permis un respect bienvenu de l'Ondam, ont été prises par le Gouvernement **sans aucune association du Parlement**, ont **démenti des engagements pris lors de la construction de l'Ondam** et ont porté **atteinte à la prévisibilité nécessaires aux professionnels**, à commencer par ceux des établissements santé, qui sont les principaux concernés par l'annulation de leurs crédits mis en réserve. **La commission a souhaité dénoncer l'insincérité de l'Ondam en supprimant l'article 49.**

B. L'ABSENCE D'UNE PERSPECTIVE DE RÉDUCTION DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE

L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 267,5 milliards d'euros pour 2026, soit une hausse de 2 % par rapport à l'exécution 2025.

La situation financière de la branche maladie présentée dans le PLFSS pour 2026 demeure particulièrement préoccupante. Certes le Gouvernement prévoit une amélioration en 2026, avec un déficit qui devrait s'établir à 12,5 milliards d'euros grâce à une augmentation des recettes, mais ce redressement annoncé repose sur des hypothèses macroéconomiques et des ambitions de maîtrise des dépenses particulièrement optimistes. Le solde continuera de se dégrader au-delà de 2026, sans qu'aucune trajectoire de retour à l'équilibre de la branche maladie ne soit envisagée.



Source : Commission des affaires sociales, données PLFSS pour 2026

Dans ce contexte, la commission appelle à **redéfinir une stratégie de financement de la branche maladie crédible et soutenable, qui ne repose ni sur des paris macroéconomiques incertains ni sur des économies de court terme**, mais sur une trajectoire de moyen terme réaliste et assumée. Le temps des ajustements ponctuels est révolu : la santé de la branche maladie exige, elle aussi, un traitement de fond.

2. UN PLFSS DE RENDEMENT, DÉPOURVU D'AMBITION STRUCTURELLE

A. DES MESURES DE PUR RENDEMENT, AU DÉTRIMENT DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Alors que seule une réforme structurelle d'ampleur pourra résoudre, à terme, le déficit de la branche, la commission s'oppose à la succession de rustines que comporte le texte, au rendement certain mais sans colonne vertébrale, qui réduiront l'accès aux soins et pénaliseront les professionnels de santé.

1. Des mesures d'économies qui pèsent directement sur les patients

- En élargissant le champ des **participations forfaitaires et des franchises** et en créant un nouveau plafond sur le transport sanitaire, le Gouvernement **dévoie ces outils de responsabilisation** pour les transformer en **leviers de rendement**. Alors que le Gouvernement expose déjà les assurés en ALD à **100 euros de reste à charge supplémentaire** par an avec son projet de **doubler**, par voie réglementaire, les **montants et plafonds des franchises** existantes, la commission appelle à **maintenir la suppression de l'article 18**, afin de préserver **l'accessibilité financière aux soins**.



Rendement attendu du doublement des franchises

- La commission appelle à supprimer, à **l'article 28**, la **limitation** de la durée des arrêts de travail prescrits, qui porte une **atteinte** manifestement **disproportionnée** à la **liberté de prescription**. Alors que le législateur se bat, depuis plusieurs années, pour **libérer du temps de soin**, cette limitation **arbitraire et infondée** médicalement mobiliserait plusieurs **centaines de milliers d'heures de consultations** pour prolonger des arrêts de travail artificiellement raccourcis, dans un contexte d'accès aux soins déjà fragilisé.
- Le dispositif **d'ALD non exonérante**, permettant d'être **indemnisé plus longtemps en arrêt de travail**, est inabouti en ce qu'il n'offre **ni service médical rendu, ni suivi professionnel** à l'assuré : tout juste conduit-il à **différer la perte de revenus**. Alors que les dépenses **d'indemnités journalières** restent **incontrôlées** malgré les efforts du législateur, la suppression de ce régime, inefficace, n'est toutefois envisageable qu'à condition que **l'article 29** soit assorti de **mesures d'accompagnement** ambitieuses pour faciliter le retour à l'emploi.
- La commission s'élève des évolutions apportées au régime de **l'accès précoce (article 34)**, qui pourraient fragiliser ce dispositif pourtant **plébiscité par les industriels** et reconnu pour **son rôle déterminant dans l'accès aux médicaments innovants** pour les patients, en premier lieu ceux qui souffrent d'un cancer. Elle a donc adopté plusieurs amendements pour **garantir l'attractivité de ce dispositif pour les industriels**. Elle salue toutefois la **pérennisation de l'accès direct**.
- Le dispositif de référencement sélectif des médicaments thérapeutiquement équivalents, proposé à **l'article 35**, en excluant certains laboratoires, **risque de fragiliser le tissu de l'industrie pharmaceutique français**, d'accroître les tensions d'approvisionnement et à terme d'augmenter les prix. La commission appelle donc à supprimer cet article.

2. Des dispositifs inadaptés aux enjeux d'accès aux soins dans les territoires

- L'article 21** comprend plusieurs dispositions visant à organiser l'offre de soins sur le territoire qui n'ont pas convaincu la commission.

En premier lieu, l'article précise **les conditions de rémunération des docteurs juniors de médecine générale**. La commission regrette les difficultés de mise en œuvre de cette réforme, dont témoignent les évolutions proposées par le Gouvernement au cours de l'examen du PLFSS. Ayant entendu les inquiétudes des étudiants, elle appelle le Gouvernement et tous les acteurs à prendre leurs responsabilités pour garantir la réussite de cette réforme très attendue.

En deuxième lieu, l'article propose de créer un **contrat de praticien territorial en médecine ambulatoire**, ajoutant à l'arsenal existant un nouvel outil incitatif qui ne convainc pas la commission.

Elle propose de supprimer ces dispositions, pour leur substituer un dispositif autorisant à moduler la rémunération des médecins exerçant en zone sous-dense en fonction de leur patientèle.

En troisième lieu, **la commission propose de substituer à la création de nouvelles officines dans les territoires isolés l'ouverture de nouvelles antennes** de pharmacie sur tout le territoire.

Enfin, la commission rejoint **la nécessité d'encadrer l'activité des structures de soins non programmés**. Sur ce sujet, il lui semble utile de repartir de l'accord obtenu entre les deux assemblées lors de l'examen du dernier PLFSS, et d'enrichir sur cette base la rédaction proposée par le Gouvernement.

- **L'article 21 bis** traduit l'engagement du Premier ministre de constituer un réseau de 5 000 « maisons France Santé » d'ici à 2027. Toutefois, le texte proposé par le Gouvernement, sans aucune concertation avec les professionnels, ne vise qu'à **labelliser l'existant** à marche forcée **sans lutter concrètement contre les déserts médicaux**.

Si la commission soutient l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires, elle refuse que cet enjeu majeur pour la santé de nos concitoyens se résume à une opération d'affichage politique.

C'est pourquoi elle a souhaité **supprimer les dispositions relatives à la labellisation du réseau France Santé** et aux communautés professionnelles territoriales de santé rebaptisées Communautés France Santé. Elle invite le Gouvernement à revoir sa copie et à concerter l'ensemble des acteurs afin d'apporter une réponse plus satisfaisante aux besoins de santé des Français.

Elle a en revanche **conservé la pérennisation du dispositif Osys d'évaluation clinique et de prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens**. Ce dispositif, déjà adopté par le Sénat au printemps 2025, permettra d'améliorer concrètement l'accès aux soins dans les zones en difficultés grâce à la qualité du maillage officinal.

3. Des mesures inopportunes qui sanctionnent les professionnels de santé

- S'il apparaît légitime que le régulateur tienne compte, dans la négociation des tarifs, des gains de productivité et des taux de marge, la commission considère qu'une politique unilatérale de baisse des prix fondée sur les seuls déterminants de la rentabilité serait contre-productive. C'est pourquoi **elle a refusé d'attribuer** au directeur de l'Uncam et au Gouvernement **un pouvoir de baisse unilatérale des tarifs**, prévu aux **articles 24 et 24 bis**, **dans les secteurs pour lesquels une rentabilité excessive serait constatée**. En revanche, **elle a soutenu la mise en œuvre d'un mécanisme d'identification de ces situations**.

La commission a souhaité rappeler son attachement à la négociation conventionnelle et au caractère négocié des tarifs applicables aux professionnels libéraux.

- Affichant l'objectif de rendre le secteur 1 plus attractif, **l'article 26 propose d'augmenter la taxation des dépassements d'honoraires**. Ce dispositif est apparu inopportun à la commission : outre ses effets pervers évidents, il vise tous les praticiens du secteur 2 alors qu'**une mesure ciblant les seuls dépassements excessifs aurait été plus judicieuse**. La commission n'a pas rétabli cet article. Elle a par ailleurs supprimé **l'article 26 bis** qui visait à dérembourser les prescriptions des praticiens de secteur 3, considérant à nouveau que les patients seraient les seuls pénalisés, sans impact sur le conventionnement de ces praticiens.

- **L'article 31 prévoit de sanctionner les professionnels en cas de manquement à leurs obligations de renseignement et de consultation du dossier médical partagé. La commission n'adhère pas à cet esprit de culpabilisation** et préconise un dispositif incitatif, d'autant que des déploiements de logiciels référencés sont prévus jusqu'en 2028. Elle a supprimé cet article.

- Enfin, faire collecter les franchises par les professionnels de santé, comme le prévoit **l'article 18**, réduirait le temps médical disponible et générerait des tensions dans les cabinets en plaçant les soignants dans un rôle de collecteur qui n'est pas le leur : la commission s'y oppose fermement.

B. DES MESURES UTILES MAIS QUI MANQUENT D'ENVERGURE

1. Un nouveau rendez-vous manqué pour la prévention

Cette année encore, le PLFSS présenté par le Gouvernement ne fait pas preuve d'ambition en matière de prévention.

- **L'article 19 qui crée des parcours d'accompagnement préventif** soulève des inquiétudes chez les patients et les professionnels quant à un risque de rétrécissement des critères d'entrée en ALD. La commission propose toutefois de soutenir la mesure, en précisant le rôle du médecin traitant.
- La commission soutient l'économie générale des dispositions créant de **nouvelles obligations vaccinales pour les professionnels de santé** (grippe, rougeole), à l'**article 20**. En revanche, elle ne juge pas opportun de fixer une obligation de vaccination anti grippe pour les résidents des Ehpad, déjà vaccinés à près de 83 %, et propose en conséquence de supprimer ces dispositions.
- Enfin, la commission propose de soutenir la prolongation de l'expérimentation sur les **haltes soins addictions (article 20 sexies)** et la création d'une **consultation préventive pour les femmes au moment de la ménopause (article 21 ter)**.

2. Quelques rares mesures pertinentes, à saluer

- La commission apporte son soutien à l'**article 27 qui renforce les dispositifs d'incitation financière à l'efficience, la pertinence, la qualité et la sécurité des soins au sein des établissements de santé**. Elle a souhaité y apporter des précisions afin de récompenser les établissements les plus engagés dans une démarche de haut niveau de qualité des soins.
- Consciente des enjeux financiers et du gisement d'économies associés à une plus grande pénétration des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires dans le secteur officinal, **la commission a accueilli favorablement les dispositions de l'article 33**. Elle soutient notamment la mise en place d'un mécanisme de tiers-payant contre biosimilaires, qui a vocation à **améliorer la diffusion des biosimilaires en ville**, où le taux de pénétration de ces produits n'était que de 34 % en 2024.
- Parmi les autres mesures jugées pertinentes, quoique d'un impact marginal, la commission a soutenu le **financement de systèmes d'aide à la décision médicale** par un mécanisme d'intéressement fondé sur les économies de dépenses d'assurance maladie (**article 30**) et le **don aux hôpitaux de masques** issus du stock de l'État avant leur péremption (**article 32**).
- Afin de clarifier le paysage des **aides** à l'installation, la commission a approuvé, à l'**article 21 quater**, la **suppression du contrat de début d'exercice** à la main des ARS. Toutefois, elle a souhaité décaler cette suppression au **1^{er} janvier 2027** afin de laisser le temps aux partenaires conventionnels de définir une **aide équivalente**, gérée par la Cnam.
- La commission salue également l'**élargissement des compétences de trois professions de l'appareillage**, qui fluidifiera les parcours tout en dégageant du temps médical (**article 21 sexies**).

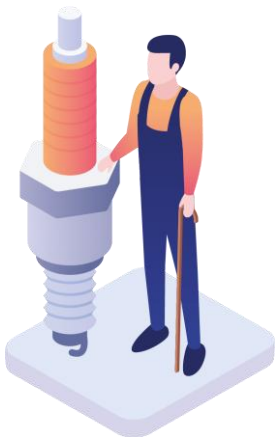


Estimation des économies générées par la substitution des biosimilaires en 2026

3. Des mesures essentiellement techniques

- Tout en accueillant favorablement les **évolutions techniques des modalités de remboursement et de facturation des établissements de santé**, proposées par l'**article 22**, la commission souhaite insister sur la nécessité de davantage accompagner les établissements dans la mise en œuvre des réformes du financement et dans leur transition numérique.
- Pour **regrettable** que ce soit, l'**article 23** acte le **report** de l'entrée en vigueur de la **protection sociale complémentaire** dans la fonction publique **hospitalière**, devenu **inévitabile** au vu de l'avancée des négociations. La commission estime qu'il est possible de s'engager sur une entrée en vigueur **en 2027** plutôt qu'en 2028, sous réserve d'une mobilisation des parties.

BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES



Après onze exercices excédentaires sur les douze derniers, la branche AT-MP s'inscrit à partir de 2025 dans une **trajectoire lourdement et durablement déficitaire**, principalement imputable à la hausse de 800 millions d'euros en trois ans du transfert à la branche maladie, à l'attribution de plus de **1,5 milliard d'euros de recettes à la branche vieillesse** et à la **dynamique non maîtrisée des indemnités journalières**.

La commission propose d'adopter l'article 39, qui lèvera utilement certains obstacles à la reconnaissance des maladies professionnelles. Elle a adopté différents amendements afin de concilier **qualité de l'instruction** des dossiers et **pragmatisme face à l'engorgement** des procédures.

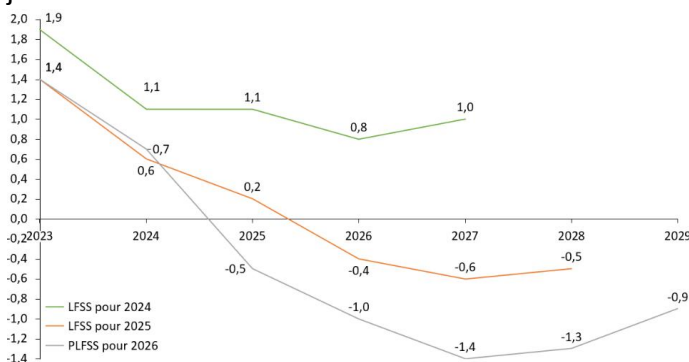
Elle propose également d'adopter l'article 40, qui ouvre un **capital-décès** aux ayants droit des non-salariés agricoles victimes d'AT-MP fatals.

1. LE PASSAGE, EN UN AN, D'UN EXCÉDENT STRUCTUREL À DES DÉFICITS DURABLES D'UN NIVEAU INÉDIT POUR LA BRANCHE

A. UNE DÉGRADATION HISTORIQUE DU SOLDE DE LA BRANCHE

Alors que la branche AT-MP enregistrait encore en 2023 un **excédent record de 1,4 milliard d'euros**, celle-ci s'apprête à connaître, de 2025 à 2029, une série de déficits alarmants.

Dès 2025, le solde négatif atteindrait **500 millions d'euros**, conséquence directe de l'alourdissement de 400 millions d'euros du **transfert lié à la sous-déclaration**. La situation se **dégraderait encore en 2026 : amputées durablement de 700 millions d'euros** de cotisations réaffectées à la branche vieillesse par la LFRSS pour 2023, les recettes – **limitées à 17 milliards d'euros** – ne sauraient couvrir des dépenses portées à **18 milliards d'euros** par la progression incontrôlée des indemnités journalières.



Grevée par une nouvelle hausse de **400 millions d'euros** du transfert à la branche maladie, la branche AT-MP pourrait essuyer en 2027, **le plus lourd déficit de son histoire**.

Par sa **nature assurantielle**, la branche AT-MP a vocation plus que toute autre à **l'équilibre** ; sa situation commande donc des **mesures de redressement rapides**.

Pour autant, le déficit durable de la branche ne résulte pas tant de la dynamique des dépenses ou de la sinistralité que d'un **choix politique contestable**. Estimant que **la branche AT-MP n'a pas à servir de variable d'ajustement** pour combler le déficit des autres branches, la commission s'opposera sans ambiguïté à toute augmentation générale des cotisations AT-MP induite par ces arbitrages hasardeux.

B. UN EURO SUR SIX PERÇU PAR LA BRANCHE REVERSÉ À D'AUTRES ENTITÉS

Les transferts de la branche AT-MP atteindront 2,6 milliards d'euros en 2026, soit **14 % de ses dépenses totales**. Le déficit de la branche enjoint désormais à circonscrire leur portée, sauf à **obérer pour l'avenir les moyens dévolus à la branche** pour ses missions premières : la prévention et la réparation des AT-MP. L'effort consenti pour la prévention **reste d'ailleurs bien insuffisant par rapport à l'objectif de 7 % des dépenses**, fixé par la récente mission d'information

de la Mecss, malgré la poursuite de la **montée en charge** du fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle. Pour progresser sur cette voie, **changer de paradigme** et mettre en œuvre un **accompagnement ciblé** des entreprises semble indispensable.

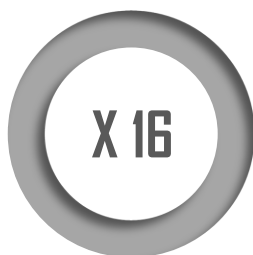
Le transfert au titre de la sous-déclaration reste constant en 2026, à 1,6 milliard d'euros. Considérant que son poids dans les dépenses de la branche diminue en 2026, la commission **ne portera cette année pas d'amendement visant à réduire le montant du transfert** à la branche maladie. À l'avenir, la commission se réserve le droit de **réévaluer sa position**.

L'article 50 du PLFSS pour 2025 prévoit une baisse du transfert au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**Fiva**), qui reste toutefois près de deux fois supérieur à son niveau de 2023. La **situation financière de la branche** appelle désormais **plus que jamais** à ce que **l'État**, dont la dotation est **plus de dix fois inférieure** au montant qu'il devrait assumer pour les victimes environnementales et de l'État employeur, **prenne enfin sa juste part** dans le financement du fonds.

2. UNE RÉFORME CONTESTÉE MAIS INDISPENSABLE DE LA PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

- Plus de **60 tableaux de maladies professionnelles (MP)** comportent des modalités de **diagnostic obligatoires** pour accéder à la reconnaissance, parfois **obsolètes, peu accessibles** voire **dangereuses** compte tenu de la vétusté de certains tableaux. En **arrimant** désormais leur définition aux **recommandations des autorités sanitaires**, l'article 39 introduit une **approche évolutive** qui **fluidifiera utilement la reconnaissance des MP**, en conformité avec l'état de la science. **Fidèle au paritarisme**, la commission entend soumettre à avis des **partenaires sociaux** les textes réglementaires d'application de la mesure, afin de garantir **leur adhésion à la réforme**.

- Les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (**CRRMP**) instruisent aujourd'hui les dossiers **ne répondant pas à toutes les conditions d'un tableau** (alinéa 6) ou **n'y figurant pas** (alinéa 7). Confrontés à la **démographie défavorable** des professionnels qui les composent, les CRRMP ont par ailleurs vu leur charge de travail **doubler en dix ans**. Face à **l'engorgement prévisible à court terme** malgré les efforts déployés, le législateur est **tenu d'agir afin de garantir l'accès à la reconnaissance** dans les délais réglementaires. L'article 39 **réserve l'action des CRRMP aux procédures de l'alinéa 7**, et confie plutôt à un **binôme de médecins conseils** celles de l'alinéa 6, réputées moins complexes. Soucieuse de la **qualité de l'instruction** et du respect du contradictoire, la commission souhaite **restreindre la mesure** aux seules procédures relatives au **délai de prise en charge**, où l'expertise médicale requise demeure plus limitée. Les autres dossiers de l'alinéa 6 continueraient de relever des CRRMP.



Nombre de dossiers alinéa 7 depuis 2010

3. LA LIMITATION DE LA DURÉE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (IJ)

L'indemnité journalière AT-MP ne vise qu'à compenser la perte de revenus résultant d'une **incapacité de travail temporaire**. Lorsque celle-ci devient permanente, **d'autres prestations, mieux adaptées**, sont appelées à prendre le relais. Constatant qu'une **incapacité prolongée** ne saurait durablement **demeurer temporaire**, la commission soutient, à l'article 28, la **limitation de la durée des IJ AT-MP**, mais propose de préciser, par la loi, que le plafond retenu ne saurait être inférieur à celui de la branche maladie en vertu du **principe de favorabilité** des prestations AT-MP.

4. L'OUVERTURE D'UN CAPITAL-DÉCÈS POUR LES NON-SALARIÉS AGRICOLES DÉCÉDÉS À LA SUITE D'UN SINISTRE PROFESSIONNEL

À l'article 40, la commission a soutenu l'institution d'un **capital-décès de 3 977 euros** au bénéfice des ayants droit des non-salariés agricoles **décédés à la suite d'un sinistre professionnel**. Elle appelle par ailleurs le Gouvernement à étendre cette **mesure d'équité** aux **ayants droit des titulaires de rentes**, afin d'assurer une **harmonisation bienvenue entre régimes**.

BRANCHE VIEILLESSE



La tendance au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de retraités dégrade toujours la trajectoire de la branche vieillesse, dont **le déficit s'est creusé** à la suite de la revalorisation des pensions sur l'inflation au 1^{er} janvier 2025.

Dans le cadre du PLFSS pour 2025, la commission a adopté les articles 43 et 45 qui réforment le cumul emploi-retraite et le dispositif de carrières longues pour y intégrer les trimestres bonifiés pour maternité et éducation des enfants. Elle a réintroduit la mesure de gel des prestations et des pensions au titre de l'année 2026, en excluant l'allocation adulte handicapé et les retraites inférieures à 1 400 euros. Elle a enfin supprimé l'article 45 bis suspendant la réforme des retraites du 14 avril 2023.

1. LA FORTE DÉGRADATION DU DÉFICIT DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2024 SERAIT CONTENUE DANS LES ANNÉES À VENIR

Le déficit de la branche vieillesse hors FSV s'est **dégradé entre 2024 et 2025**, passant de **5,6 milliards d'euros à 6,3 milliards d'euros**.

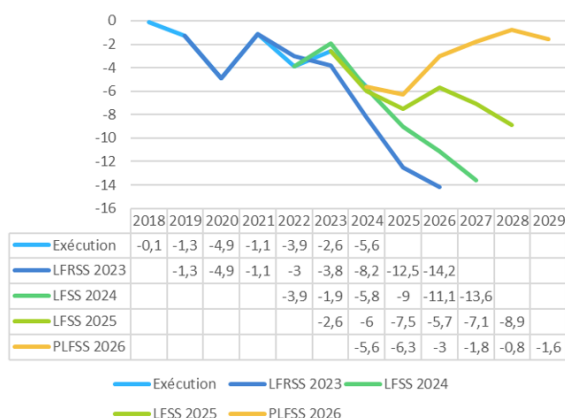
Les dépenses de pension ont néanmoins ralenti spontanément en 2025 en raison d'une moindre revalorisation sur l'inflation (+ 2,2 % au 1^{er} janvier 2025 contre + 5,3 % au 1^{er} janvier 2024).

Les prévisions figurant en annexe du PLFSS pour 2026 prévoient toutefois une amélioration de la trajectoire financière de la branche en raison de **mesures de redressement** que sont **le gel des prestations sociales et pensions en 2026 et la sous-indexation des pensions de retraite au titre des années 2027 à 2030**, portée à l'article 44, qui améliorerait le solde de la branche vieillesse de **3,6 milliards d'euros en 2026 et 8,9 milliards d'euros en 2030**, ainsi que **le relèvement jusqu'en 2027 du taux de cotisations des employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière (CNRACL)**.

Ces mesures **améliorent à moyen terme les projections du solde de la branche vieillesse**, en comparaison avec celles de la LFSS pour 2025.

Prévision de solde de branche vieillesse par la LFRSS 2023, la LFSS 2024, la LFSS 2025 et le présent PLFSS

(en milliards d'euros)



Elles permettraient de **contenir les dépenses** dans un contexte de vieillissement démographique, de ralentissement de la croissance de la masse salariale du secteur privé et des difficultés financières du régime des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, **dont la dette constitue le deuxième poste de dépenses**.

Ces chiffres intègrent le FSV jusqu'à son intégration à la Cnav au 1^{er} janvier 2026.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS 2023 à 2025 et le présent PLFSS

2. RENFORCER LES MESURES DE JUSTICE SOCIALE

A. RATIONALISER LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE POUR LIMITER LES EFFETS D'AUBAINE

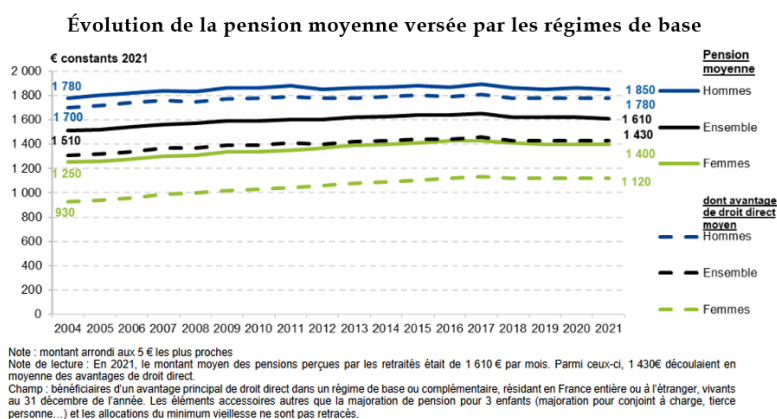
La commission a adopté la **réforme du cumul emploi-retraite** portée à l'article 43 du PLFSS pour 2026, qui reprend les préconisations formulées par la Cour des comptes. Le dispositif de cumul emploi-retraite français faisait figure d'exception en Europe dans la mesure où il était **le seul qui permettait un cumul intégral créateur de droits à pension dès l'âge légal d'ouverture des droits**, ce qui incitait les cadres à y recourir dès l'obtention du taux plein, et non à rester en activité afin d'acquérir une surcote.

Désormais, le cumul emploi-retraite sera **plafonné et n'ouvrira pas de nouveaux droits à pension jusqu'à 67 ans**. Afin de dissuader les assurés bénéficiant d'un départ en retraite anticipé pour carrière longue à y recourir, ce qui ne se justifie pas au regard du fait que ce dispositif a pour objectif de compenser l'usure professionnelle, **tout euro de revenu gagné en CER avant l'âge légal d'ouverture des droits (AOD) se substituera à un euro de pension**. La pension des assurés pourra donc être intégralement remplacée par le revenu issu de la reprise d'activité. **Les personnes qui partiront en retraite entre l'AOD et 67 ans verront leur revenu cumulé plafonné**, et le dépassement de ce plafond entraînera un écrêtement des pensions jusqu'à 50 % du montant des revenus. Enfin, **le délai de carence de six mois entre la liquidation de la pension et la reprise d'une activité chez un même employeur sera supprimé**. Cette réforme entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

B. INTÉGRER LES TRIMESTRES DE MAJORATION DE DURÉE D'ASSURANCE POUR ENFANT DANS LE DISPOSITIF DE CARRIÈRE LONGUE

Outre les différences de rémunérations, la persistance d'un écart de pension entre les femmes et les hommes s'explique également par **l'impact de l'éducation des enfants sur la carrière, qui pèse principalement sur les femmes**.

En 2021, le montant de la pension de droit direct perçu par les femmes restait inférieur de 37 % à celui perçu par les hommes, et ce malgré la prise en compte de la majoration pour trois enfants ou plus.



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Retraites » annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024

La commission a adopté l'article 45 qui prévoit d'intégrer les trimestres de bonification et de majoration de durée d'assurance pour maternité et éducation de l'enfant parmi les trimestres réputés cotisés au sein du dispositif de départ en retraite anticipée pour carrière longue. Cet article annonce également une mesure d'ordre réglementaire visant, pour les **mères d'un enfant ou plus, à prendre en compte les vingt-quatre meilleures années de carrière**, et pour les mères de **deux enfants ou plus, les vingt-trois meilleures années de carrière**.

3. LIMITER LE DEFICIT DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN GELANT LES PRESTATIONS SOCIALES ET SOUS-INDEXANT LES PENSIONS DE RETRAITE, AFIN DE PRÉSERVER LE SYSTÈME PAR RÉPARTITION

L'article 44 prévoyait dans sa version initiale le gel des montants des prestations et pensions qui ne seraient pas revalorisés sur l'inflation en 2026, et la sous-indexation de 0,4 point des pensions de retraite pour les années 2027 à 2030, pour une économie estimée à 3,6 milliards d'euros. La lettre rectificative y a adjoint la sous-indexation supplémentaire de 0,5 point des pensions de retraites pour financer la suspension de la réforme à hauteur de 1,5 milliard d'euros. Cet article, qui constituait la mesure d'économie la plus importante du PLFSS, a été supprimé par l'Assemblée nationale en première lecture.



Consciente de la nécessité de contenir le déficit de la branche vieillesse afin de préserver le système de retraite par répartition pour les générations futures, la commission a adopté un amendement n° 715 réintroduisant l'article 44. L'allocation adulte handicapé et les pensions de retraite inférieures à 1 400 euros sont toutefois exclus de ce dispositif et seront bien revalorisés sur l'inflation au 1^{er} janvier 2026. La commission n'a pas non plus repris la sous-indexation des pensions au titre des années 2027 à 2030. Le rendement de cette mesure est estimé à 1,9 milliard d'euros en 2026.

4. LA SUPPRESSION DE LA SUSPENSION DE LA REFORME DES RETRAITES DE 2023

L'article 45 bis, introduit par la lettre rectificative du 23 octobre 2025 prévoyait de réduire d'un trimestre par rapport à la chronique de hausse prévue par la réforme du 14 avril 2023, l'âge d'ouverture des droits (AOD) à la retraite, qui serait maintenu à 64 ans pour les générations nées en 1969, et de réduire, également d'un trimestre, la chronique de hausse de la durée d'assurance requise (DAR) pour obtenir le taux plein pour les générations nées en 1964 et 1965.

Ainsi, l'AOD atteindrait 64 ans pour la génération 1969 (au lieu de la génération 1968) ; et la DAR 43 ans pour la génération 1966 (au lieu de la génération 1965). Son coût était initialement estimé à 100 millions d'euros en 2026 et 1,4 milliard d'euros en 2027. Elle devait être compensée, pour 2026, à hauteur de 0,1 milliard d'euros par une majoration de la contribution ponctuelle des organismes complémentaires proposée par l'article 7 du PLFSS, et à partir de 2027, à hauteur de 1,5 milliard d'euros par une majoration de 0,5 point de la sous-indexation de la revalorisation des pensions de retraite de base proposée par l'article 44 du PLFSS.

L'Assemblée nationale avait élargi le décalage, d'un trimestre, de la chronique de hausse de la DAR aux carrières longues et aux catégories actives et super-actives de la fonction publique, pour un coût estimé à 300 millions d'euros en 2026 et 1,9 milliard d'euros en 2027.

La commission des affaires sociales a supprimé cet article qui lui semble injuste à plusieurs titres. Tout d'abord, en ce qu'elle relève plus de l'effet d'annonce que d'une véritable avancée, le gain d'un trimestre par génération s'avérant en réalité extrêmement mineur pour les assurés et difficilement anticipable pour la génération née en 1964. Ensuite, en ce que son financement reposerait notamment sur les retraités qui verraient leur pension sous-indexée à hauteur de 0,9 point en 2027. Enfin, l'extension opérée par l'Assemblée nationale ne se justifie pas dans la mesure où les dispositifs de retraite anticipée de la fonction publique et des carrières longues du privé préservent déjà les assurés qui en bénéficient du recul de l'AOD. La commission appelle de ses vœux une refonte du dispositif de carrière longue afin de le recentrer sur la pénibilité au travail.

BRANCHE FAMILLE



En 2026, le solde de la branche famille **serait en excédent de 0,7 milliard d'euros**, principalement en raison du dynamisme de ses recettes et un niveau de natalité, qui demeurant bas, continue d'agir directement sur ses dépenses.

L'excédent de la branche famille appelle à la mise en place de politiques familiales plus ambitieuses. Si la commission salue **la mise en place d'un congé supplémentaire de naissance** dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, elle estime qu'il n'enlève pas la nécessité **de refondre totalement la structuration des congés parentaux**.

1. DES DÉPENSES SEULEMENT EN LÉGÈRE HAUSSE, EN RAISON DES MESURES D'ÉCONOMIE PRÉVUES

Les dépenses de la branche famille s'établiraient à 59,4 milliards d'euros, en progression de 0,1 % par rapport à 2025.

Projection de l'équilibre financier de la branche famille de la sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2026	2027	2028	2029
Recettes	60,1	61,8	62,9	64,1
Dépenses	59,4	59,9	60,7	61,6
Solde	0,7	1,9	2,2	2,4

Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026*

La stabilité des charges s'expliquerait d'abord par les mesures en dépenses prévues par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, avec un effet estimé à 0,9 milliard d'euros. Le ralentissement du fonds national d'action sociale, par exemple, générerait une économie de 0,4 milliard d'euros et le décalage de la majoration pour âge des allocations familiales, prévue par décret, permettrait une économie supplémentaire de 0,2 milliard d'euros.

Ces effets sont compensés par le dynamisme des dépenses, principalement celles des prestations extralégales, estimé à 5,6 %, reflétant la poursuite de l'investissement dans le service public de la petite enfance.

Enfin, la faible natalité observée depuis 2022 continuerait de constituer un facteur important de modération des dépenses. Malgré une légère reprise de la natalité prévue en 2026, avec une hausse de 0,4 %, consécutive à la baisse de 2,8 % observée en 2025, le nombre de naissances demeurerait à un niveau particulièrement bas, s'établissant à 647 000 naissances en 2026 contre 644 400 naissances en 2025.

Les recettes s'établiraient en 2026 à 60,1 milliards d'euros. Ce niveau s'expliquerait principalement dans l'augmentation des recettes issues des cotisations sociales, en croissance de 3,1 % par rapport à 2025. Les impôts, taxes et autres contributions sociales seraient également dynamiques, avec une progression de 6,2 % des montants recouvrés, avec nouvelle réaffectation des recettes au sein de la sécurité sociale.

Les transferts financiers internes à la sécurité sociale affecteraient significativement le solde de la branche famille, avec une rétrocession s'élevant à près de 4,3 milliards d'euros au titre de la réforme des allègements généraux, dont environ 0,3 milliard d'euros correspondant à une réduction nette, ainsi que par la réaffectation de 1,4 milliard d'euros de contribution sociale généralisée à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

2. LES MESURES PRÉVUES EN PLFSS : LE CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE ET L'OPTIMISATION DU RECOUVREMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES

A. LE CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE : UNE RESPIRATION BIENVENUE POUR LES FAMILLES ACCUEILLANT UN NOUVEL ENFANT

L'article 42 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de créer un congé supplémentaire de naissance pour chacun des deux parents, pouvant aller jusqu'à deux mois, et s'ajoutant à leurs droits existants à congé parentaux. Le congé de naissance pourra être pris à la suite de congé de maternité, de paternité et d'adoption dans la limite de 9 mois après l'extinction des droits. Cette possibilité permet de laisser aux parents le choix entre bénéficier simultanément du congé de naissance, ou d'en bénéficier successivement.

L'indemnisation serait dégressive, à hauteur de 70 % du salaire net antérieur pour le premier mois et à hauteur de 60 % du salaire net antérieur pour le second mois. L'objectif est de soutenir davantage les parents dans la première année de leur parentalité, en leur permettant de passer davantage de temps auprès de leur enfant tout en bénéficiant d'un revenu. En particulier, le dispositif pourrait favoriser l'implication du père auprès de l'enfant, mettant ainsi en place une dynamique favorable au retour dans l'emploi des mères. La commission renouvelle son attachement au projet de refondation des congés parentaux, afin de faire en sorte qu'ils puissent favoriser les 1 000 premiers jours de l'enfant tout en favorisant le retour à l'activité des parents. En ce sens, le congé supplémentaire de naissance ne répond pas suffisamment aux attentes des parents. Malgré ces remarques, elle soutient son adoption.

Les familles monoparentales

Le nombre de familles monoparentales a atteint 2,5 millions en 2021, soit 27 % des familles avec enfants. Cette proportion témoigne d'une croissance continue et significative depuis quarante ans, puisqu'elle n'était que de 13 % en 1990 et de 9 % en 1975. Cette progression représente un quasi-triplement de la part des familles monoparentales en moins d'un demi-siècle. Plus de quatre familles monoparentales sur cinq, soit plus de 80 %, sont composées d'une femme avec enfant. Près de 82 % des familles monoparentales sont dirigées par des femmes, avec un risque de pauvreté deux fois plus élevé que la moyenne. Plus de 40 % d'enfants de ces familles vivent sous le seuil de pauvreté. Les causes de la monoparentalité ont profondément évolué au fil des décennies, traduisant notamment l'émancipation des valeurs amoureuses du modèle familial traditionnel. Les ruptures d'unions constituent désormais l'origine principale de la croissance de la monoparentalité, alors qu'auparavant les familles monoparentales résultaient principalement du décès précoce d'un des parents, le plus souvent du père. Cette transformation est particulièrement visible : en 1962, 55 % des parents à la tête d'une famille monoparentale étaient veufs, alors qu'en 2011, ils ne représentaient plus que 6 % de cette catégorie, soit une division par plus de neuf en un demi-siècle.

B. L'OPTIMISATION DU RECOUVREMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES : AIDER LES MÈRES DE FAMILLE EN MONOPARENTALITÉ

L'article 41 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'améliorer le recouvrement des pensions alimentaires pour mettre fin aux pertes de mensualité de pension alimentaire pour les mères en monoparentalité.

Pour ce faire, l'article renforce les dispositifs de l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires, en charge du service public de la pension alimentaire. En effet, elle pourrait désormais bénéficier d'une procédure de paiement direct, facilitatrice pour le recouvrement des pensions alimentaires, en passant de vingt-quatre mois à cinq années. L'agence serait également en mesure de recouvrer par cette procédure non plus seulement les termes échus, mais également ceux qui sont à échoir. Enfin, la limite de deux ans permettant à une mère en monoparentalité de bénéficier de l'accompagnement de l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires pour recouvrer les termes échus d'une créance, serait supprimée. La commission soutient cette disposition qui viendra aider les mères de famille en monoparentalité.

BRANCHE AUTONOMIE

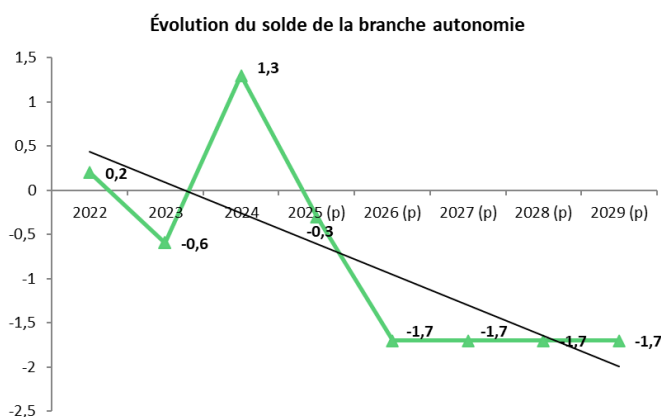


Les dépenses de la branche autonomie devraient s'élever à **43,5 milliards d'euros** en 2026, soit une **augmentation de 3,5 %** par rapport à l'année 2025. Bien que la progression des dépenses ralentisse, **l'effort budgétaire en faveur de la politique de l'autonomie se poursuit** et des engagements sont pris sur le plan structurel, avec le lancement de la réforme du financement des structures pour enfants et jeunes adultes handicapés. Néanmoins, la commission alerte sur le fait que les besoins de financement liés au vieillissement et les ambitions de transformation de l'offre ne sauraient être satisfaits sans **ressources nouvelles**.

1. UN CONTEXTE BUDGÉTAIRE PRÉJUDICIABLE AUX AMBITIONS DE LA BRANCHE AUTONOMIE

A. EN 2026, LE DÉFICIT DE LA BRANCHE AUTONOMIE SE CREUSERAIT AVANT DE SE STABILISER JUSQU'EN 2029

Les prévisions fournies par le présent PLFSS font état d'une **dégradation durable du solde de la branche autonomie** : le déficit atteindrait **1,7 milliard d'euros** en 2026 (contre 0,3 milliard en 2025), et se stabiliserait à ce niveau jusqu'en 2029 (hors mesures nouvelles qui seraient votées en LFSS pour 2026).



En lien avec le ralentissement de l'objectif global de dépenses des établissements médico-sociaux (OGD), **les prévisions ont toutefois été réajustées par rapport à la LFSS pour 2025**, qui anticipait un déficit proche de 2,8 milliards d'euros à horizon 2028.

L'objectif de **dépenses** de la branche autonomie reste néanmoins en augmentation (+ 3,5 % par rapport à 2025), et les **recettes** devraient perdre en dynamisme.

B. LA BRANCHE AUTONOMIE NE DISPOSE PAS DES MOYENS DE SES AMBITIONS

La commission renouvelle le constat dressé depuis plusieurs années : **la branche autonomie devra impérativement se voir affecter de nouvelles ressources** pour disposer de moyens à la hauteur des besoins de prise en charge et des ambitions en matière de transformation de l'offre médico-sociale.

Dans le champ du grand âge, la hausse des besoins est principalement liée au **vieillissement de la population**, qui s'accompagne d'une hausse importante du nombre de personnes en risque de perte d'autonomie. Pour les seules dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui s'élèvent à 6,5 milliards d'euros en 2023, une progression de 80 % à 100 % devrait intervenir à horizon 2040 en lien avec le nombre de bénéficiaires (+ 460 000)¹.

Dans le champ du handicap également, les besoins de financement iront croissant entre l'amélioration de la **reconnaissance des handicaps** et des **réponses médicosociales apportées** ; l'augmentation du nombre de bénéficiaires des prestations et le vieillissement des personnes

¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2025.

handicapées. Surtout, la **transformation de l'offre médico-sociale** amorcée, qui vise à « *désinstitutionnaliser* » la prise en charge au profit d'un accompagnement modulaire et « *sur-mesure* » facilitant le maintien en milieu ordinaire, nécessite des moyens supplémentaires.

Si **les besoins à moyen terme ne sont pas évalués**, comme le déplore la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale¹, à l'évidence, **ils ne sauraient être financés à ressources constantes** par la branche autonomie.

2. EN 2026, UNE AUGMENTATION DES DÉPENSES QUI FINANCE PRINCIPALEMENT LA MONTÉE EN CHARGE DE MESURES RÉCENTES

A. UNE HAUSSE PORTÉE À HAUTEUR DE 1,2 MILLIARD D'EUROS PAR L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

La hausse de l'objectif de dépenses de la branche autonomie (+ 1,5 milliard d'euros) est principalement portée par l'**augmentation de l'objectif global de dépenses (OGD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) (+ 1,2 milliard d'euros)** dans le champ du grand âge (+ 2,4 %) et du handicap (+ 2,5 %).

Ces moyens supplémentaires permettent principalement de financer la **montée en charge de mesures récentes** en lien, notamment, avec l'**accroissement de l'offre médico-sociale** (création de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), création de nouvelles solutions médico-sociales à destination des personnes handicapées, recrutements en Ehpad...).

Principales mesures financées par la hausse de l'OGD en 2026

(en milliards d'euros)

Mesure	Montant
Augmentation du financement des ESMS (prise en compte de l'inflation et de l'évolution de la masse salariale)	0,30
Mesures nouvelles (secteur grand âge)	0,55
Neutralisation, pour les établissements, du coût de la hausse de cotisations CNRACL	0,10
Expérimentation de la fusion des sections de financement « soins » et « dépendance »	0,11
Création de places en Ehpad	0,07
Amélioration du taux d'encadrement en Ehpad (+ 4 500 ETP), évolution du calcul des besoins en soins (réforme de la coupe PATHOS) et création de places en SSIAD	0,26
Stratégie nationale pour les maladies neurodégénératives (MND)	0,09
Mesures nouvelles (secteur handicap)	0,27
Création de nouvelles solutions médico-sociales	0,25
Neutralisation, pour les établissements, du coût de la hausse de cotisations CNRACL	0,014

Source : CNSA

En dépit du **ralentissement** du déploiement des nouvelles solutions médico-sociales et des recrutements en Ehpad, au regard du contexte budgétaire très contraint et de l'**évolution globale de l'Ondam fixée à 2 %**, la hausse des moyens alloués à la branche autonomie représente un effort et permet de poursuivre le déploiement des mesures récentes.

¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2025.

B. EN DEHORS DU CHAMP DE L'OGD, LES DÉPENSES AUGMENTERAIENT DE 0,3 MILLIARD D'EUROS

Les **dépenses hors du champ de l'OGD augmenteraient de 0,3 milliard d'euros** (+ 3 % par rapport à 2025), pour atteindre un montant total de 9,3 milliards d'euros.

Les deux tiers de cette augmentation proviennent de la **réforme des concours versés par la CNSA aux départements**, prévue par l'article 81 de la LFSS pour 2025. Elle garantit un certain taux de couverture des dépenses des départements au titre de l'APA et de la PCH ce qui induit mécaniquement, du fait du dynamisme de ces prestations, une hausse des concours.

Le tiers restant de l'augmentation correspond au **dynamisme des prestations** qui évoluent avec l'inflation et le nombre de bénéficiaires, et de compléments de crédits en **soutien à l'habitat inclusif** (+ 100 millions d'euros, répartis entre 50 millions d'euros d'investissement dans l'habitat intermédiaire et 50 millions d'euros pour améliorer la prévention et la coordination des soins en résidence autonomie).

3. EN DEHORS DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES STRUCTURES POUR ENFANTS ET JEUNES ADULTES HANDICAPÉS, CE PLFSS CONTIENT PEU DE MESURES « AUTONOMIE »

A. LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES POUR ENFANTS ET JEUNES ADULTES HANDICAPÉS

L'article 36 prévoit la mise en œuvre de la **réforme de la tarification dite « SERAFIN PH »** dans les établissements et services pour enfants et jeunes adultes handicapés à partir de 2027.

Cette réforme, qui fait l'objet de travaux et de concertations depuis 2014, a pour premier objectif d'**améliorer l'adéquation entre les dotations versées et les besoins de financement** des structures, par le biais d'une redéfinition des modalités de calcul de la dotation globale versée aux structures. Le système de financement repose en effet principalement sur la reconduction de dotations historiques qui ne reflètent pas toujours la réalité de l'activité, conduisant à d'importantes iniquités entre les structures.

L'autre objectif de cette réforme est d'**encourager la transformation de l'offre médico-sociale** au moyen de **financements complémentaires**, qui seraient attribués en fonction d'objectifs définis dans le contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom). Dans son exposé des motifs, le Gouvernement indique que le modèle, qui sera précisé par voie réglementaire, devrait prévoir des incitations pour **développer les interactions entre le secteur médico-social et le milieu ordinaire** (école, centre de loisir, milieu professionnel pour les adolescents et les jeunes adultes...) en valorisant l'innovation, et en soutenant spécifiquement les dépenses liées aux transports.



La commission se félicite du lancement opérationnel de cette réforme engagée il y a déjà plus de dix ans, et attendue de tous les acteurs du secteur médico-social concernés. Les **360 millions d'euros** annoncés par le Gouvernement sur la période 2027-2030 devront permettre de **préserver les structures** qui n'ont pas encore pris le virage de la transformation de l'offre et de les accompagner dans cette voie.

La commission restera toutefois attentive aux travaux réglementaires qui seront conduits en 2026 pour déterminer l'équation tarifaire, et portera une attention particulière à la question de la prise en compte du coût des transports, notamment en zone rurale.

B. LES AUTRES DISPOSITIFS DU PLFSS : FINANCEMENT DES REVALORISATIONS SALARIALES ET MESURE D'EFFICIENCE SUR LES PRESTATIONS

L'article 37 prévoit la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à hauteur de 85 millions d'euros, à la **prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 pour les départements**. Cet accord, qui porte sur l'extension de la « prime Ségur » à l'ensemble des personnels non-médicaux exerçant dans une structure relevant du champ de la branche des activités sanitaires, sociales et médico-sociales à but non lucratif, s'est traduit par un surcoût estimé à 170 millions d'euros annuels pour les départements.

La commission ne peut qu'être favorable à ce dispositif de compensation, mais tient à souligner qu'il **restera très difficile pour certains départements d'appliquer pleinement l'accord du 4 juin au regard de la contrainte budgétaire qui pèse sur eux**. Comme l'a rappelé l'association Départements de France au rapporteur, « l'effet ciseaux » qui résulte de la diminution des recettes et du fort dynamisme des dépenses sociales met en grande difficulté la majorité des départements, qui peu à peu, rognent sur certains postes de dépenses pourtant jugés essentiels dans le champ de l'action sociale.

L'article 38 permet aux départements de **déduire les indemnisations** versées par les assurances et les fonds d'indemnisation **de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH)**, afin que les dommages causés par les tiers responsables ne soient pas doublement pris en charge.

La commission **s'interroge sur la pertinence** du dispositif introduit par cet article.

Elle relève d'abord la complexité sa mise en œuvre : il risque d'induire une **charge administrative** importante pour les départements et les assurés sociaux, alors que la procédure d'attribution des droits est déjà souvent longue et fastidieuse ; et il semble **difficilement applicable compte tenu des différences de temporalité** entre d'une part, la notification des droits par les MDPH, et d'autre part, la détermination des montants dus par les tiers responsables.

Elle est également sensible à la nécessité de **bien distinguer le droit à compensation** d'une part, **du droit à indemnisation** d'autre part, que le présent article tend à confondre.

Enfin, les associations représentatives des personnes handicapées auditionnées par le rapporteur ont regretté **l'absence de concertation** sur cette mesure.

La commission propose de supprimer l'article 38 sur la subsidiarité de l'APA et de la PCH vis-à-vis des indemnités versées par les assurances et les fonds d'indemnisation.



Philippe Mouiller
Les Républicains,
Deux-Sèvres
Président



Alain Milon
Les Républicains,
Vaucluse
Vice-président

Consulter le dossier législatif :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2026.html>



Élisabeth Doineau
UC,
Mayenne
Rapporteuse générale,
chargée des recettes et
des équilibres généraux



Corinne Imbert
App. LR,
Charente-Maritime

Rapporteure
pour la branche
assurance maladie



Marie-Pierre Richer
Ratt. LR,
Cher

Rapporteure
pour la branche
accidents du travail
et maladies
professionnelles



Pascale Gruny
LR,
Aisne
Rapporteur
pour la branche
assurance vieillesse



Olivier Henno
UC,
Nord
Rapporteur
pour la branche
famille



Chantal Deseyne
LR,
Eure-et-Loir
Rapporteur
pour la branche
autonomie