N° 144

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2026-2027

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2026

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement** *de la* **sécurité sociale***, considéré comme rejeté par l'Assemblée nationale, pour* **2027***,*

Par M. Olivier HENNO,

Rapporteur général,

M. Jean-François RAPIN, Mmes Marie-Do AESCHLIMANN, Jocelyne GUIDEZ, MM. Laurent BURGOA et Jean SOL,

Rapporteurs et Rapporteures

Sénateurs et Sénatrices

Tome I
Exposé général

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller*, président ;* M. Olivier Henno*, rapporteur général ;* M. Jean Sol, Mmes Brigitte Bourguignon, Annie Le Houerou, Cathy Apourceau-Poly, MM. Dominique Théophile, Nicolas Fricoteaux, Mmes Ghislaine Senée, Corinne Bourcier, M. Laurent Castillo, Mmes Marie-Do Aeschlimann, Corinne Féret*, vice-présidents ;* Mmes Viviane Malet, Frédérique Puissat, M. Jean-François Rapin, Mmes Carole Rolando, Nadia Sollogoub*, secrétaires ;* Mme Géraldine Amouroux, M. Nicolas Belloir, Mme Christine Bonfanti-Dossat, M. Jean-Luc Brault, Mme Céline Brulin, MM. Florent Brunet, Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Catherine Conconne, Forough Dadkhah, M. Bertrand Dupont, Mme Jocelyne Guidez, MM. Loïc Hervé, Joshua Hochart, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Micheline Jacques, MM. Bernard Jomier, Patrick Kanner, Khalifé Khalifé, Marc Laménie, Mmes Marie-Claude Lermytte, Carine Leroy, MM. Martin Lévrier, Jean-François Longeot, Mme Monique Lubin, M. Hervé Marseille, Mmes Brigitte Micouleau, Anne-Marie Nédélec, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Dominique Santoni, Silvana Silvani.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (**17**ème législ.) : **3211**, **3339**, **3345** et T.A **358**

Sénat : **138** et **139** (2026-2027)

S O M M A I R E

Pages

L'ESSENTIEL..... 7

EXPOSÉ GÉNÉRAL 39

I. UNE SÉCURITÉ SOCIALE MENACÉE..... 39

A. LA FRANCE, INCAPABLE DE RÉDUIRE LE DÉFICIT DE SES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES, SUSCITE UNE INQUIÉTUDE CROISSANTE DES INVESTISSEURS 39

1. L'inexorable augmentation du déficit et de la dette publics depuis un demi-siècle 39

a) Un déficit des administrations publiques qui augmente tendanciellement de 0,1 point de PIB par an depuis 1973 39

b) Une dette publique supérieure à 120 points de PIB en 2027..... 40

c) Une charge d'intérêts croissante, qui suscite des interrogations sur la capacité de la France à continuer à financer ses priorités et désormais sur la soutenabilité de sa dette..... 41

2. Une augmentation rapide des taux d'intérêt à l'automne 2026 41

3. Éviter une crise auto-réalisatrice.....43

a) Le risque que la charge d'intérêt devienne insoutenable..... 43

b) Un contexte politique préoccupant 43

B. DU FAIT DES MODALITÉS DE SON FINANCEMENT, LA SÉCURITÉ SOCIALE A UNE FRAGILITÉ PARTICULIÈRE 46

1. La sécurité sociale se finance à court terme sur les marchés financiers, ce qui suscite un risque de liquidité 46

2. Un plafond d'emprunt de la sécurité sociale de 85 milliards d'euros en 2027, proche du montant que la sécurité sociale n'était pas parvenue à financer sur les marchés en 2020 46

3. Le recours ponctuel à la Caisse des dépôts et consignations et à des banques, comme en 2020, ne pourra pas forcément être reproduit.....48

II. UN CONTEXTE POLITIQUE QUI REND PLUS DIFFICILE LA RÉDUCTION DU DÉFICIT 49

A. RAPPEL DES PRINCIPALES RÈGLES DE DISCUSSION DU PLFSS 49

1. Un texte qui doit être examiné dans un délai de 50 jours et promulgué avant le 1er janvier.....49

2. Les règles en cas de non-respect du délai de 50 jours ou d'absence de texte au 1er janvier ...50

B. LA DISCUSSION DES PLFSS POUR 2025 ET POUR 2026 52

1. Une discussion du PLFSS pour 2025 marquée par l'adoption d'une loi spéciale 52

2. Une discussion du PLFSS pour 2026 marquée par une lettre rectificative.....53

3. Dans chaque cas, un montant des mesures à peu près divisé par deux lors du débat parlementaire 53

C. LA DISCUSSION DU PLFSS POUR 2027 : LE REJET DU TEXTE EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....54

III. UN OBJECTIF DE DÉFICIT 2027 SOUMIS À DE FORTS ALÉAS 54

A. UN DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI, SELON LE PLFSS, PASSERAIT DE 21,8 MILLIARDS D'EUROS EN 2026 À 12,7 MILLIARDS D'EUROS EN 2027 54
1. En 2026, un déficit supérieur de 2,4 milliards d'euros à la prévision, du fait de recettes peu dynamiques 55
a) Un déficit 2026 quasi stable, l'effort réalisé ne suffisant pas à compenser le faible dynamisme des recettes 55
(1) Un effort structurel important mais une réduction du déficit quasiment nulle, du fait de recettes peu dynamiques 57
(2) Un effort structurel reposant en quasi-totalité sur les recettes 57
b) Un déficit 2026 revu à la hausse de 2,4 milliards d'euros 59
2. Selon le PLFSS, une réduction du déficit « historique » de 9,1 milliards d'euros en 2027...60

B. UN EFFORT PRÉVISIONNEL SUR LES DÉPENSES À RELATIVISER 60
1. Un PLFSS qui annonce des mesures de 15 milliards d'euros, dont les deux tiers sur les dépenses 61
a) En matière de dépenses, des mesures sur l'Ondam complétées par des mesures sur les retraites et la branche famille 62
(1) Des économies sur l'Ondam un peu plus élevées que d'habitude.....62
(2) Le gel des pensions de retraite, une mesure arithmétiquement inévitable 62
(3) Des économies de 1,6 milliard d'euros pour la branche famille 63
(a) Le constat ralentissement des dépenses du Fnas 63
(b) Le gel des prestations familiales par voie réglementaire, une mesure à la légalité incertaine 64
(c) Une réforme de l'allocation de rentrée scolaire encore virtuelle 65
b) En matière de recettes, une réduction massive des allégements généraux 66
(1) Le gel du Smic pris en compte pour le calcul des allégements généraux (par voie réglementaire) majore les recettes de 4,2 milliards d'euros en 2027.....66
(2) L'article 7 du PLFSS réduit les allégements généraux de 3,7 milliards d'euros supplémentaires 66
(3) La pérennisation de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé par l'article 12 du PLFSS (1,1 milliard d'euros) 66
2. À l'été 2026, des mesures de 6 milliards d'euros reposant aux deux tiers sur les recettes....67
3. En prenant en compte à la fois les mesures de l'été 2026 et du PLFSS, les mesures sont également réparties entre recettes et dépenses.....69
4. Si l'on retient une approche en termes d'effort structurel, l'effort prévu pour 2027 repose pour les deux tiers sur les recettes.....69

C. DES PRÉVISIONS QUI RESTENT SOUMISES À D'IMPORTANTS ALÉAS 72
1. La prévision de croissance de 1 % pour 2027 paraît hors de portée.....72
2. Même si le PLFSS était adopté en l'état, des mesures d'amélioration du solde à confirmer .73
a) S'agissant des mesures sur les dépenses, des aléas de 4 milliards d'euros 75
b) S'agissant des mesures sur les recettes, un aléa de 4 milliards d'euros..... 76
3. Un déficit 2027 qui, sur la base du texte actuel du PLFSS, pourrait dépasser 23 milliards d'euros.....76

IV. DES PROJECTIONS À MOYEN TERME PRÉOCCUPANTES 77

A. SELON LA PROJECTION ANNEXÉE AU PLFSS, LE DÉFICIT ATTEINDRAIT 17 MILLIARDS D'EUROS EN 2030 77

B. DES PROJECTIONS À MOYEN TERME OPTIMISTES 78
1. Les projections pour les différentes branches sont vraisemblables sous réserve que les hypothèses de croissance du PIB et de l'Ondam soient vérifiées 78
2. Des hypothèses de croissance du PIB moins favorables et l'absence d'économies sur l'Ondam pourraient conduire à un déficit de près de 30 milliards d'euros en 2030 79

V. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SÉNAT POUR RAMENER LES FINANCES SOCIALES À L'ÉQUILIBRE 81

A. POUR L'ANNÉE 2027, DONNER LA PRIORITÉ À LA RÉDUCTION DU DÉFICIT ...81
1. Faute de réformes structurelles et d'augmentation de la quantité de travail, le Gouvernement est contraint d'augmenter subsantiellement les recettes 81
a) L'absence de réformes structurelles 81
b) Un faible PIB par habitant, découlant notamment d'une quantité de travail insuffisante 83
(1) Un PIB par habitant nettement plus faible que dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale 84
(2) Un PIB qui serait accru de 3 % si le taux d'emploi de la France était le même que celui de l'Allemagne 84
(3) Le renoncement à l'augmentation de l'âge de départ à la retraite 85
(4) L'absence d'augmentation du nombre d'heures de travail des personnes ayant un emploi 88
c) En conséquence, un alourdissement substantiel des prélèvements obligatoires .. 88
2. Ajuster les mesures proposées sans dégrader le solde 90
a) Annuler la suspension de la réforme des retraites et préserver le montant des petites retraites 90
(1) Préserver le montant des petites retraites 90
(2) Annuler la suspension de la réforme de retraites 91
b) Aider les départements à financer les dépenses d'autonomie 91
(1) Conserver le transfert de CSG aux départements 91
(2) Faire en sorte que les moyens des départements soient effectivement accrus de 300 millions d'euros 92
c) Dans le cas de la branche maladie, remplacer la contribution sur les complémentaires santé par un transfert de charges et préserver les cures thermales 93
d) Ne pas augmenter artificiellement le besoin de financement de l'Acoss 93

B. SE DOTER RAPIDEMENT D'UNE VÉRITABLE PROGRAMMATION PRÉVOYANT UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE À MOYEN TERME ET RÉALISER UN NOUVEAU TRANSFERT DE DETTE À LA CADES 94
1. L'absence de toute trajectoire de retour à l'équilibre 94
a) Les trajectoires annexées aux LFSS sont de simples projections à droit inchangé 94
b) La disparition dans le présent PLFSS de toute référence à un retour à l'équilibre 94
2. Réaliser rapidement de nouveaux transferts de dette à la Cades 95
a) Le transfert depuis 2020 de plus de 150 milliards d'euros de dette à la Cades 95
b) À droit inchangé, la dette sociale serait bientôt essentiellement détenue par l'Acoss 96
c) Un transfert nécessaire dès 2027 96

ANNEXE : SYNTHÈSE DES CHIFFRAGES DES PRINCIPALES MESURES DU TEXTE INITIAL 99

LEXIQUE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ACRONYMES 107

TRAVAUX DE LA COMMISSION – AUDITIONS 109
- **M. David Amiel**, ministre de l'action et des comptes publics 109
- **Mmes Stéphanie Rist**, ministre de la santé, des familles de l'autonomie et des personnes handicapées, et **Mme Camille Galliard-Minier**, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées 131

- **M. Jean-Pierre Farandou**, ministre du travail et des solidarités.....161
- **M. Guillaume Couillard**, directeur délégué de la Caisse nationale de l'assurance maladie 185
- **MM. Paul Christophe**, président du Conseil, et **Maëlig Le Bayon**, directeur, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....205
- **M. Bernard Lejeune**, président de la sixième chambre de la Cour des comptes 221
- **Mme Anne Thiebeauld**, directrice des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie 237
- **Mme Constance Bensussan**, directrice générale de la Caisse nationale des allocations familiales 247
- **M. Damien Ientile**, directeur de l'Urssaf Caisse nationale 263

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS 273

LA LOI EN CONSTRUCTION 285

L'ESSENTIEL

Réunie le mercredi 4 novembre 2026 sous la présidence de Philippe Mouiller, président, la commission des affaires sociales a examiné le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027.

L'Assemblée nationale ayant rejeté le PLFSS en première lecture, le 23 octobre 2026, le Sénat examine le **texte initial**.

Alors que la situation des finances publiques est plus que jamais préoccupante, la commission des affaires sociales a abordé le PLFSS dans un **esprit de responsabilité**.

Elle s'est ainsi attachée à ce que ses propositions **n'augmentent pas le déficit de la sécurité sociale en 2027**. Ses mesures dégradant le solde, de **2 milliards d'euros**, sont ainsi compensées par des mesures d'amélioration du solde également de **2 milliards d'euros**.

Elle a adopté 76 amendements, maintenant à 15,3 milliards d'euros le montant global des mesures, permettant, selon les hypothèses du PLFSS, de ramener le déficit à 12,7 milliards d'euros.

En particulier, **elle propose de** porter de 1 260 euros à 1 500 euros **le seuil jusqu'auquel les retraites seraient indexées sur l'inflation en 2027**, ce qui serait plus que financé par **l'annulation de la suspension de la réforme des retraites** de 2023.

La commission a en outre obtenu du Gouvernement que le **transfert de 300 millions d'euros de CSG aux départements** se traduise pour ceux-ci par des **moyens supplémentaires à due concurrence** pour financer **l'autonomie**. En effet, la baisse des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements ne serait plus que de 200 millions d'euros (permettant aux départements de bénéficier de 100 millions d'euros supplémentaires), et un fonds de 200 millions d'euros serait mis en place.

I. UNE SÉCURITÉ SOCIALE MENACÉE

A. LA FRANCE, INCAPABLE DE RÉDUIRE LE DÉFICIT DE SES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES, SUSCITE UNE INQUIÉTUDE CROISSANTE DES INVESTISSEURS

Selon le Gouvernement, le déficit des administrations publiques serait en 2026 de 5,4 points de PIB (contre un objectif de 5 points de PIB et après 5,1 points de PIB en 2025 et 5,8 points de PIB en 2024). Ce déficit serait le plus élevé de la zone euro, loin du seuil maximal de 3 points de PIB fixé par le pacte de stabilité et de croissance. **L'objectif de déficit pour 2027 demeure très élevé, à 5 points de PIB**.

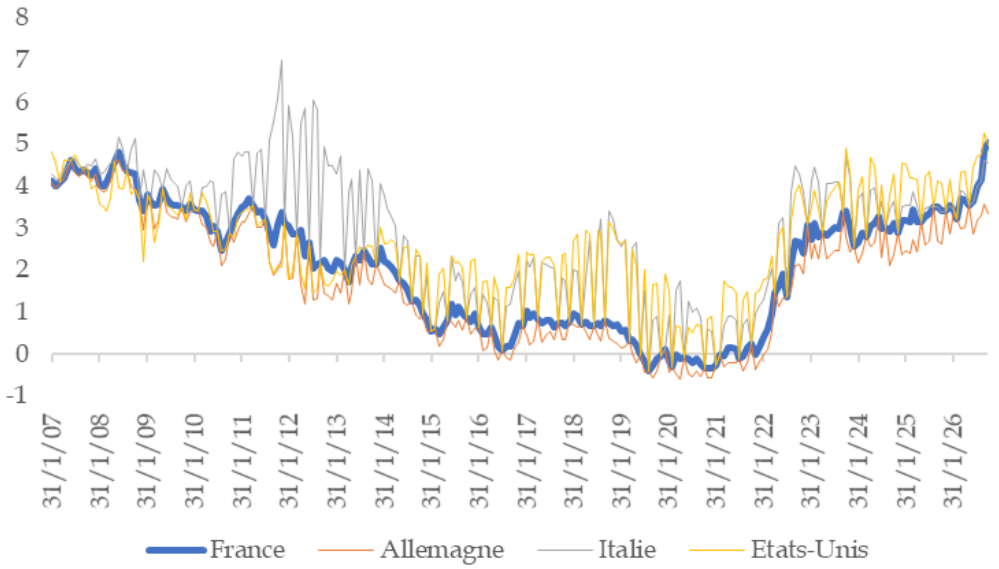
La dette a atteint 115,7 points de PIB en 2025.

La France fait à nouveau l'objet d'une procédure de déficit excessif depuis juillet 2024.

La hausse des taux a repris en septembre-octobre 2026, plus rapidement en France qu'ailleurs. Ainsi, **le taux d'intérêt à dix ans sur sa dette souveraine est actuellement d'environ 5 %**. L'écart de taux par rapport à l'Allemagne (ou *spread*) est désormais d'environ 1,7 point, ce qui est proche du maximum atteint pendant la crise des dettes souveraines.

Taux d'intérêt sur la dette souveraine à dix ans

(en %)



Source *: Bloomberg*

La situation s'est donc nettement dégradée par rapport à la crise des dettes souveraines dans les années 2000, quand la France bénéficiait de taux d'intérêt inférieurs à ceux des États du Sud de la zone.

Il est intéressant de garder à l'esprit la crise de la dette italienne de 2018-2019. La dette de l'Italie était alors comparable à la dette française, mais elle avait un déficit inférieur à 3 %. Cela ne l'a pas empêchée de voir ses taux fortement augmenter quand le gouvernement a décidé fin 2019 de ne pas respecter ses engagements et de prendre des mesures tendant à augmenter le déficit. Le gouvernement italien a dû céder sous la pression des marchés.

Si son taux d'intérêt restait durablement à 5 %, avec une dette de 120 points de PIB, la France finirait par payer chaque année plus de 6 points de PIB à ses créanciers, ce qui ferait autant de moins pour la protection sociale ou les services publics. Évidemment, la charge d'intérêt d'un État ne peut pas augmenter indéfiniment. C'est pour cela qu'un État endetté comme la France ne peut pas laisser ses taux d'intérêt augmenter sans réagir.

Par ailleurs, les principaux dispositifs d'aide de la Banque centrale européenne (BCE) sont soumis à une forte conditionnalité. Le programme d'opérations monétaires sur titres (*Outright Monetary Transactions*, OMT), mis en place en 2012, pouvant sembler très rigide, en 2022 a été mis en place l'instrument de protection de la transmission (*Transmission Protection Instrument*, TPI). Toutefois le TPI ne dispense pas l'État bénéficiaire de respecter ses obligations dans le cadre du pacte de stabilité.

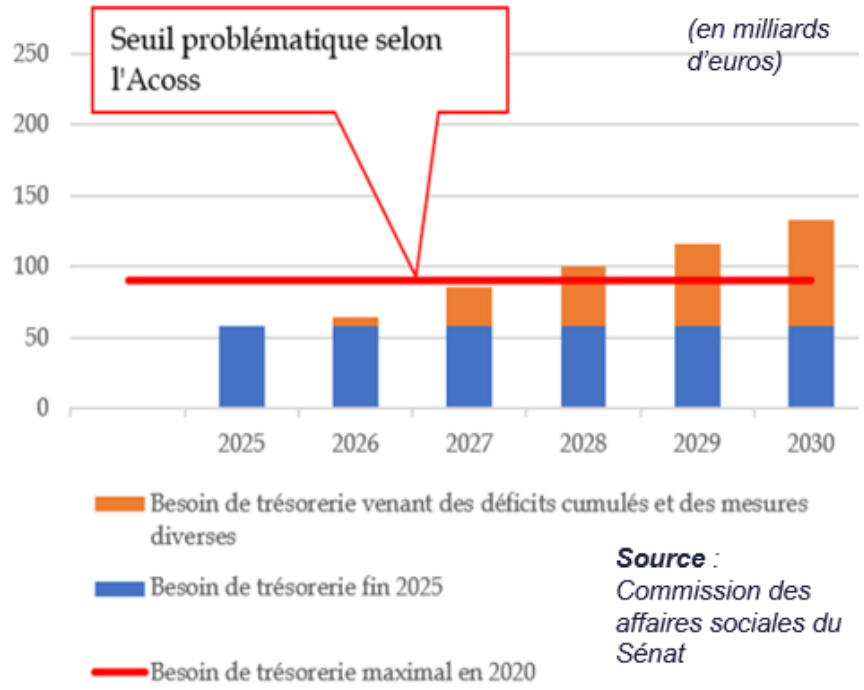
B. DU FAIT DES MODALITÉS DE SON FINANCEMENT, LA SÉCURITÉ SOCIALE A UNE FRAGILITÉ PARTICULIÈRE

Le financement de la sécurité sociale est assuré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), également dénommée depuis 2021 Urssaf Caisse nationale.

L'Acoss n'est autorisée à s'endetter qu'à court terme. En effet, elle a vocation à financer des besoins de trésorerie, et non des déficits permanents. Il n'y a pas de raison de faire payer les dépenses actuelles de protection sociale par les générations futures.

Cette règle, justifiée en elle-même, peut fragiliser le financement de la sécurité sociale si, comme actuellement, son déficit est élevé.

Le besoin de trésorerie maximal de l'Acoss, estimé d'après les prévisions de déficit du PLFSS pour 2027



Les montants que l'Acoss doit emprunter chaque année à court terme sur les marchés sont de plus en plus préoccupants, et nous placent clairement en zone de risque, comme le montre le graphique ci-avant.

On rappelle que, du fait de la crise sanitaire, l'Acoss a connu en 2020 une crise de financement, avec un besoin de financement moyen de 63,4 milliards d'euros et un besoin de financement maximal d'environ 90 milliards d'euros, qui ont impliqué le recours à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et à un pool bancaire afin de pouvoir payer les prestations.

L'Acoss considère qu'au-delà de ce montant de 90 milliards d'euros, elle pourrait avoir du mal à se financer sur les marchés.

À titre de comparaison, la trajectoire de déficit annexée au présent PLFSS suggère que le plafond d'emprunt pourrait atteindre 100 milliards d'euros en 2028, 115 milliards d'euros en 2029 et 130 milliards d'euros en 2030. Ce point est également souligné par la Cour des comptes dans une récente communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

II. UN CONTEXTE POLITIQUE QUI REND PLUS DIFFICILE LA RÉDUCTION DU DÉFICIT

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

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

Dans le cas du PLFSS, il a été recouru une seule fois à la lois spéciale, dans le cas de l'exercice 2025, afin d'autoriser la sécurité sociale à emprunter.

Il n'a jamais été fait usage, que ce soit pour le PLF ou le PLFSS, de la possibilité de recourir aux ordonnances.

	PLF	PLFSS
Si le Parlement ne se prononce pas dans le délai constitutionnel		
Délai	Art. 47 C et 40 Lolf : 70 jours	Art. 47-1 C : 50 jours
Procédure	Art. 47 C et 40 Lolf : possible mise en vigueur par ordonnance	Art. 47-1 C : possible mise en œuvre par ordonnance
Dépassement délai	PLF 2025, PLF 2026	PLFSS 2025
Mise en œuvre	Jamais	Jamais
Si le texte ne peut être promulgué avant le début de l'exercice		
Procédure	• Art. 47 C et 45 Lolf : autorisation de percevoir les impôts (1re partie du PLF ou loi spéciale) et ouverture par décret des services votés • Critère non respecté : le PLF ne doit pas avoir été déposé en temps utile	• Domaine exclusif de la LFSS : autorisation d'emprunter (article L.O. 111-3-4 CSS) • Pas de procédure prévue par les textes • PLFSS 2025 : inclusion de l'autorisation d'emprunter dans la loi spéciale relative à l'État
Mise en œuvre	PLF 1980, PLF 2025, PLF 2026	PLFSS 2025

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

B. LE REJET DU PLFSS 2027 PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Le 23 octobre 2026, l'Assemblée nationale n'a pas adopté la partie « recettes » du PLFSS pour 2027, entraînant le rejet de l'ensemble du texte. En conséquence, le texte transmis au Sénat est le texte initial.

III. UN PLFSS PRÉVOYANT UNE FORTE RÉDUCTION DU DÉFICIT 2027 MAIS UN SOLDE TOUJOURS TRÈS DÉFICITAIRE D'ICI 2030

A. LES MESURES DE RÉDUCTION DU DÉFICIT PROPOSÉES PAR LE PLFSS

Les mesures du PLFSS sont d'environ 15 milliards d'euros, dont 9 milliards d'euros sur les dépenses et 6 milliards d'euros sur les recettes.

Le tableau ci-après synthétise les mesures sur les dépenses. Le taux d'effort global est de seulement 1,3 %, ce qui ne paraît pas démesuré.

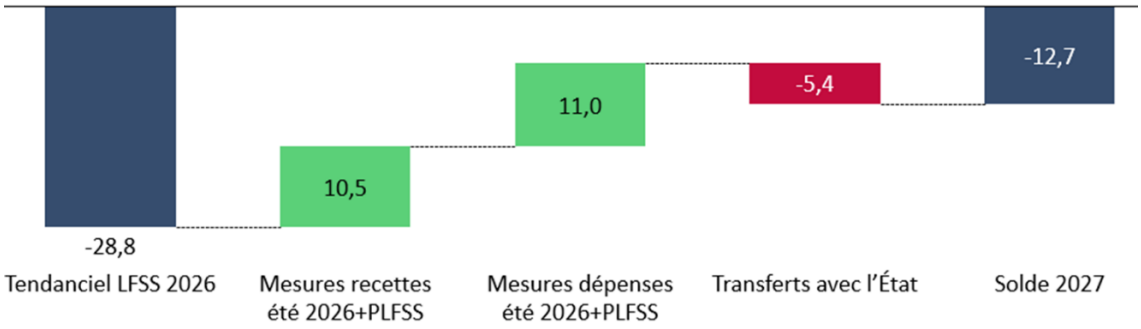
(en Md€)	Recettes	Dépenses	Solde	Économies (en Md€ et en % des dépenses)		
Maladie	269,3	277,1	- 7,8	4,1	Mesures Ondam	1,5 %
AT-MP	18,0	19,5	- 1,5	0,1	Dotation Fiva	0,5 %
Vieillesse	311,4	316,2	- 4,8	3,1	Ralentissement de la hausse des pensions	1,0 %
Famille	61,8	60,2	1,6	1,6	• Ralentissement du Fnas (0,6) • Gel des prestations familiales (0,5) • Réforme de l'allocation de rentrée scolaire (0,5)	2,7 %
Autonomie	44,2	44,4	- 0,2	0,1	Moindres dépenses de la CNSA en conséquence de l'affectation de CSG aux départements (0,3) + autres	0,2 %
Ensemble	**683,7**	**696,4**	**- 12,7**	**9,0**		**1,3 %**

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

Tel est d'autant moins le cas que si on prend en compte les mesures réglementaires de l'été 2026, l'effort est également réparti entre recettes et dépenses.

Répartition des mesures (PLFSS + mesures été 2026)

(en milliards d'euros)



Mesures de l'été 2026 : sur les recettes, gel du Smic utilisé pour le calcul des allégements généraux (4,2 milliards d'euros) ; ticket modérateur (1,2 milliard d'euros), participations forfaitaires et franchises (0,4 milliard d'euros), autres (0,4 milliards d'euros).

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

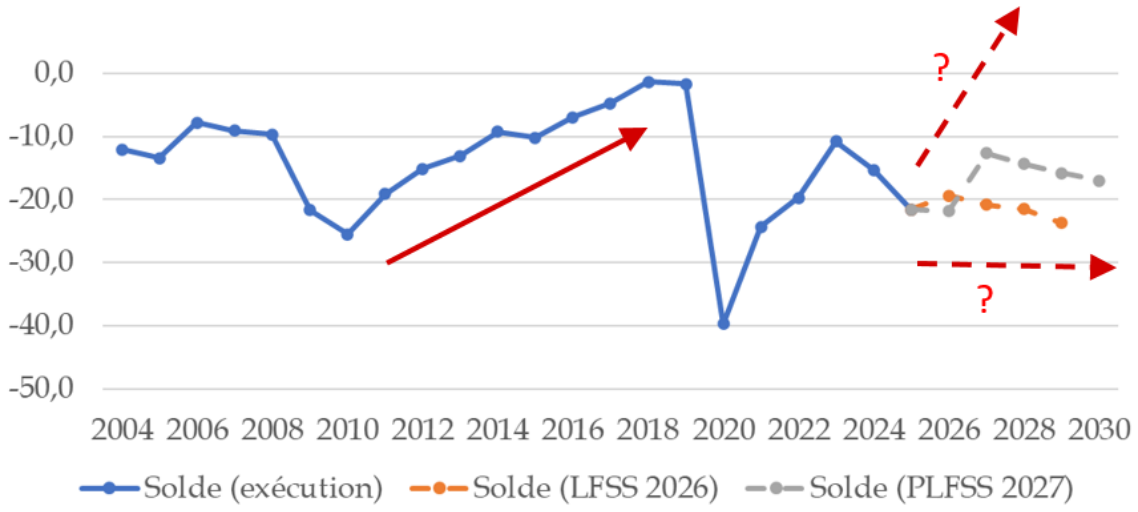
De même, selon une approche en termes d'effort structurel (qui en particulier prend pour référence dans le cas des dépenses une situation où leur croissance serait égale à la croissance de long terme de l'économie), l'effort repose aux deux tiers sur les recettes.

B. LES PERSPECTIVES À MOYEN TERME

Malgré la forte amélioration du solde affichée en 2027, à partir de 2028, sans mesures supplémentaires autres que celles pour limiter la croissance de l'Ondam à 2,9 %, le déficit recommencerait à augmenter.

Même si le PLFSS était adopté, la sécurité sociale serait loin d'être tirée d'affaire.

Solde de la sécurité sociale 2004-2030



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

IV. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION

A. AJUSTER LES MESURES PROPOSÉES SANS DÉGRADER LE SOLDE

Compte tenu de la situation des finances publiques, la commission s'est attachée à ne pas dégrader le solde. Ses principales propositions sont synthétisées par le tableau ci-après.

Principales mesures proposées par la commission

En Md€ – périmètre de la sécurité sociale	Coût	Gain
Retraites		
Augmentation du plafond de 1 260 à 1 500 euros (art. 35)	0,2	
Annulation de la suspension de la réforme		0,6
Maladie		
Transferts de charges de prévention aux complémentaires santé		1,1
Lutte contre la fraude et amélioration de l'efficience		0,3
Maintien du niveau de prise en charge des cures thermales	0,2	
Autonomie		
Fonds d'urgence pour les Ehpad	0,2	
Recettes		
Suppression de la contribution sur les dispositifs médicaux (art. 9)	0,15	
Suppr. de la contribution des groupements de pharmacies (art. 10)	0,12	
Suppression de la contribution des complémentaires santé (art. 12)	1,1	
Exclusion de produits traditionnels de la taxe sur le sucre (art. 8)	NS	
Total	**2,0**	**2,0**

1. Annuler la suspension de la réforme des retraites et préserver le montant des petites retraites

Comme cela sera détaillé dans la partie consacrée à la branche vieillesse, la commission propose de préserver les petites retraites en 2027, en portant de 1 260 euros à 1 500 euros le seuil de la revalorisation automatique sur la base de l'inflation.

Afin notamment de financer la préservation des petites retraites, elle propose également d'annuler la suspension de la réforme des retraites de 2023 résultant de l'article 105 de la LFSS pour 2026.

2. Aider les départements à financer les dépenses d'autonomie

• Au regard de la situation financière des départements, la commission propose de conserver l'article 13 du PLFSS, qui prévoit de transférer 0,3 milliard d'euros de CSG de la sécurité sociale aux départements pour financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

Pour autant, l'affectation d'une part du produit de CSG à une entité autre que la sécurité sociale ne doit pas constituer un précédent. En effet, cette contribution a été créée en 1991 dans le dessein exclusif de financer la sécurité sociale. Le fait d'en affecter une partie aux collectivités territoriales nuit à la cohérence et à la lisibilité du financement de la sécurité sociale et représente une atteinte aux recettes de la branche autonomie, pourtant créée en 2020 dans le but précis de sécuriser les financements alloués à l'autonomie.

• **La commission juge nécessaire d'aider les départements à financer les dépenses d'autonomie, en faisant en sorte que les moyens des départements soient effectivement accrus de 300 millions d'euros, comme cela sera détaillé dans la partie consacrée à la branche autonomie**.

3. Remplacer la contribution sur les complémentaires santé par un transfert de charges et préserver les cures thermales

La commission propose de supprimer l'article 12 du PLFSS, tendant à proroger en 2027 la contribution exceptionnelle de 1,1 milliard d'euros des complémentaires santé instaurée en 2026. Afin de ne pas dégrader le solde et d'améliorer l'efficience du système de santé, des charges relatives à la prévention d'un montant équivalent seraient transférées aux complémentaires santé.

La commission propose également de maintenir le taux de remboursement actuel des cures thermales. Le Gouvernement prévoit de ramener par voie réglementaire ce taux de remboursement de 65 % à 15 %, pour un gain de 0,2 milliard d'euros. Le Sénat s'était opposé à la mesure identique prévue lors de la discussion du PLFSS pour 2026. La commission propose d'inscrire dans le rapport annexé que le taux de prise en charge actuel est maintenu tant que la Haute Autorité de santé (HAS) n'a pas rendu son avis sur le service médical rendu.

La lutte contre la fraude serait renforcée, et l'efficience serait améliorée.

La commission propose également de supprimer les dispositions de l'article 9 tendant à instaurer une contribution sur les dispositifs médicaux et les dispositions de l'article 10 tendant à instaurer une contribution sur les groupements de pharmacies.

4. Transférer les 2,5 milliards d'euros de la Cnieg vers la Cnav plutôt que vers l'État

Le plafond d'emprunt de l'Acoss pour 2027, déterminé sur la base des hypothèses économiques et des mesures du PLFSS, est fixé par l'article 18 à 85 milliards d'euros.

Ce seuil est proche du pic de financement, d'environ 90 milliards d'euros, que l'Acoss n'est pas parvenue à financer sur les marchés en 2020. Par ailleurs, la crédibilité financière de la France se dégrade.

La commission propose donc de **réduire le besoin de financement de l'Acoss, en supprimant le transfert de 2,5 milliards** d'euros de la Caisse nationale des industries électriques et gazières **(Cnieg) vers l'État**, proposé par l'article 14 du PLFSS. La Cnieg plaçant actuellement 2 milliards d'euros auprès de l'Acoss, cela accroîtrait inutilement le besoin de financement de celle-ci.

B. SE DOTER RAPIDEMENT D'UNE PROGRAMMATION PRÉVOYANT UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE ET RÉALISER DÈS 2027 UN NOUVEAU TRANSFERT DE DETTE À LA CADES

1. L'absence de toute trajectoire de retour à l'équilibre

Il faut une fois de plus déplorer l'absence de toute trajectoire de retour à l'équilibre de la sécurité sociale.

Pour la première fois, l'annexe à la LFSS pour 2026 a inscrit dans la loi l'objectif de retour de la sécurité sociale à l'équilibre, en fixant pour échéance l'année 2029. Cette disposition, préconisée dans le rapport « boîte à outils » (n° 901, 2024-2025) de la Mecss de septembre 2025, figurait dans le texte initial.

À l'initiative de la commission des affaires sociales, l'annexe précisait l'effort annuel moyen à réaliser en 2027, 2028 et 2029 : celui-ci était d'environ 8 milliards d'euros hors effort à réaliser pour respecter l'Ondam, et 12 milliards d'euros en incluant l'effort à réaliser pour respecter l'Ondam (d'environ 4 milliards d'euros par an).

L'annexe au présent PLFSS ne comprend quant à elle aucune référence à un quelconque objectif de retour à l'équilibre. La commission propose de revenir sur cet inquiétant recul.

Une programmation pluriannuelle crédible des finances de la sécurité sociale, prévoyant un retour à l'équilibre, est un préalable à la réalisation de nouveaux transferts de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

2. Un transfert nécessaire dès 2027

L'article 4 *bis*, à valeur organique, de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, prévoit que « *tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033* ».

Si les dettes correspondant aux déficits annuels étaient transférées au fur et à mesure à la Cades, il est évident qu'aucun transfert de recettes ne permettrait l'amortissement de la dette d'ici 2033.

Il faut donc nécessairement repousser à nouveau l'échéance d'amortissement de la dette confiée à la Cades, ce qui implique l'adoption d'une disposition organique.

Ce transfert devra être effectué dès 2027.

Les principaux amendements adoptés par la commission à l'initiative du rapporteur général (première et deuxième parties du PLFSS)

● Article 2 : dans le cas de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2026, majoration du sous-objectif relatif aux établissements de santé et minoration du 6e sous-objectif.

● Article 4 : sanctuarisation dans la loi du plafond de 2 000 euros par salarié pour la réduction de cotisations patronales relative aux sapeurs-pompiers volontaires.

● Article 5 : suppression de l'article, qui tend à supprimer des exonérations sociales applicables aux ateliers et chantiers d'insertion publics.

● Article 7 : élargissement des compétences du comité de suivi des allégements généraux prévu par la LFSS pour 2025, afin qu'il évalue les réformes récentes et mène une réflexion prospective.

● Article 8 : exclusion du champ de la contribution sur les produits sucrés des produits artisanaux ou bénéficiant d'un signe officiel de qualité et d'origine français.

● Article 9 : suppression de l'instauration d'une contribution sur les dispositifs médicaux.

● Article 10 : suppression de l'instauration d'une contribution sur les groupements de pharmacies.

● Article 12 : suppression de l'article, qui proroge en 2027 la contribution exceptionnelle de 1,1 milliard d'euros des complémentaires santé.

● Article 14 : remplacement du transfert de 2,5 milliards d'euros de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) vers l'État par un transfert vers la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

● Rapport annexé : objectif de retour à l'équilibre en 2030, compensation de la suppression de l'article 12 par des transferts de charges de prévention, renforcement de la lutte contre la fraude à l'assurance maladie, obligation de réaliser la concertation annoncée avant de réformer l'allocation de rentrée scolaire, maintien en 2027 des conditions de prise en charge des cures thermales.

BRANCHE MALADIE & ONDAM

À défaut de réforme structurante, le PLFSS pour 2027 retient des mesures paramétriques au rendement incertain. Essentiellement « comptable », le texte n'apporte pas de réponse pérenne aux déséquilibres des comptes sociaux ni aux difficultés financières des établissements de santé.

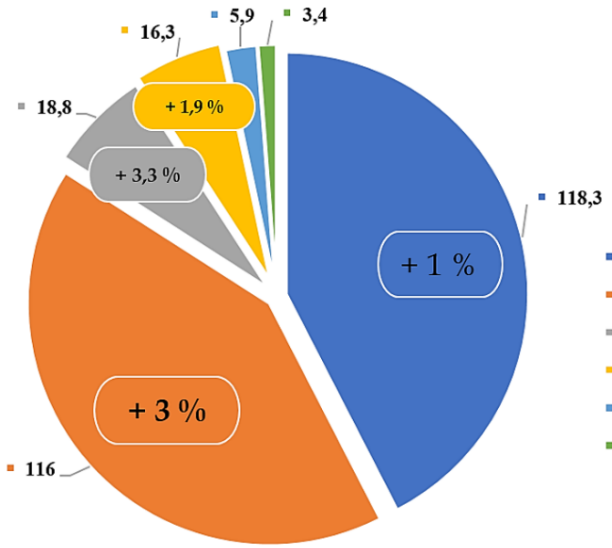
L'effort affiché de maîtrise des comptes apparaît peu crédible. Pour ne pas se priver de garde-fous essentiels contre le dérapage des dépenses, la commission juge toutefois indispensable de voter l'Ondam.

I. UN ONDAM TRÈS CONTRAINT ET UN REDRESSEMENT FRAGILE DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE

A. L'ONDAM 2027 PRÉVOIT UNE PROGRESSION DES DÉPENSES À PEINE SUPÉRIEURE À L'INFLATION

• L'**Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)** proposé pour 2027 s'élève à **278,7 milliards d'euros**, en **hausse de 2,0 %** par rapport à l'Ondam 2026 révisé. Cette progression, **la plus faible depuis 2017**, ne dépasse que de 0,2 point l'inflation anticipée.

Montants des sous-objectifs de l'Ondam en 2027 et évolutions par rapport à 2026 ***(en milliards d'euros)***



Ondam pour 2027



- Soins de ville
- Établissements de santé
- Établissements et services pour personnes âgées
- Établissements et services pour personnes handicapées
- Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement
- Autres dépenses

Source : *Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données PLFSS*

Le respect de cet objectif implique **5,1 milliards d'euros d'économies nouvelles**, néanmoins **incertaines, portant essentiellement** sur les **produits de santé** (2,1 Md€), les **indemnités journalières** (1 Md€), sous réserve d'une négociation confiée aux partenaires sociaux, et les **établissements sanitaires et médico-sociaux** (0,9 Md€), dont la situation financière reste très dégradée (déficit de 2,2 milliards d'euros en 2025). Après prise en compte des nouvelles dépenses, l'**effort net atteindrait 3,9 milliards d'euros**.

• L'Ondam, fondé sur une hypothèse de croissance peu crédible (1,0 %), traduit une « navigation à vue ». Face au **spectre d'un dérapage des dépenses**, malgré ses fortes réserves, la commission rappelle que le **rejet de l'Ondam priverait** le système de santé des **procédures obligatoires d'alerte et de redressement** en cas de risque sérieux de dépassement.

B. UNE RÉDUCTION EN TROMPE L'ŒIL DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE, SANS PERSPECTIVE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE

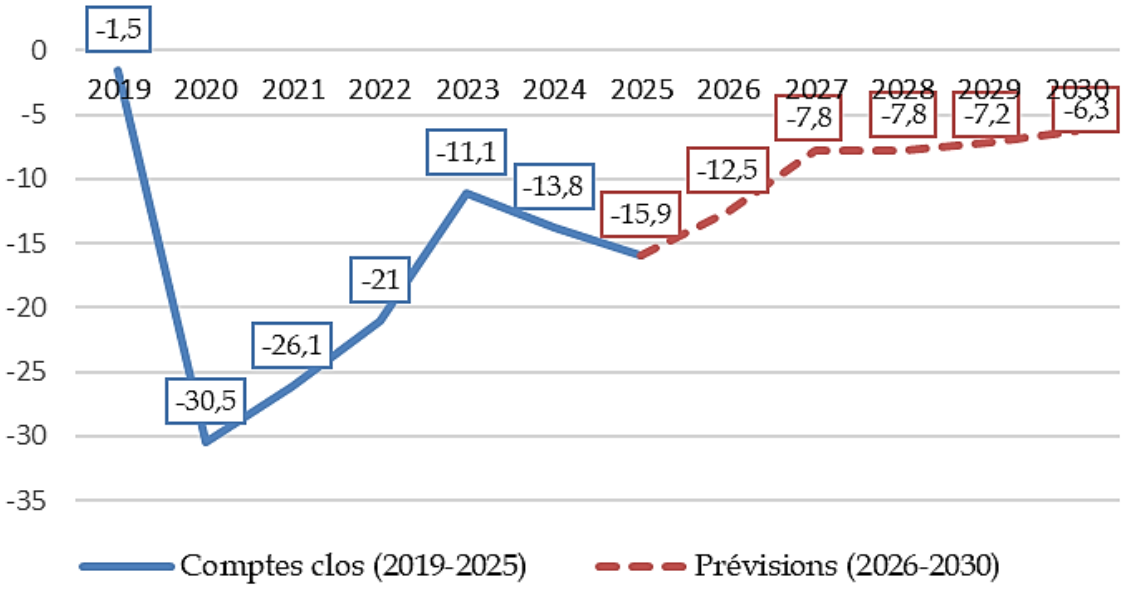
• Le **déficit de la branche maladie** serait ramené de 12,5 milliards d'euros en 2026 à **7,8 milliards d'euros en 2027**.

Toutefois, cette amélioration repose en partie sur des jeux d'écriture. Le **transfert à la branche famille de 1,3 milliard d'euros d'indemnités journalières de maternité représente, à lui seul, près de 30 % de la réduction affichée du déficit, sans améliorer le solde global** des Robss.

De plus, aucune perspective de retour à l'équilibre ne se dessine : le déficit atteindrait encore 6,3 milliards d'euros en 2030.

Évolution du solde de la branche maladie depuis 2019 et prévisions jusqu'en 2030

(en milliards d'euros)



***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données du PLFSS pour 2027*

II. UN PLFSS QUI RELÈVE DE L'AJUSTEMENT COMPTABLE PLUTÔT QUE D'UNE VÉRITABLE VISION POLITIQUE

Alors que notre système de santé est au bord de la rupture, la LFSS est devenue, pour le Gouvernement, **un simple texte d'outillage sans ambition politique**. La commission ne peut que regretter de se prononcer sur un PLFSS pauvre en mesures nouvelles, à l'ambition essentiellement comptable.

A. DES MESURES ESSENTIELLEMENT COSMÉTIQUES AU REGARD DES LOURDS ENJEUX EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

• En matière **d'accès aux soins**, le PLFSS porte deux mesures sans envergure qui n'ont pas convaincu la commission.

D'une part, **l'article 21** tend à pérenniser la **mission de solidarité territoriale** annoncée à grand renfort de communication par le Gouvernement au printemps 2025. Si la commission souscrit à l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, elle ne peut que **constater le manque d'ambition de la mesure** qui devrait permettre d'assurer quelque 20 000 consultations en 2027, loin de l'objectif de 30 millions visé à l'horizon 2029. Elle déplore une mesure de saupoudrage, dont l'articulation avec le réseau France Santé reste floue. La commission appelle à nouveau le Gouvernement à poursuivre la navette sur la PPL visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, qui a pour ambition **d'apporter une réponse structurelle et globale aux problématiques d'accès aux soins**.

D'autre part, **l'article 23** permet la prise en charge par l'assurance maladie des actes d'assistance à la téléconsultation réalisés par des infirmiers salariés de plateformes de téléconsultation. La commission salue l'intérêt de la téléconsultation assistée, qui doit soutenir l'accès aux soins des publics les plus isolés et les moins autonomes. Cependant, elle appelle à la vigilance quant à une télémédecine qui s'organiserait et s'exercerait loin des territoires, sans suivi de proximité des patients.

• La commission déplore par ailleurs **un défaut de vision pour piloter le virage préventif**.

L'**article 27** prévoit ainsi de **compenser le coût d'achat des vaccins dans les établissements de santé et les Ehpad, sans toutefois proposer de modèle financier véritablement incitatif** pour soutenir l'accès à la vaccination. L'article propose également d'**autoriser les laboratoires de biologie médicale et les services de prévention et santé au travail à s'approvisionner en vaccins**, dans la continuité de l'autorisation accordée notamment aux médecins, aux sages-femmes et aux infirmiers libéraux par la LFSS pour 2026. Il y a un an, la commission avait exprimé de vives réserves sur ce dispositif compte tenu des risques de tension qu'il induit sur les approvisionnements. **Déplorant que la précipitation succède à l'impréparation, la commission propose de supprimer ces dispositions**.

En parallèle, **l'article 29** entend **soutenir la participation des professionnels de santé aux dépistages organisés des cancers**. Si la commission souscrit à l'intention générale, elle regrette **l'imprécision d'un dispositif particulièrement mal encadré et à faible portée**.

La commission déplore également **le report** de l'entrée en vigueur de **la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière**, prévu à **l'article 26**, mais en reconnaît le caractère inévitable compte tenu de l'état des négociations.

B. À DÉFAUT DE RÉFORMES STRUCTURELLES, QUELQUES AJUSTEMENTS TECHNIQUES BIENVENUS

En matière **de financement** de l'offre de soins, **l'article 31 parachève la réforme du financement de la radiothérapie** en étendant au secteur libéral la tarification forfaitaire prévue à compter du 1er janvier 2027 pour le secteur hospitalier. La commission, qui soutient l'objectif d'éviter toute distorsion entre la ville et l'hôpital, salue la qualité de la concertation menée depuis 2024. Elle insiste toutefois sur la **nécessité d'un suivi régulier des nouveaux tarifs**, dont la construction se fait dans un calendrier serré, en y associant à chaque étape les professionnels concernés.

En matière **d'accompagnement des patients**, **l'article 20** propose un **nouveau dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle**, sous la forme d'une réunion tripartite médecin traitant, médecin conseil, médecin du travail, pour définir les mesures nécessaires à son retour en emploi le plus tôt possible après la survenue d'un arrêt. Afin de ne pas céder à la « réunionite », la commission a toutefois entendu replacer le dispositif à la main du médecin traitant, dans les seuls cas où il en éprouve le besoin.

Enfin, **l'article 22** pérennise les expérimentations Peps 2 et SEcpa en ouvrant la possibilité d'une **rémunération forfaitaire pour les médecins salariés des centres de santé**. La commission soutient la mesure, mais déplore qu'elle ne règle en rien l'absence de modèle économique viable pour les centres de santé engagés dans ces démarches innovantes.

C. DE TROP RARES MESURES PERTINENTES QUI MÉRITENT CEPENDANT D'ÊTRE SOULIGNÉES

- Dans le champ **de la pertinence des soins**, la commission salue deux dispositifs.

Le premier, à **l'article 28**, vise à **maîtriser la consommation de médicaments antibiotiques par la création d'un cadre de prescription et de dispensation *ad hoc***. La commission juge la mesure globalement opportune, mais regrette certaines dispositions inadaptées. À cet égard, elle propose notamment de **supprimer l'obligation de dispensation à l'unité et l'encadrement de la téléprescription**, dont l'argumentaire apparaît fragile.

En revanche, l'obligation de recourir à la dispensation conditionnelle lui paraît pouvoir opportunément contribuer à l'objectif fixé, de même que l'inscription d'engagements explicites sur l'adaptation des conditionnements par les industries pharmaceutiques.

Le second, à **l'article 30**, **garantira d'une part une approche plus dynamique**, et donc **efficiente**, du système de **prise en charge des médicaments** en renforçant les prérogatives de la HAS en matière de **réévaluation**, et **fluidifiera d'autre part le parcours des patients** en permettant à l'ANSM de soumettre des **médicaments dont le profil de sécurité et d'efficacité est désormais bien documenté** à **prescription médicale facultative**.

• La commission a également soutenu des mesures en faveur de l'efficience des dépenses de santé.

L'**article 32** porte plusieurs mesures de **sécurisation de la facturation des professionnels de santé et de lutte contre la fraude**. Les modalités de facturation électroniques se verront renforcées et élargies aux transporteurs sanitaires, aux prestataires de services à domicile, aux sociétés de téléconsultation ainsi qu'aux taxis et psychologues conventionnés. Par ailleurs, une sanction financière permettra d'inciter les éditeurs de logiciels de facturation à respecter les dernières normes édictées.

L'**article 33** propose quant à lui, dans le prolongement des travaux du Sénat sur les agences, de **supprimer l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)**. Ses compétences seraient transférées à la HAS pour ce qui est du volet d'évaluation scientifique des formations, et à la Caisse des dépôts et consignations en ce qui concerne la gestion financière. À cette occasion, la commission a souhaité **doter la Caisse des dépôts et consignations de l'ensemble des prérogatives de contrôle sur pièces et sur place** afin de lutter contre la fraude aux organismes de formation.

Enfin, en matière **d'accès aux soins**, **la commission soutient l'économie générale des articles 24 et 25**, qui visent à créer sept centres de soins dédiés aux enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et à consolider l'assise juridique de dispositifs existants pour les enfants victimes de violences. La commission propose d'étendre le bénéfice de la complémentaire santé solidaire (C2S) aux enfants pris en charge par l'ASE.

La commission regrette **l'absence de disposition visant à améliorer le recours aux biosimilaires** qui constituent une **source majeure d'économies**. Ainsi, sur proposition du rapporteur, elle a souhaité **élargir l'offre de spécialités biosimilaires substituables**.

BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

En 2027, les dépenses de la branche AT-MP devraient s'élever à **19,5 milliards d'euros**, soit une **augmentation de 7,7** % par rapport à l'année 2026. Cette projection confirme la trajectoire déficitaire de la branche, avec un solde de - 1,5 milliard d'euros.

La dégradation du solde **est due en premier lieu à l'augmentation du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration, qui atteint 2 milliards d'euros, ainsi qu'à une nouvelle hausse des indemnités journalières AT-MP** de plus de 10,6 %

La commission propose en outre d'affilier les travailleurs de plateformes à la branche AT-MP afin de transposer la directive européenne du 23 octobre 2024.

I. LA BRANCHE AT-MP S'ENFONCE DURABLEMENT DANS UNE TRAJECTOIRE DÉFICITAIRE, AVEC UN DÉFICIT DE 1,5 MILLIARD D'EUROS EN 2027

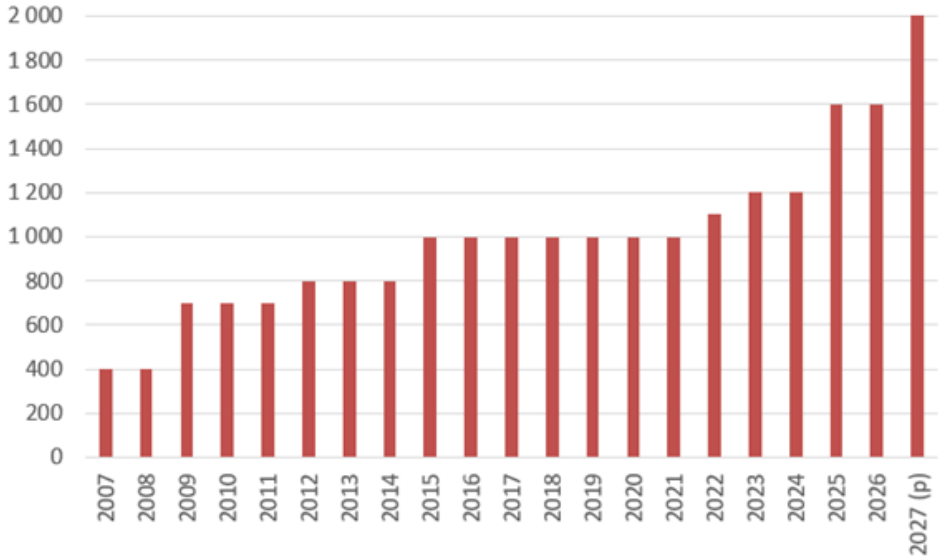
A. UN SOLDE MIS À MAL PAR LA DYNAMIQUE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, ET PAR L'INTENSIFICATION DES TRANSFERTS À D'AUTRES BRANCHES

Les excédents que la branche AT-MP a connus jusqu'en 2024 ont laissé place à une **succession de déficits depuis 2025**, qui s'intensifieraient à nouveau en 2027 **pour atteindre 1,5 milliard d'euros**. Plus inquiétant encore, ce niveau de déficit est atteint **alors même que les recettes augmenteraient de 1,2 milliard d'euros**, et que les partenaires sociaux ont acté plus de 800 millions d'euros d'économies pour l'année prochaine.

La commission souligne que l'augmentation tendancielle du transfert ne sera pas soutenable pour la branche, or **le périmètre des pathologies dont le caractère professionnel est reconnu ne cesse d'être étendu**. Encore récemment, le tribunal judiciaire a reconnu la qualité de maladie professionnelle à un cancer en raison du travail de nuit.

Les transferts de la branche AT-MP atteindront plus de 3 milliards d'euros en 2027, soit près de 16 % 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, avec seulement 2 % des dépenses qui y sont consacrés.

Évolution du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration entre 2007 et 2027



Source *: Commission des affaires sociales*

B. UN PLAN D'ÉCONOMIE DE PLUS DE 800 MILLIONS D'EUROS ACTÉ PAR LES REPRÉSENTANTS PARITAIRES GESTIONNAIRES DE LA BRANCHE

Le ministre du travail et des solidarités a missionné en juin 2026 les partenaires sociaux gestionnaires de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP), afin qu'ils trouvent 800 millions d'euros de mesures d'amélioration du solde, réparties en dépenses et en recettes. Par un courrier d'août 2026, il a indiqué les mesures qu'il retenait pour un quantum de 830 millions d'euros. Ces dernières relèvent uniquement du champ règlementaire, et ont été intégrées aux prévisions de la branche AT-MP pour 2027 :

- **La baisse du plafond de rémunération servant au calcul des indemnités journalières AT-MP**. La limite maximale du salaire mensuel pris en compte pour le calcul des IJ AT-MP est ainsi passée de 6,4 à 1,6 Smic depuis le 1er novembre 2026. Dans une majorité des cas, cette évolution entraînera une mise à contribution renforcée de l'employeur.

830 M €

C'est le montant des **économies proposées par les partenaires sociaux** pour la branche.

- **La généralisation du calcul du taux individuel de sinistralité au niveau de l'entreprise**, et non plus de l'établissement, pour un gain attendu de 300 millions d'euros. Cette mesure est discutable, puisqu'elle va à l'encontre du principe selon lequel l'échelle la plus pertinente pour inciter à la prévention est celle qui se trouve la plus proche des salariés : soit l'établissement dans ce cas. Il s'agit d'une mesure de rendement déguisée, qui gagnerait à être assumée comme telle par le Gouvernement.

• Enfin, l'article 2 du PLF pour 2027 envisage la **fiscalisation intégrale des indemnités journalières (IJ) AT-MP**, qui dégagerait une économie de l'ordre de 300 millions d'euros en année pleine. Il s'agit d'un sacrifice douloureux pour des personnes qui viennent de subir un accident ou une maladie du fait de leur travail, et la commission sera donc particulièrement attentive à ce que le produit de cette mesure soit durablement affecté au rétablissement de la situation financière de la branche.

II. LA COMMISSION PROPOSE DE PROCÉDER À LA TRANSPOSITION DE LA DIRECTIVE RELATIVE AUX CONDITIONS DE TRAVAIL DES TRAVAILLEURS DE PLATEFORMES CONCERNANT LE RISQUE AT-MP

Le 26 février dernier, le Gouvernement a missionné trois personnalités reconnues afin d'envisager les modalités de **transposition de la directive du 23 octobre 2024 relative à l'amélioration des conditions de travail dans le cadre du travail *via* une plateforme**. Le rapport qui en a émané conclut à la nécessité d'une meilleure couverture du risque AT-MP pour les travailleurs de plateformes.

Ces derniers peuvent, en effet, de même que tout travailleur indépendant, **souscrire à une assurance volontaire et individuelle AT-MP (AVAT)**. Depuis 2016, le législateur a même prévu la possibilité d'une contribution des plateformes – **mais aucun travailleur de plateforme n'en aurait bénéficié jusque-là**. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet insuccès : l'existence d'un seuil minimal de cotisation qui ne correspond pas aux revenus moyens des travailleurs de plateformes, l'absence d'IJ AT-MP dans le régime de l'AVAT, l'inadéquation à la réalité du travail sur plusieurs plateformes différentes et surtout la méconnaissance du dispositif.

La commission a souhaité suivre les conclusions du rapport et propose donc d'intégrer les travailleurs de plateforme, qui sont particulièrement soumis aux risques professionnels concernant les livreurs, à la branche AT-MP **en tant que bénéficiaires non salariés dès le 1er janvier 2029**. Une contribution à la charge des plateformes est créée afin de couvrir les dépenses engagées.

BRANCHE VIEILLESSE

En 2027, l'objectif de dépenses est fixé à **316,2 milliards d'euros**, pour un **déficit de 4,8 milliards d'euros**.

Le Gouvernement propose de geler la revalorisation des pensions au-delà du seuil de 1 260 euros de pension par mois.

Soucieuse de la **bonne tenue des comptes**, mais désireuse de **garantir le pouvoir d'achat** des retraités les plus modestes et la **pérennité de notre système de retraite**, la commission a :

- **porté le seuil du gel à 1 500 euros** ;

- **annulé la « suspension » de la réforme des retraites**.

I. UNE BRANCHE VIEILLESSE ENCORE LARGEMENT DÉFICITAIRE EN 2026 ET 2027

A. UN RÉSULTAT 2026 MARQUÉ PAR LA DÉGRADATION DE LA CONJONCTURE

Au terme de l'année 2026, le déficit de la branche vieillesse devrait atteindre 8 milliards d'euros, soit un écart de + 75 % par rapport à la prévision de la LFSS pour 2026.

Cette différence s'explique avant tout par un recul marqué des recettes de la branche. Les tensions géopolitiques et le contexte macroéconomique général ont lourdement pesé sur la croissance et le dynamisme de l'économie française. Il en a résulté une contraction de la masse salariale du secteur privé, qui a induit à la fois de moindres cotisations sociales et de moindres recettes fiscales (pour un écart total de 3,4 milliards d'euros par rapport à la prévision).

B. UN MOINDRE DÉFICIT PRÉVU EN 2027 AU PRIX D'UN GEL PARTIEL DE LA REVALORISATION DES PENSIONS DE RETRAITE

En 2027, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse est fixé à 316,2 milliards d'euros et son déficit prévisionnel diminuerait à 4,8 milliards d'euros. La branche vieillesse contribue, pour environ 40 %, au déficit cumulé de la sécurité sociale.

Dans le PLFSS pour 2027, le Gouvernement propose une mesure de gel de la revalorisation des pensions pour les assurés qui perçoivent plus de 1 260 euros par mois.

Le rendement de ce dispositif est évalué à 4,1 milliards d'euros, dont 3 milliards sur le périmètre de la sécurité sociale et 1,1 milliard pour l'État.

Cette mesure d'économies sur les dépenses constitue la principale voie d'amélioration des comptes de la branche vieillesse pour 2027.

II. LA VOIE PROPOSÉE PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SÉNAT : GARANTIR LE POUVOIR D'ACHAT DES RETRAITÉS MODESTES ; GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE RETRAITES

A. DESSERRER LE GEL DE LA REVALORISATION AFIN DE SOUTENIR LE POUVOIR D'ACHAT DES RETRAITÉS MODESTES

Au vu de la situation économique et budgétaire de la France, la commission des affaires sociales du Sénat considère qu'un effort doit être demandé à tous.

Pour autant, elle constate que la mesure de gel proposée par le Gouvernement, limitée à 1 260 euros par mois, impose une contrainte forte sur le pouvoir d'achat de nombreux retraités modestes.

Elle a en conséquence adopté **un amendement tendant à relever le seuil de la revalorisation à 1 500 euros par mois**, soit à un niveau proche du Smic net.

La commission assure ainsi un compromis entre les exigences de tenue des comptes publics et la justice sociale. La moindre économie générée par cette mesure, d'environ 200 millions d'euros pour la sécurité sociale, est compensée par la proposition d'annulation de la « suspension » de la réforme de 2023 (*cf.* ci-après).

La commission a en outre **adopté la suppression du dispositif** permettant à un futur Gouvernement, par simple décret, de revenir sur tout ou partie de la mesure de gel (**« budget réversible »**). Compte tenu de la fragilité financière de la branche vieillesse, il n'apparaît pas admissible que le Gouvernement puisse aggraver son déficit sans en référer au Parlement et sans proposer de nouvelles mesures d'ajustement.

B. ANNULER LA « SUSPENSION » DE LA RÉFORME DE 2023 POUR ASSURER LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE RETRAITES

La commission des affaires sociales a adopté un **amendement qui rétablit la réforme des retraites de 2023, « suspendue » l'an dernier**.

La « suspension » de la réforme des réformes est coûteuse. En cumulé, elle grèvera nos finances publiques de plus de 10 milliards d'euros.

Elle va en outre à l'encontre de la nécessité d'augmenter notre taux d'emploi alors même que les premiers effets de la réforme de 2023 étaient positifs en la matière.

Conformément aux positions plusieurs fois exprimées par le Sénat, cet amendement annule la « suspension » et rétablit un calendrier plus rapide d'élévation de l'âge d'ouverture des droits (jusqu'à 64 ans) et de durée d'assurance requise (jusqu'à 172 trimestres).

La mesure permet **une économie de 600 millions d'euros sur l'année 2027**.

C. AUTRE MESURE ADOPTÉE PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

La commission a adopté **un amendement supprimant l'article 34 modifiant les règles de calcul de la majoration pour enfants**. Cet article est source d'incompréhension, voire d'anxiété, pour des parents de familles nombreuses bientôt retraités et qui ont peur de perdre une part non négligeable de leur pension. La commission estime qu'une réflexion plus approfondie doit être menée sur cette question et ses effets mieux appréhendés.

BRANCHE FAMILLE

En 2027, les dépenses de la branche famille devraient s'élever à **60,2 milliards d'euros**, soit une **augmentation de 1,9** % par rapport à l'année 2026.

Seule branche excédentaire de la sécurité sociale, elle est largement mise à contribution dans un contexte budgétaire particulièrement contraint, **au détriment d'une politique familiale structurante**. Malgré une baisse de la natalité quasi-continue depuis 2010, **les besoins des familles restent prégnants** en termes de soutien au pouvoir d'achat ou de places d'accueil du jeune enfant.

I. UNE TRAJECTOIRE FINANCIÈRE INADAPTÉE AUX BESOINS DES FAMILLES

A. EN 2027, LE SOLDE DE LA BRANCHE AFFICHERAIT UN EXCÉDENT DE 1,6 MILLIARD D'EUROS, ET SE STABILISERAIT À CE NIVEAU JUSQU'EN 2030

L'excédent de la branche famille s'explique par des **recettes en hausse** plus nette que les dépenses, qui bénéficient de plusieurs mesures d'économies telles que le **gel de la majeure partie des prestations familiales**, le **ralentissement de la progression des dépenses du Fonds national d'action sociale (Fnas)**, et **le « recentrage » de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) –** pour un total **de 1,6 milliard d'euros d'effort**.

Cette dynamique s'accompagne de **transferts de charges supplémentaires** depuis les branches maladie (prise en charge par la Cnaf du congé maternité *post*-naissance) et vieillesse (prise en charge par la Cnaf des droits familiaux de la caisse nationale de retraite des agents de collectivités locales). Sans contribuer à une réduction globale au déficit de la sécurité sociale, ces transferts s'ajoutent aux nombreux précédents et réduisent d'autant les marges de manœuvre de la branche.

Si la commission salue **l'absence de transferts de recettes en 2027**, elle demeure préoccupée par l'intention affichée de **plafonner l'excédent de la branche** au niveau de 2027 au moyen de **transferts croissants de CSG** vers la branche maladie.

B. MALGRÉ LA BAISSE DE LA NATALITÉ, LES BESOINS DES FAMILLES RESTENT IMPORTANTS

La commission met en garde contre l'illusion selon laquelle la baisse de la natalité, inégalement répartie sur le territoire, permettrait une baisse proportionnelle de l'investissement dans la politique familiale. Elle rappelle en effet que les besoins actuels des familles sont encore insuffisamment couverts, alors que le taux de pauvreté des enfants s'accroît et que le taux de couverture d'accueil du jeune enfant est toujours insatisfaisant.

Prenant acte de la sous-consommation chronique du Fnas, la commission appelle avant tout à en tirer les conséquences qui s'imposent et préconise une réforme d'ampleur du mode de financement des lieux d'accueil de la petite enfance, qui souffrent du manque d'attractivité des métiers du secteur et du risque de destructions de places en crèches.

Si la commission reconnaît l'urgence des efforts financiers à fournir et adhère au principe d'une contribution de l'ensemble des branches, elle déplore néanmoins la méthode employée pour geler la majorité des prestations familiales en contournant la délibération du législateur.

La légitime et nécessaire remise en ordre des comptes publics ne peut se faire au détriment de l'investissement dans l'avenir de notre pays. Dans ce cadre, la **commission appelle à ne pas faire de la politique familiale une variable d'ajustement des politiques sociales** et à mettre en place un véritable plan d'action en faveur de toutes les familles.

II. LE PLFSS POUR 2027 PROPOSE DES MESURES BIENVENUES POUR AMÉLIORER L'ÉQUITÉ DES PRESTATIONS FAMILIALES, DONT L'EFFECTIVITÉ MÉRITE CEPENDANT D'ÊTRE RENFORCÉE À TERME

A. LA CRÉATION D'UNE ALLOCATION DE REMPLACEMENT POUR LES NON-SALARIÉS AGRICOLES DONT UN ENFANT EST GRAVEMENT MALADE, PORTEUR D'UN HANDICAP OU VICTIME D'UN ACCIDENT GRAVE

L'article 36 crée une **allocation de remplacement** pour les non-salariés agricoles qui rentrent aujourd'hui dans le champ de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), et doivent cesser temporairement leur activité pour prendre soin de leur enfant gravement malade, porteur d'un handicap ou victime d'un accident grave.

La commission reconnaît l'amélioration que constitue ce dispositif, plus adapté que l'AJPP aux réalités du monde agricole, où toute interruption de l'activité peut menacer la pérennité d'une exploitation. Sa mise en place permettra une meilleure conciliation de la vie personnelle avec la vie professionnelle et favorisera l'égalité entre les femmes et les hommes en agriculture. La commission regrette cependant une mesure trop modeste, qui exclut les bénéficiaires actuels de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) pour lesquels un élargissement du dispositif apparaît justifié.

B. LA CRÉATION D'UNE CONDITION DE DURÉE DE RÉSIDENCE POUR LE VERSEMENT DE LA MAJEURE PARTIE DES PRESTATIONS FAMILIALES

L'article 37 instaure une condition de résidence d'un an préalable au versement de la majeure partie des prestations familiales pour les étrangers extra-européens non titulaires d'un titre de séjour les autorisant à travailler, ni couverts par une convention internationale, ni réfugiés, apatrides ou bénéficiant de la protection subsidiaire.

La commission se félicite de la présence de cet article au sein du présent projet de loi, qui s'inscrit dans le prolongement des travaux du Sénat et dont les modalités traduisent la recherche d'un équilibre entre effectivité et proportionnalité de la mesure. Un travail de réexamen des engagements internationaux de la France en matière de sécurité sociale s'impose toutefois pour garantir la pleine réalisation des objectifs poursuivis.

C. LA PRISE EN COMPTE DE TOUS LES PUBLICS POUR L'APPLICATION DU CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE

Introduit par la LFSS pour 2026, le congé supplémentaire de naissance vient compléter les congés existants (maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption) pour offrir davantage de temps aux familles pendant les premiers mois de vie de l'enfant. Or certains assurés n'ont pas été intégrés au dispositif, à l'instar des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les conjoints collaborateurs, les assurés du régime des cultes et du régime des marins. À l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un amendement corrigeant cet oubli.

BRANCHE AUTONOMIE

En 2027, les dépenses de la branche autonomie devraient s'élever à **44,4 milliards d'euros**, soit une **augmentation de 2,5** % par rapport à l'année 2026.

En lien avec le contexte budgétaire, **la progression des dépenses ralentit, compromettant la mise en œuvre des réformes structurelles nécessaires** pour transformer l'offre médico-sociale. Surtout, **les perspectives financières** de la branche autonomie **sont incompatibles avec la hausse des besoins** en soins et en accompagnement que suscitera, dans les prochaines décennies, le vieillissement de la population.

I. UNE TRAJECTOIRE FINANCIÈRE DÉCONNECTÉE DES CHARGES RÉELLES DES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES ET DES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE

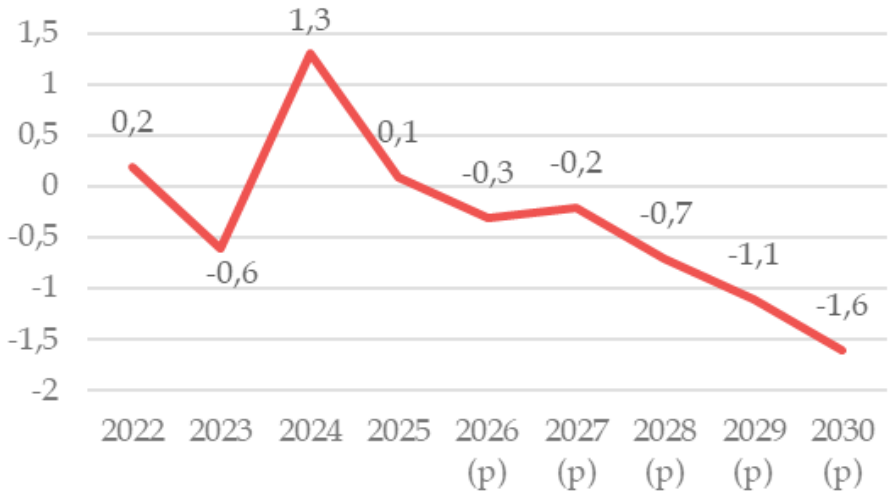
A. EN 2027, LE SOLDE DE LA BRANCHE AUTONOMIE SERAIT LÉGÈREMENT DÉFICITAIRE, AVANT DE SE CREUSER JUSQU'EN 2030

Les prévisions fournies par le PLFSS pour 2027 anticipent une **dégradation durable du solde de la branche autonomie : le déficit atteindrait 1,6 milliard d'euros en 2030** contre 0,2 milliard d'euros en 2027.

La trajectoire ne s'améliore pas malgré l'**affectation d'une part de CSG assise sur les revenus du capital** à hauteur de **1,2 milliard d'euros en 2026**[1], cette augmentation des ressources se trouvant presque entièrement neutralisée par la **réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants**, qui affecterait très négativement les recettes de la CSG assise sur les revenus d'activité affectées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) **(- 1 milliard d'euros)**.

[1] *La LFSS pour 2026 a relevé de 9,2 % à 10,6 % la CSG assise sur les revenus du capital. Le produit de cette majoration de 1,4 point, appelée « contribution financière pour l'autonomie » (CFA), est affecté à la branche autonomie (article 12 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026).*

Évolution du solde de la branche autonomie



Source *: Commission des affaires sociales*

L'objectif de dépenses de la branche autonomie est fixé à **44,4 milliards d'euros pour 2027**. Il demeure **en augmentation (+ 2,5 %)**, mais ralentit (+ 3,5 % en 2026). La hausse des dépenses se concentre principalement sur l'objectif global de dépenses (OGD) des établissements et services médico-sociaux, en augmentation de 0,9 milliard d'euros.

B. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LES AMBITIONS DE TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE SUPPOSENT DES MOYENS IMPORTANTS

1. La situation financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux

La situation financière des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) est très critique. Celle des Ehpad s'est améliorée grâce aux fonds d'urgence déployés depuis 2023, mais 60 % des établissements publics, 50 % des établissements privés à but non lucratif et 23 % des établissements commerciaux demeurent en déficit. En parallèle, un nombre croissant de services à domicile et d'établissements pour personnes handicapées rencontre des difficultés financières.

S'il est nécessaire de conduire des réformes structurelles pour améliorer durablement la situation financière des structures, **il est impératif de soutenir celles qui rencontrent le plus de difficultés** afin d'éviter les cessations d'activité.

Aussi, à l'issue des négociations conduites avec le Gouvernement, la commission propose le déploiement d'une aide exceptionnelle de 200 millions d'euros en 2027 en faveur des établissements et services sociaux et médico-sociaux en difficulté.

2. Des marges de manœuvre insuffisantes face au vieillissement de la population et à l'impératif de la transformation de l'offre médico-sociale

Comme le déplore chaque année la commission, **les moyens dont disposent la branche autonomie et les départements ne sont pas 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. Pour les seules **dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**, la CNSA évalue à **12 milliards d'euros l'effort financier nécessaire, à horizon 2050**, pour accompagner les personnes âgées en situation de perte d'autonomie **(+ 700 000 bénéficiaires)**.

700 000

C'est le nombre de **bénéficiaires supplémentaires de l'APA** à horizon 2050.

Dans le champ du handicap, bien qu'il soit plus difficile d'établir des trajectoires pluriannuelles, il est anticipé que l'amélioration de la **reconnaissance des handicaps** porte à la hausse le nombre de bénéficiaires des prestations.

À l'intersection entre ces deux sphères, la question du **vieillissement des personnes handicapées** sera également un enjeu important sur le plan financier. De même que la **transformation de l'offre médico-sociale**, qui doit permettre de **« désinstitutionnaliser » les modalités de prise en charge au profit d'un accompagnement sur-mesure**, qui facilite le maintien au domicile et en milieu ordinaire. L'**enjeu de l'attractivité des métiers**, dont les conditions d'exercice sont difficiles et pour lesquels les rémunérations sont modestes, reste en outre d'actualité malgré les revalorisations salariales issues du Ségur de la santé.

II. LE PLFSS POUR 2027 : ENTRE INCERTITUDES SUR LA MISE EN ŒUVRE DES RÉFORMES STRUCTURELLES ET DISPOSITIFS DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE

A. DES RÉFORMES STRUCTURELLES À LA MISE EN ŒUVRE INCERTAINE

1. La réforme du régime de financement des Ehpad et des USLD

L'**article 38** prolonge l'expérimentation relative au régime de financement des Ehpad des unités de soins de longue durée (USLD), entrée en vigueur le 1er juillet 2025 dans 23 départements. Elle se terminerait ainsi le 31 décembre 2027.

Les résultats de l'expérimentation, qui consiste à simplifier le régime de financement des établissements en fusionnant les sections de financement « soins » et « dépendance » en un forfait global unique déterminé par les agences régionales de santé (ARS), sont très positifs. Elle a permis d'**améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents et les conditions de travail du personnel** en simplifiant l'organisation des équipes ; de **renforcer l'équité territoriale** en matière de reste à charge ; de diminuer le niveau de la contribution financière pour une partie des résidents ; et s'est traduite par une **hausse des moyens** pour 80 % des établissements participants.

Dès lors, **il apparaît justifié d'inscrire cette réforme dans le droit commun**, et de ne pas laisser perdurer la coexistence de deux régimes de financement distincts à l'échelle nationale, au risque de compromettre l'égalité de traitement.

La commission propose, par voie d'amendement, de pérenniser et de généraliser cette réforme au 1er janvier 2028.

2. La réforme de la tarification des structures pour enfants et jeunes adultes en situation de handicap, dite « Serafin-PH »

L'article 90 de la LFSS pour 2026 prévoit l'entrée en vigueur, au 1er janvier 2027, de la réforme de la tarification des établissements et services pour enfants et jeunes adultes handicapés dite « Serafin-PH ». La commission soutient cette réforme, dont l'objet est de **moderniser la tarification des structures** tout en les incitant à **personnaliser l'accompagnement** et à **renforcer les interactions avec le milieu ordinaire**.

Or le dossier de presse relatif au présent PLFSS indique **que les moyens associés à sa mise en œuvre** (360 millions d'euros sur quatre ans, soit **90 millions d'euros par an** entre 2027 et 2030) **ne seront débloqués qu'en 2028**.

La commission estime que la mise en œuvre de la réforme Serafin-PH ne pourra se faire dans de bonnes conditions qu'en présence de moyens dédiés, et appelle le Gouvernement à dégager les crédits initialement prévus pour l'exercice 2027.

3. La montée en charge des plans de recrutement et de création de nouvelles solutions médico-sociales

Depuis 2023, le Gouvernement a lancé divers **plans destinés à renforcer l'offre médico-sociale** : création de 50 000 nouvelles solutions en faveur des personnes en situation de handicap, recrutement de 50 000 professionnels en Ehpad, création de 25 000 places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à horizon 2030, et création de 500 centres de ressources territoriaux (CRT) d'ici 2028.

La progression de l'objectif global de dépenses (OGD) des établissements et services pour personnes âgées (+ 0,9 milliard d'euros) **doit permettre de poursuivre le déploiement de ces plans** (180 millions d'euros sont notamment prévus pour la création de solutions en faveur des personnes en situation de handicap). Néanmoins, **la commission s'interroge sur leur aboutissement**, la consommation effective des crédits ne permettant pas d'attester du nombre de créations nettes de places ou de recrutements, dans un contexte où de nombreux établissements et services médico-sociaux sont en déficit.

B. DES DISPOSITIFS D'EFFICIENCE ET DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE

1. Le mécanisme d'intéressement à l'efficience des structures médico-sociales pour personnes âgées

L'**article 39** crée un **mécanisme d'intéressement à l'efficience des Ehpad et des services autonomie à domicile (SAD)**. En fonction des résultats obtenus au regard d'indicateurs d'efficience et de pertinence des activités de soins et de prévention, les ARS pourront **attribuer une dotation complémentaire aux structures**.

Une enveloppe de 140 millions d'euros est prévue pour ce mécanisme d'intéressement, tandis qu'**une économie annuelle de près de 155 millions d'euros est escomptée pour la branche maladie** grâce à la réduction des hospitalisations évitables et des séjours anormalement longs.

La commission estime que ce mécanisme constitue **un outil pour guider les structures médico-sociales vers des pratiques plus vertueuses**. Néanmoins, elle rappelle que leurs marges de manœuvre sont souvent limitées, soit sur le plan financier, soit sur le plan des ressources humaines. Les objectifs fixés par les ARS devront, à ce titre, **prendre en compte la réalité de chaque territoire et de chaque établissement.**

La commission propose un amendement qui vise à s'assurer que le mécanisme d'intéressement instauré valorise la qualité des soins. Cet amendement précise en outre que les objectifs fixés devront notamment porter sur la réduction des hospitalisations évitables, l'accès à la prévention et la sécurisation du retour sur le lieu de vie après une hospitalisation.

2. La réforme du barème de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le Gouvernement a annoncé qu'une **réforme du barème de l'APA** serait conduite **par voie réglementaire**, permettant une **économie de 250 millions d'euros** pour les départements au titre de leurs dépenses d'APA.

Cette réforme consiste à **augmenter le reste à charge de certains allocataires**. Les bénéficiaires les plus modestes, dont les ressources mensuelles ne dépassent pas le seuil de 940 euros, ne seraient pas touchés ; tandis que pour les autres, **la participation pourrait augmenter de 10 % à 90 %**. Le reste à charge moyen serait de 12 euros mensuels, et pourrait s'élever jusqu'à 36 euros pour les bénéficiaires les plus aisés ; l'effort demandé portant principalement sur les plans d'aide les moins lourds.

Si la commission comprend la volonté du Gouvernement de freiner le dynamisme des dépenses d'APA, elle appelle à la vigilance quant au **risque de non-recours à l'aide à domicile qui pourrait résulter de l'augmentation du reste à charge**, alors même que le maintien à domicile des personnes âgées doit constituer une priorité.

EXPOSÉ GÉNÉRAL

I. UNE SÉCURITÉ SOCIALE MENACÉE

A. LA FRANCE, INCAPABLE DE RÉDUIRE LE DÉFICIT DE SES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES, SUSCITE UNE INQUIÉTUDE CROISSANTE DES INVESTISSEURS

1. L'inexorable augmentation du déficit et de la dette publics depuis un demi-siècle

a) Un déficit des administrations publiques qui augmente tendanciellement de 0,1 point de PIB par an depuis 1973

La France fait à nouveau l'objet d'une procédure de déficit excessif depuis juillet 2024[1].

Selon le Gouvernement, **le déficit de ses administrations publiques serait en 2026 de 5,4 points de PIB** (contre un objectif de 5 points de PIB et après 5,1 points de PIB en 2025 et 5,8 points de PIB en 2024), soit plus de 160 milliards d'euros.

Ce déficit serait le plus élevé de la zone euro[2], loin du seuil maximal de 3 points de PIB fixé par le pacte de stabilité et de croissance.

L'objectif de déficit pour 2027 demeure très élevé, à 5 points de PIB.

Sur une longue période, depuis 1973, le solde des administrations publiques, jusqu'alors à peu près équilibré, se dégrade tendanciellement de 0,1 point de PIB par an, la croissance des dépenses étant structurellement supérieure à celle des recettes. En effet, après chaque récession (1975, 1993 et 2020), les efforts de réduction du déficit n'ont pas permis de le ramener à son niveau d'avant-crise. Ainsi, le niveau actuel du déficit ne s'explique que marginalement par la conjoncture économique[3].

---

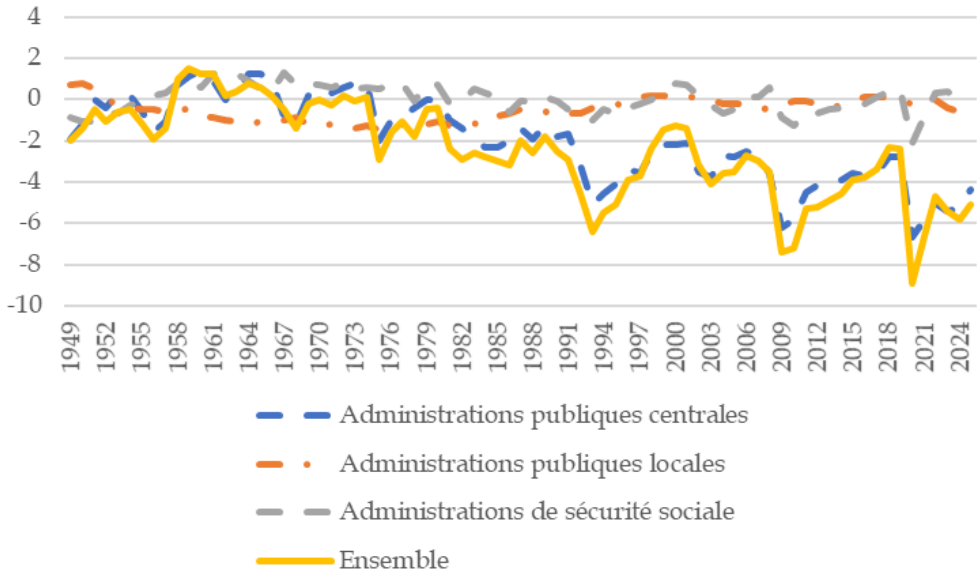
[1] *Tel est également le cas, au sein de la zone euro, de l'Autriche, de la Belgique, de la Bulgarie, de la Finlande, de l'Italie et de la Slovaquie (et, hors zone euro, de la Hongrie, de la Pologne et de la Roumanie).*

[2] *Selon les prévisions de la Commission européenne du printemps 2026, en 2026, la France aurait un déficit public de 5,1 points de PIB (contre 5,4 points de PIB selon le PLFSS). Le seul autre État de la zone euro à avoir un déficit supérieur à 5 points de PIB serait la Belgique (5,2 points de PIB).*

[3] *Selon le Gouvernement, en 2025, l'écart de production serait légèrement positif (à + 0,2 point de PIB potentiel). Si le Gouvernement prévoit pour 2027 un écart de production de - 0,7 point de PIB potentiel, cela n'aurait qu'un effet modeste sur le déficit des administrations publiques, avec un déficit conjoncturel qu'il évalue à 0,4 point de PIB.*

Solde des administrations publiques (1949-2005)

(en points de PIB)



Source *: Insee*

Le fait que depuis 1973 le solde des administrations de sécurité sociale (Asso) dans leur ensemble[1] soit resté proche de l'équilibre ne doit pas induire en erreur. Tout d'abord, en leur sein la sécurité sociale est en fort déficit, ce qui met son financement en péril (*cf. infra*). Ensuite, le solde de la sécurité sociale (ou des administrations de sécurité sociale) est largement conventionnel, dans la mesure où il dépend de la manière dont il a été décidé de répartir les recettes au sein des administrations publiques. Le déficit véritablement pertinent est celui de l'ensemble des administrations publiques (APU), qui compte tenu de son montant ne peut être significativement réduit sans réduire nettement les dépenses de sécurité sociale rapportées au PIB.

b) Une dette publique supérieure à 120 points de PIB en 2027

En conséquence notamment de ces déficits élevés et du faible taux de croissance[2], la dette publique rapportée au PIB a fortement augmenté, pour atteindre 115,7 points de PIB en 2025 (au sens du traité de Maastricht). Selon le Gouvernement, elle atteindrait 119,3 points de PIB en 2026 et 121,7 points de PIB en 2027 (118,1 et 120,2 points de PIB selon la Commission européenne).

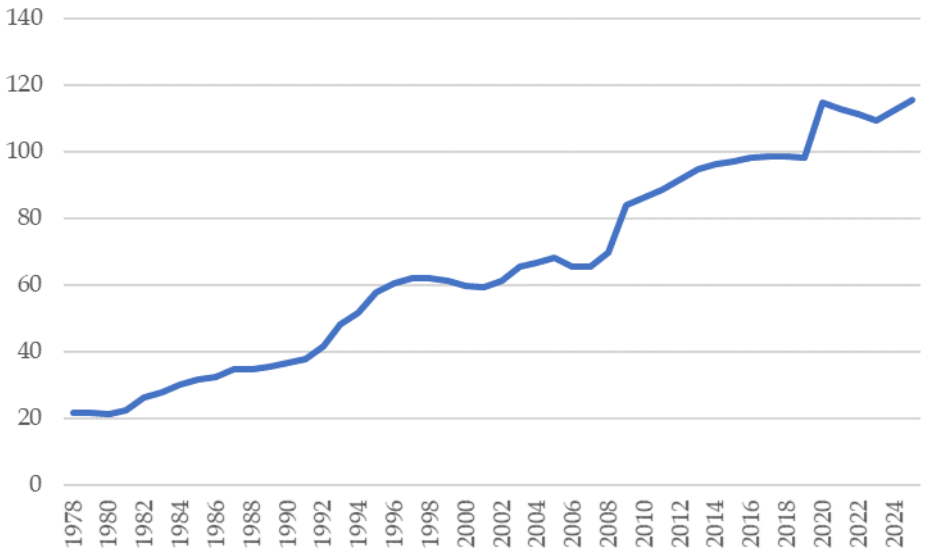
---

[1] *Soit, outre la sécurité sociale, l'assurance chômage, les régimes complémentaires de retraites et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), notamment.*

[2] *Du fait de la croissance du PIB, l'augmentation spontanée de la dette publique en points de PIB est inférieure au déficit en points de PIB. Par exemple, pour une dette de 100 points de PIB, une croissance du PIB de 3 % en valeur permet de stabiliser la dette en points de PIB si celle-ci est de 100 points de PIB. Plus la dette est élevée en points de PIB, plus le déficit stabilisant la dette rapportée au PIB est élevé.*

Dette des administrations publiques au sens de Maastricht (1978-2025)

(en points de PIB)



Source *: Insee*

c) Une charge d'intérêts croissante, qui suscite des interrogations sur la capacité de la France à continuer à financer ses priorités et désormais sur la soutenabilité de sa dette

Du fait de la lenteur du renouvellement de stock de dette, la charge d'intérêt, bien qu'en forte augmentation, devrait demeurer raisonnable à court terme. Ainsi, selon la Commission européenne, elle passerait de 2,2 points de PIB en 2025 à 2,6 points de PIB en 2026 et 2,8 points de PIB en 2027.

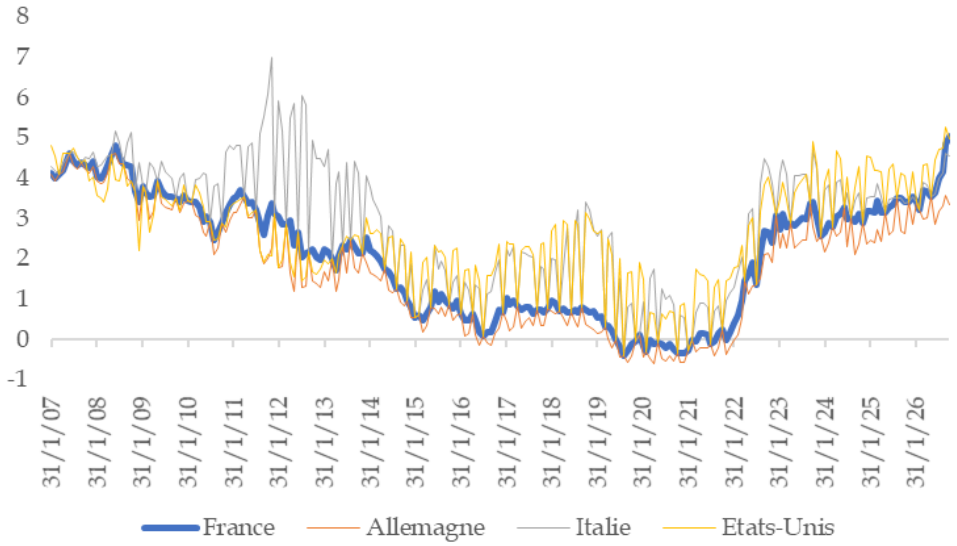
Toutefois le taux d'intérêt à dix ans sur le marché secondaire est actuellement d'environ 5 %. Si ce taux se maintenait sur la durée, la France devrait à terme acquitter une charge d'intérêt de 5 % sur l'ensemble de sa dette, soit, sur la base d'une dette de 120 points de PIB, 6 points de PIB. Comme la dette rapportée au PIB continuerait d'augmenter, ce montant serait en réalité supérieur.

2. Une augmentation rapide des taux d'intérêt à l'automne 2026

Les taux d'intérêt à long terme sur la dette de la France ont récemment connu une forte hausse, comme le montre le graphique ci-après.

Taux d'intérêt sur la dette souveraine à dix ans

(en %)



Source *: Bloomberg*

Après la crise sanitaire, les taux d'intérêt à dix ans des principaux États ont fortement augmenté en 2022, passant de niveaux quasi nuls, voire négatifs, à des niveaux plus « normaux », d'environ 3 %.

Alors qu'auparavant son taux était proche de celui de l'Allemagne, **la France a le taux le plus élevé de la zone euro depuis septembre 2025**.

Du fait de la crise énergétique et des investissements dans l'intelligence artificielle aux États-Unis, la hausse des taux a repris en septembre-octobre 2026, plus rapidement en France qu'ailleurs. Ainsi, **l'écart de taux par rapport à l'Allemagne** (ou *spread*) est désormais **d'environ 1,7 point**, ce qui est proche du maximum atteint pendant la crise des dettes souveraines[1].

Le taux d'intérêt à dix ans sur sa dette souveraine est actuellement **d'environ 5 %**, et a même dépassé ce seuil les 22 et 23 octobre.

La situation s'est donc nettement dégradée par rapport à la crise des dettes souveraines dans les années 2000, quand la France bénéficiait de taux inférieurs à ceux des États du Sud de la zone.

[1] *Près de 1,9 point en novembre 2011.*

3. Éviter une crise auto-réalisatrice

a) Le risque que la charge d'intérêt devienne insoutenable

La charge d'intérêt d'un État, rapportée à son PIB, ne peut augmenter indéfiniment.

Tout d'abord, elle oblige nécessairement à réduire certaines dépenses. Pour fixer un ordre de grandeur, les crédits des missions « Enseignement scolaire », « Défense » et « Enseignement supérieur » représentent respectivement environ 2 points de PIB pour les deux premières et 1 point de PIB dans la troisième.

Ensuite, si la dette ne cesse d'augmenter, il survient nécessairement un moment où les marchés, ou l'État lui-même, considèrent que la charge d'intérêt devient socialement et politiquement impossible à financer. Le seuil à partir duquel la charge d'intérêt devient insoutenable dépend des États, et ne peut être définie avec précision. Toutefois on voit mal comment la France pourrait supporter une charge d'intérêt de, par exemple, 10 points de PIB.

Le niveau élevé de sa dette rend donc la France vulnérable à une augmentation auto-réalisatrice de ses taux d'intérêt.

b) Un contexte politique préoccupant

Pour qu'une telle augmentation auto-réalisatrice se produise, deux conditions défavorables doivent être réunies.

Tout d'abord, les marchés doivent douter de la capacité de la France à réduire son déficit public. La situation actuelle présente certaines similitudes avec la crise de la dette de l'Italie en 2018, après l'accession au pouvoir du Mouvement 5 étoiles et de la Ligue, alors que la dette publique de l'Italie dépassait 130 points de PIB.

La crise de la dette italienne de 2018-2019

En 2017, la dette publique de l'Italie s'élevait à 131,8 points de PIB, mais son déficit public à seulement 2,3 points de PIB.

À l'issue des élections législatives du 4 mars 2018, le Mouvement 5 étoiles et la Ligue ont formé une coalition le 1er juin 2018. Le taux souverain à dix ans de l'Italie, de moins de 2 % depuis le début de l'année, a augmenté en mai, pour dépasser 3 % à la fin du mois.

L'Italie a transmis à la Commission européenne son projet de plan budgétaire[1] pour 2019 le 16 octobre 2018. Alors que le Conseil avait recommandé le 13 juillet 2018 une réduction du déficit structurel de 0,6 point de PIB par an, le projet de plan prévoyait, du fait de mesures sur les dépenses et les recettes, une aggravation du déficit structurel de 0,9 point de PIB.

Le 23 octobre 2018, la Commission a adopté un avis constatant un « *manquement particulièrement grave* » de l'Italie. Certes, l'Italie avait un déficit inférieur au seuil de 3 points de PIB, et malgré sa dette élevée ne faisait pas l'objet d'une procédure de déficit excessif. Toutefois, dans le cadre du volet dit « préventif » du pacte de stabilité, elle devait réduire chaque année son déficit structurel, afin de réduire sa dette rapportée au PIB.

Le 21 novembre 2018, la Commission, sur la base d'un projet légèrement révisé transmis par l'Italie, a confirmé son avis du 23 octobre, et lancé une procédure pour déficit excessif, sur la base du critère de dette.

Son taux d'intérêt à dix ans dépassant 3,5 %, l'Italie a adopté fin 2018 un budget ramenant son déficit prévisionnel de 2,4 points de PIB à 2,04 points de PIB.

Le 5 juin 2019, la Commission a considéré que l'Italie ne respectait toujours pas le critère de dette, ce qui a été confirmé par le Conseil le 11 juin 2019. Afin d'atteindre sa cible de déficit, alors que l'économie italienne avait nettement ralenti depuis le début de l'année, le Gouvernement a pris le 2 juillet 2019 un décret réduisant le déficit de 7,6 milliards d'euros.

Le taux d'intérêt, d'environ 2,5 %, a diminué pour se stabiliser vers 1 % en août 2019.

La coalition a éclaté en août 2019.

Le déficit public de l'Italie a finalement été de 1,6 point de PIB en 2019.

Ensuite, pour qu'une telle augmentation auto-réalisatrice des taux d'intérêt se produise, la Banque centrale européenne (BCE) ne doit pas jouer de rôle de prêteur en dernier ressort. L'article 123 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne interdit à la BCE de financer directement les États. Certes, la BCE peut intervenir dans le cadre de son programme d'opérations monétaires sur titres (*Outright Monetary Transactions*, OMT), mis en place en 2012. Toutefois l'OMT implique une

[1] *Les États membres de la zone euro doivent transmettre chaque année avant le 15 octobre un projet de plan budgétaire.*

demande de la part de l'État membre concerné, ainsi qu'une forte conditionnalité, avec en particulier l'implication obligatoire du Mécanisme européen de stabilité (MES), créé en 2012 lors de la crise des dettes souveraines. Aussi, en 2022 a été mis en place l'instrument de protection de la transmission (*Transmission Protection Instrument*, TPI), qui peut être activé sans demande de l'État concerné et sans implication du MES. L'État bénéficiaire doit conduire « *des politiques budgétaires et macroéconomiques saines et durables* » et, s'il fait l'objet d'une procédure de déficit excessif (PDE), se conformer aux demandes du Conseil d'« *action suivie d'effet* »[1].

Certes, on voit mal comment la BCE pourrait ne pas intervenir, si cela était nécessaire pour éviter une crise obligataire. Elle pourrait par exemple mettre fin à son programme de resserrement quantitatif, voire revivifier son programme d'achat d'actifs (*Asset Purchase Programme*, APP), qui pourrait être un moyen de réduire, sinon le *spread* de la France, moins le niveau de taux global de la zone euro. Toutefois une intervention ciblée pourrait être politiquement et juridiquement compliquée, en particulier dans un contexte où la France ne serait pas politiquement en mesure d'adopter les dispositions nécessaires. La taille de la dette française suscite un aléa supplémentaire.

L'analyse de Paul Krugman sur la situation des finances publiques françaises

« Il est permis de douter que la BCE puisse ou veuille voler au secours de la France (…). D'une part, en 2012, les pays d'Europe du Sud avaient entrepris des réductions massives de dépenses. Si ces coupes étaient excessivement sévères sur le plan économique, elles permettaient néanmoins à ces nations de faire valoir qu'elles méritaient d'être sauvées. À l'inverse, la France s'éloigne toujours davantage de la rigueur budgétaire, ce qui susciterait une vive opposition politique de la part des pays créanciers — au premier rang desquels l'Allemagne — face à un éventuel plan de sauvetage. Que dire, par ailleurs, de l'équité d'un tel sauvetage aux yeux des pays ayant subi de douloureuses mesures d'austérité durant la crise de la zone euro ?

En outre, un sauvetage de la France s'avérerait extrêmement coûteux. En tant que deuxième économie de la zone euro, la France a peut-être franchi le seuil séparant le statut d'entité « trop grande pour faire faillite » (« *too big to fail* ») de celui d'entité « trop grande pour être sauvée » (« *too big to save* »). En somme, il est bien trop aisé d'imaginer un scénario catastrophe pour une crise française qui diviserait profondément l'Europe. »

***Source** : Paul Krugman, « What's the Matter With France? Is Europe's #2 economy too big to save? »,* post *de blog (*Substack*), 8 octobre 2026 (traduction par la commission des affaires sociales)*

[1] *Source : Banque centrale européenne, communiqué de presse du 21 juillet 2022.*

B. DU FAIT DES MODALITÉS DE SON FINANCEMENT, LA SÉCURITÉ SOCIALE A UNE FRAGILITÉ PARTICULIÈRE

1. La sécurité sociale se finance à court terme sur les marchés financiers, ce qui suscite un risque de liquidité

Le financement de la sécurité sociale est assuré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), également dénommée depuis 2021 Urssaf Caisse nationale[1].

Aux termes de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale, l'Acoss ne peut s'endetter qu'à court terme. En effet, elle a vocation à financer des besoins de trésorerie, et non des déficits permanents. Il n'y a pas de raison de faire payer les dépenses actuelles de protection sociale par les générations futures.

Cette règle, justifiée en elle-même, peut fragiliser le financement de la sécurité sociale si, comme actuellement, son déficit est élevé.

L'article 39 de la LFSS pour 2025 a **porté l'échéance maximale de ses émissions d'un à deux ans**, avec une durée moyenne annuelle pondérée inférieure ou égale à un an. Par ailleurs, l'article 18 du présent PLFSS propose de **l'autoriser à émettre des titres non négociables**, afin qu'elle puisse accéder au marché des *Euro Medium Term Notes*, sur lequel sont présents de nombreux investisseurs internationaux. Toutefois ces évolutions ne modifient pas fondamentalement la situation.

2. Un plafond d'emprunt de la sécurité sociale de 85 milliards d'euros en 2027, proche du montant que la sécurité sociale n'était pas parvenue à financer sur les marchés en 2020

Les montants que l'Acoss doit emprunter chaque année à court terme sur les marchés sont de plus en plus préoccupants, et nous placent clairement en zone de risque, comme le montre le graphique ci-après.

[1] *Urssaf Caisse nationale est un nom de marque. Le code de la sécurité sociale continue de mentionner l'*« Agence centrale des organismes de sécurité sociale »*, qui est la désignation juridique.*

Le besoin de trésorerie maximal de l'Acoss, estimé d'après les prévisions de déficit de l'annexe A du PLFSS pour 2027

(en milliards d'euros)



* Source : audition de l'Acoss par les rapporteures dans le cadre des travaux de la Mecss sur le rapport n° 901 (2024-2025), 22 mai 2025.

** L'année 2026 aura été marquée par :

- la réduction, d'environ 9 milliards d'euros, du besoin de financement maximal, résultant de l'article 33 de la LFSS pour 2026 (relatif aux remises sur les produits de santé) ;

- le transfert de 15 milliards d'euros de dette de l'Acoss à la Cades, permis par l'article 48 de la LFSS pour 2026 (résultant de deux amendements identiques de la commission et du Gouvernement).

Source *: 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*

On rappelle que, du fait de la crise sanitaire, l'Acoss a connu en 2020 une crise de financement, avec un besoin de financement moyen de 63,4 milliards d'euros et un besoin de financement maximal d'environ 90 milliards d'euros, qui ont impliqué le recours à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et à un pool bancaire afin de pouvoir payer les prestations.

L'Acoss considère qu'au-delà de ce montant de 90 milliards d'euros, elle pourrait avoir du mal à se financer sur les marchés. Comme indiqué dans le rapport[1] de 2025 de la Mecss *Sécurité sociale : la boîte à outils du Sénat*, elle considère qu'un plafond d'emprunt de, par exemple, 133 milliards d'euros (correspondant au montant alors envisageable pour 2028 sur la base de la LFSS pour 2025), n'est « *en aucun cas réalisable par l'Urssaf* ».

À titre de comparaison, la trajectoire de déficit annexée au présent PLFSS suggère que le plafond d'emprunt pourrait atteindre 100 milliards d'euros en 2028, 115 milliards d'euros en 2029 et 130 milliards d'euros en 2030.

Ce point est également souligné par la Cour des comptes dans sa récente communication[2] à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

3. Le recours ponctuel à la Caisse des dépôts et consignations et à des banques, comme en 2020, ne pourra pas forcément être reproduit

Aujourd'hui, une convention avec la Caisse des dépôts et consignations permet à l'Acoss d'obtenir de celle-ci 13 milliards d'euros de financement, en cas de besoin critique et imprévu.

Compte tenu du besoin de financement l'Acoss, ce montant peut sembler modeste.

Surtout, les responsables de l'Acoss estiment[3] que ce n'est pas parce qu'il a été possible en 2020 de financer un besoin de trésorerie de près de 65 milliards d'euros en moyenne, avec un besoin maximal de 90 milliards d'euros, qu'il sera forcément possible de faire la même chose sur un temps plus long.

En particulier, il existe plusieurs différences majeures par rapport à 2020 :

- un besoin de trésorerie plus important dès le départ ;

- une moins bonne notation de la France par les agences ;

- surtout, l'absence de trajectoire de retour à l'équilibre. En effet, les marchés comme les banques ont besoin qu'un emprunteur indique comment il entend rembourser.

---

[1] *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.*

[2] « Dans le contexte actuel, après la pause de 2027, de nouvelles augmentations du plafond à fixer en LFSS pour l'Acoss seront nécessaires. Selon le scénario tendanciel figurant à l'annexe du PLFSS, ce plafond s'élèverait jusqu'à 130 milliards d'euros à l'horizon de 2030 » (*Cour des comptes,* La situation financière de la sécurité sociale – un redressement impératif en 2027*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2026).*

[3] Cf. *rapport d'information n° 901 (2024-2025) précité.*

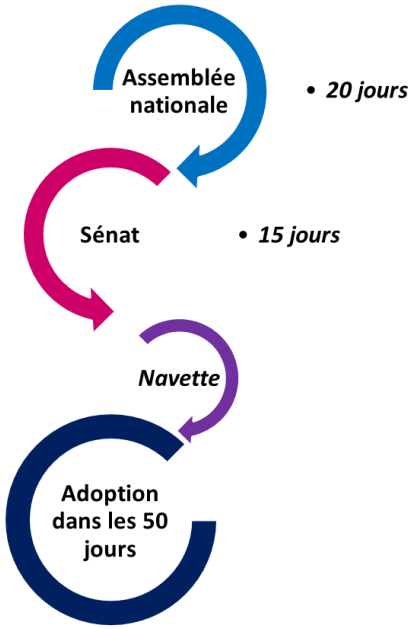
II. UN CONTEXTE POLITIQUE QUI REND PLUS DIFFICILE LA RÉDUCTION DU DÉFICIT

A. RAPPEL DES PRINCIPALES RÈGLES DE DISCUSSION DU PLFSS

1. Un texte qui doit être examiné dans un délai de 50 jours et promulgué avant le 1er janvier

Les délais d'examen du PLFSS par le Parlement sont synthétisés par le schéma ci-après.

Délais d'examen du PLFSS par le Parlement



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

Depuis la révision en 2022 des dispositions organiques du code de la sécurité sociale (CSS), l'article L.O. 111-6 du CSS prévoit que le PLFSS est déposé au plus tard le 1er mardi d'octobre (et non le 15 octobre comme auparavant). Cette date est donc désormais la même que celle du PLF.

Selon l'article 47-1 de la Constitution, l'Assemblée nationale dispose d'un délai de 20 jours pour examiner le projet de loi. À l'expiration de ce délai, le Gouvernement le transmet au Sénat, que l'Assemblée l'ait examiné dans son intégralité ou pas, en retenant le cas échéant les amendements adoptés et acceptés par lui.

Le Sénat dispose alors de 15 jours pour analyser le texte, en débattre, éventuellement le modifier et le voter en première lecture.

Si, au total, le Parlement ne s'est pas prononcé dans le délai de 50 jours depuis le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement dispose de la *faculté* d'en mettre en œuvre les dispositions par ordonnance.

Conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel, et de manière analogue à ce qui est le cas pour le PLF, les délais de 50 et 20 jours ne courent qu'à compter de la lettre du Gouvernement récapitulant les annexes du PLFSS. Habituellement, cette lettre est transmise mi-octobre à l'Assemblée nationale, ce qui permet d'allonger le délai de plus de deux semaines. Par ailleurs, le point de départ du délai de 15 jours dont dispose le Sénat est la date de transmission du texte au Sénat par le Gouvernement, ce qui permet habituellement au Sénat de disposer d'une semaine supplémentaire.

2. Les règles en cas de non-respect du délai de 50 jours ou d'absence de texte au 1er janvier

Le tableau ci-après synthétise les règles constitutionnelles et organiques applicables au PLF et au PLFSS si le Parlement ne se prononce pas dans le délai constitutionnel ou en cas d'impossibilité de promulguer le texte avant le début de l'exercice.

Procédures applicables en cas de non-respect du délai constitutionnel d'examen ou de l'échéance du 1er janvier

	PLF	PLFSS
Si le Parlement ne se prononce pas dans le délai constitutionnel		
Délai *Procédure* *Dépassement du délai* *Mise en œuvre de la procédure*	*Art. 47 C et 40 Lolf : 70 jours* *Art. 47 C et 40 Lolf : possible mise en vigueur par ordonnance* *PLF 2025, PLF 2026* *Jamais*	*Art. 47-1 C : 50 jours* *Art. 47-1 C : possible mise en œuvre par ordonnance* *PLFSS pour 2025* *Jamais*
Si le texte ne peut être promulgué avant le début de l'exercice		
Procédure *Pas de texte promulgué au 01/01 et recours à une loi spéciale*	• Art. 47 C et 45 Lolf : autorisation de percevoir les impôts (1re partie du PLF ou loi spéciale) et ouverture par décret des services votés • Le PLF ne doit pas avoir été déposé en temps utile (critère non respecté*) PLF 1980**, PLF 2025, PLF 2026	• Domaine exclusif de la LFSS : autorisation d'emprunter (article L.O. 111-3-4 CSS) • Pas de procédure prévue par les textes • PLFSS pour 2025 : inclusion de l'autorisation d'emprunter dans la loi spéciale relative à l'État* PLFSS pour 2025

C : Constitution. CSS : code de la sécurité sociale. LFSS : loi de financement de la sécurité sociale. Lolf : loi organique relative aux lois de finances. PLF : projet de loi de finances. PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale.

* Pratique validée par le Conseil d'État dans : *Avis relatif à l'interprétation de l'article 45 de la Lolf, pris pour l'application du quatrième alinéa de l'article 47 de la Constitution*, n° 40-908, 9 décembre 2024.

** Après la censure totale du PLF pour 1980 par le Conseil constitutionnel (à cause du non-respect de l'ordre d'examen des parties), le Gouvernement a fait adopter une loi spéciale prévue par aucun texte, autorisant l'État à continuer de percevoir l'impôt, ce que le Conseil constitutionnel a accepté (*cf.* décision 79-111 DC du 30 décembre 1979), au nom du principe de « *continuité de la vie nationale* ».

***Source** : Commission des affaires sociales*

Pour les exercices 1980, 2025 et 2026, le Gouvernement a fait le choix de déposer une loi spéciale, afin de permettre à l'État de continuer à fonctionner, en l'attente de l'adoption du PLF, qui a eu lieu plusieurs semaines plus tard.

Dans le cas de l'exercice 2025, l'absence de LFSS au 1er janvier a également entraîné le recours à la loi spéciale. En effet, bien que, contrairement à l'État, la sécurité sociale n'ait pas besoin d'autorisation pour percevoir les recettes ou réaliser des dépenses, l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale prévoit que ses plafonds d'emprunt relèvent du domaine exclusif des LFSS. Ainsi, pour assurer la « *continuité de la vie nationale* »[1], une disposition de la loi spéciale pour 2025 l'autorisait à recourir à l'emprunt.

[1] *Expression issue de la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Dans son avis du 9 décembre 2024 sur l'interprétation de l'article 45 de la Lolf, le Conseil d'État s'est appuyé sur cette notion pour justifier, notamment, le recours à la loi spéciale pour autoriser la sécurité sociale à emprunter.*

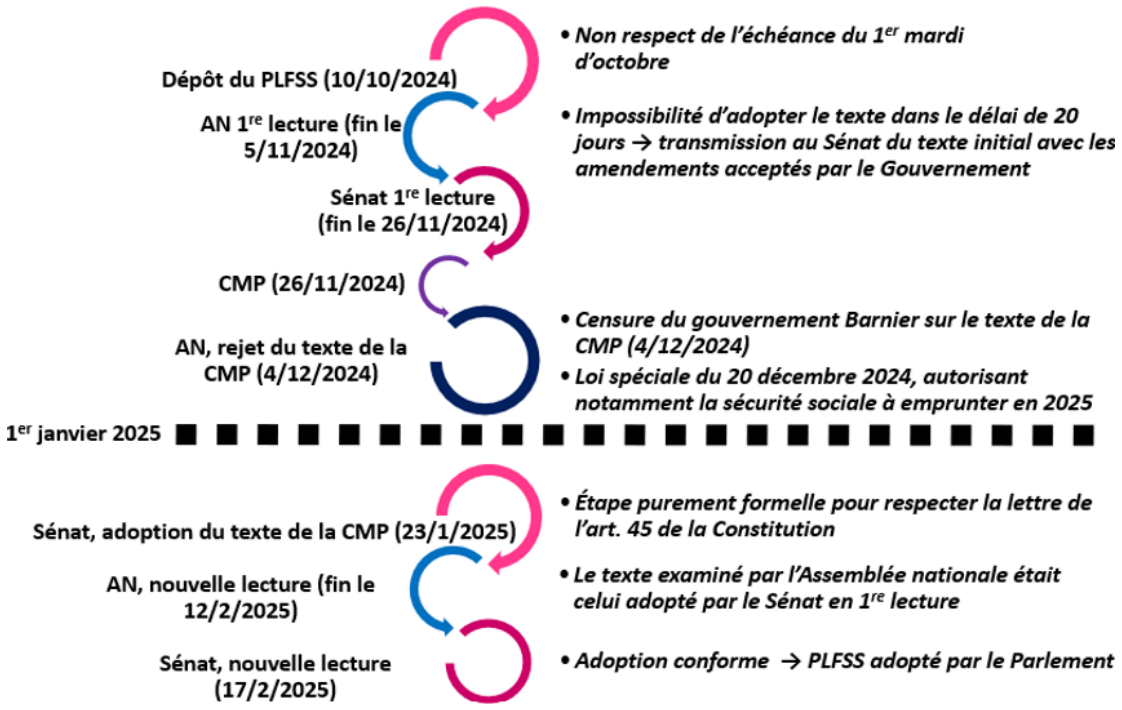
Le Gouvernement n'a jamais décidé de mettre en œuvre un PLF ou un PLFSS par ordonnance. Bien que la Constitution ne précise pas ce point, la plupart des constitutionnalistes considèrent que le texte susceptible d'être ainsi mis en œuvre est le texte initial. Telle est également l'analyse que le secrétariat général du Gouvernement a développée dans une note sur la procédure budgétaire d'août 2014.

B. LA DISCUSSION DES PLFSS POUR 2025 ET POUR 2026

1. Une discussion du PLFSS pour 2025 marquée par l'adoption d'une loi spéciale

La discussion du PLFSS pour 2025 a été particulièrement complexe, comme l'illustre le schéma ci-après.

Calendrier de discussion du PLFSS pour 2025



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

Le texte a été déposé le 10 octobre, soit neuf jours après la limite organique du premier mardi d'octobre. L'Assemblée nationale n'ayant pas pu examiner la totalité du texte dans son délai de 20 jours, le texte a été transmis au Sénat avec les seuls amendements acceptés par le Gouvernement.

La commission mixte paritaire (CMP) est parvenue à adopter des conclusions, pour la première fois depuis le PLFSS pour 2011.

Toutefois, le gouvernement de Michel Barnier a été censuré après avoir engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale sur le texte de la CMP, ce qui a amené à adopter une loi spéciale, notamment pour autoriser la sécurité sociale à emprunter.

Afin de respecter la lettre de l'article 45 de la Constitution[1], et d'éviter tout risque d'inconstitutionnalité, le Sénat a examiné le texte de la CMP, qu'il a adopté.

Conformément à l'article 45 de la Constitution, le texte examiné en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale a été le texte adopté par le Sénat avant la CMP. Le Gouvernement a eu recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution sur chacune des trois parties du texte, qui a donc été considéré comme adopté par l'Assemblée nationale.

Le Sénat a adopté le texte conforme le 17 février 2025.

2. Une discussion du PLFSS pour 2026 marquée par une lettre rectificative

La discussion du PLFSS pour 2026, bien que moins complexe, s'est elle aussi éloignée de la procédure normale.

Tout d'abord, le dépôt a eu lieu le 14 octobre, soit à nouveau en retard par rapport au délai organique du premier mardi d'octobre.

Ensuite, le même jour, le Premier ministre, dans son discours de politique générale, a annoncé sa décision de ne pas recourir à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution pour le faire adopter et de geler l'âge d'ouverture des droits à la retraite et la durée d'assurance requise jusqu'à janvier 2028. Cette mesure a fait l'objet d'une lettre rectificative le 23 octobre.

L'Assemblée nationale n'est à nouveau 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 chaque cas, un montant des mesures à peu près divisé par deux lors du débat parlementaire

Dans les deux cas, le montant des mesures a été à peu près divisé par deux lors des débats parlementaires.

Dans le cas du PLFSS pour 2025, les mesures, d'environ 15 milliards d'euros dans le texte initial, ont été ramenées à environ 9 milliards d'euros dans le texte adopté (dans chaque cas à peu près également réparties entre recettes et dépenses).

Dans le cas du PLFSS pour 2026, les mesures ont été ramenées d'environ 13 milliards d'euros dans le texte initial à 6 milliards d'euros dans le texte adopté (l'effort, exclusivement sur les dépenses dans le texte initial, reposait pour les trois quarts sur les recettes dans le texte adopté).

---

[1] *Selon lequel* « le texte élaboré par la commission mixte peut être soumis par le Gouvernement pour approbation aux deux Assemblées ».

C. LA DISCUSSION DU PLFSS POUR 2027 : LE REJET DU TEXTE EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Le 23 octobre 2026, l'Assemblée nationale n'a pas adopté la partie « recettes » du PLFSS pour 2027, entraînant le rejet de l'ensemble du texte[1].

Sur les 138 votants, 115 ont voté contre, 22 se sont abstenus et 1 a voté pour.

Aucun amendement n'ayant, du fait de ce rejet, été adopté par l'Assemblée nationale, le texte transmis au Sénat est le texte initial.

III. UN OBJECTIF DE DÉFICIT 2027 SOUMIS À DE FORTS ALÉAS

A. UN DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI, SELON LE PLFSS, PASSERAIT DE 21,8 MILLIARDS D'EUROS EN 2026 À 12,7 MILLIARDS D'EUROS EN 2027

Les prévisions de recettes, de dépenses et de solde de la sécurité sociale pour 2027 sont synthétisées par le tableau ci-après.

Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour l'année 2026

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	269,3	277,1	- 7,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	18,0	19,5	- 1,5
Famille	61,8	60,2	1,6
Vieillesse	311,4	316,2	- 4,8
Autonomie	44,2	44,4	- 0,2
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés	**683,7**	**696,4**	**- 12,7**

Source *: Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027*

[1] *En effet, l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale prévoit que «* la partie du projet de loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant l'adoption par la même assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour la même année ».

1. En 2026, un déficit supérieur de 2,4 milliards d'euros à la prévision, du fait de recettes peu dynamiques

a) Un déficit 2026 quasi stable, l'effort réalisé ne suffisant pas à compenser le faible dynamisme des recettes

La commission s'est efforcée, à titre indicatif, de décomposer l'évolution du déficit prévisionnel de la sécurité sociale en 2026 entre ses principaux facteurs.

Cette décomposition, « économique », repose sur la notion d'effort structurel, correspondant à la part discrétionnaire d'évolution du déficit[1].

L'intérêt de la notion d'effort structurel

Dans le cas des dépenses, l'effort structurel correspond aux économies par rapport à une situation où elles progresseraient conformément à la croissance de long terme de l'économie. Cela présente l'avantage de prendre pour référence non l'absence d'économies, mais la croissance maximale des dépenses qu'il est possible de soutenir sur la durée.

Cela évite de donner l'impression d'un effort considérable sur la dépense, alors qu'un certain montant d'économies est nécessaire rien que pour éviter une aggravation du déficit. En particulier, depuis une quinzaine d'années les économies sur l'Ondam sont habituellement d'environ 4 milliards d'euros par an. Elles ont pour objet non de réduire le déficit, mais d'éviter que celui-ci ne s'aggrave, les dépenses de santé tendant structurellement à augmenter plus rapidement que le PIB.

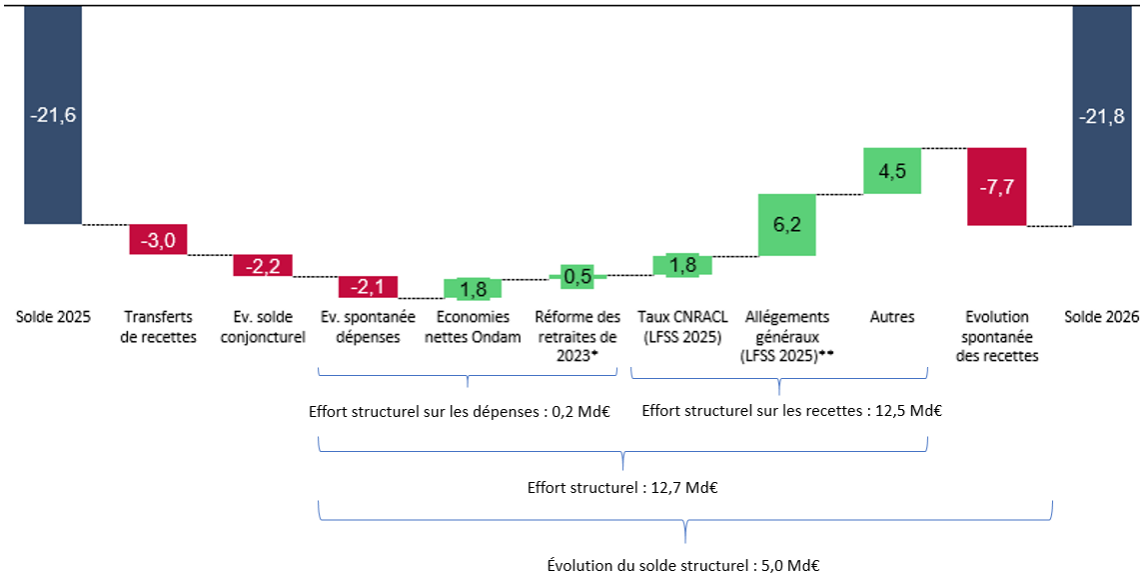
Dans le cas des recettes, l'effort structurel correspond aux mesures nouvelles, c'est-à-dire aux changements par rapport à l'année précédente correspondant à l'entrée en vigueur de nouvelles normes juridiques ou à la montée en puissance ou au passage en année pleine de mesures adoptées antérieurement.

La notion est présentée plus précisément par un encadré *infra*.

[1] *Les notions de solde structurel et d'effort structurel sont explicitées par l'encadré à la suite du graphique.*

Décomposition « économique » indicative de l'évolution du solde de la sécurité sociale entre 2025 et 2026

(en milliards d'euros)



Un montant positif (bâtons verts) correspond à une amélioration du solde, un montant négatif (bâtons rouges) à une dégradation du solde.

Lecture : En 2026, l'écart de l'évolution spontanée des dépenses par rapport à celle du PIB potentiel dégraderait le solde de 2,2 milliards d'euros.

* Ce chiffrage prend en compte l'effet sur les dépenses de la suspension de la réforme des retraites par la LFSS pour 2026 (coût de 0,1 Md€ en 2026).

** Selon le Gouvernement, le passage à la RGDU au 1er janvier 2026 n'a pas modifié le montant des allégements généraux. En revanche, la répartition de son coût entre la sécurité sociale d'une part, l'Unédic et l'Agirc-Arrco d'autre part, a été modifiée. Le montant de 6,2 Md€ traduit ce phénomène pour la sécurité sociale. Il a été compensé par une réduction de la TVA affectée à la sécurité sociale (englobée dans les transferts nets de recettes de 3 Md€, comprenant également des augmentations de ressources affectées).

Solde effectif : PLFSS pour 2027. Soldes conjoncturel et structurel calculés par la commission des affaires sociales d'après les estimations du PIB potentiel de la Commission européenne (mai 2026). Économies nettes Ondam : économies brutes de 5,3 Md€ (4,4 Md€ de mesures initiales, plus 0,3 Md€ de mesures en cours d'année et 0,6 Md€ de gel) moins mesures coûteuses de 3,5 Md€ (source : annexe 5 au PLFSS pour 2027). Impact de la réforme des retraites sur les dépenses : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2026. Mesures nouvelles sur les recettes : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2026 et annexe 3 au PLFSS.

CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Ondam : Objectif national de dépenses d'assurance maladie. RGDU : réduction générale dégressive unique.

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les sources indiquées*

(1) Un effort structurel important mais une réduction du déficit quasiment nulle, du fait de recettes peu dynamiques

La décomposition ci-avant permet de mettre en évidence le caractère paradoxal de la quasi-stabilité du déficit en 2026. D'une part, l'effort structurel serait historiquement élevé, à 12,7 milliards d'euros. D'autre part, cet effort serait quasiment annulé par des transferts nets de recettes à l'État (3 milliards d'euros), l'augmentation du déficit conjoncturel (2,2 milliards d'euros) et, surtout, le fait que les recettes tendent spontanément à augmenter moins vite que le PIB (7,7 milliards d'euros).

Le faible dynamisme spontané des recettes en 2026, qui n'est pas spécifique à celles de la sécurité sociale[1], s'explique en particulier par celui des cotisations. En effet, la composition de la croissance et la dégradation du marché du travail ont eu pour effet de susciter une croissance de la masse salariale inférieure à celle de l'activité (1,6 % contre 2,0 %).

(2) Un effort structurel reposant en quasi-totalité sur les recettes

Ce graphique permet également de mettre en évidence le fait que la quasi-totalité de l'effort structurel reposerait sur les recettes. En effet, les modifications apportées au PLFSS pour 2026 par l'Assemblée nationale se sont traduites par la quasi-disparition des mesures relatives aux dépenses[2].

Par ailleurs, sur les 12,5 milliards d'euros de mesures d'augmentation des recettes, 3,7 milliards d'euros correspondraient à des transferts nets depuis l'État. En particulier, l'article 43 de la LFSS pour 2026, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général de sa commission des affaires sociales, prévoit la compensation de diverses niches sociales, dont la part salariale du dispositif en faveur des heures supplémentaires, pour un montant global de 2,4 milliards d'euros.

[1] *Au total, selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2027, l'élasticité des prélèvements obligatoires au PIB en valeur serait de seulement 0,7 (ratio entre une croissance spontanée des prélèvements obligatoires de 1,5 % et une croissance de l'activité de 2 %). Parmi les autres recettes peu dynamiques, on peut mentionner, notamment, l'accise sur les carburants (en net recul), l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés.*

[2] *Le gel des prestations, correspondant à un gain de 2,5 milliards d'euros selon le texte initial, a été totalement abandonné. Par ailleurs, les économies nettes sur l'Ondam, de 6 milliards d'euros selon le texte initial, ont été ramenées à moins de 2 milliards d'euros.*

Le solde structurel et l'effort structurel

Le solde structurel

Le solde public structurel se définit comme ce que serait le solde des administrations publiques (APU) si le PIB était égal à son niveau potentiel, en supposant que les recettes rapportées au PIB tendent spontanément à rester stables (on dit que leur « élasticité » au PIB est égale à 1).

En pratique, le PIB est habituellement au-dessus ou en dessous de son niveau potentiel. Cet écart, dit « écart de production » (ou *output gap*), a pour effet de modifier le ratio dépenses/PIB. Comme on suppose que les recettes rapportées au PIB tendent spontanément à rester stables, cet écart du ratio dépenses/PIB correspond au solde dit conjoncturel, dépendant des fluctuations de l'activité économique. La différence entre le solde total et le solde conjoncturel est le solde structurel.

Au niveau de l'ensemble des administrations publiques, comme les dépenses sont de près de 60 points de PIB, le solde conjoncturel est égal à l'écart de production multiplié par environ 0,6.

Dans le cas des administrations de sécurité sociale, qui correspondent à environ la moitié des dépenses publiques, le solde conjoncturel est égal à l'écart de production multiplié par environ 0,3 ; le coefficient est d'environ 0,2 pour la sécurité sociale.

L'estimation du solde structurel dépend donc fortement de l'estimation de l'écart de production.

Par exemple, dans le cas de l'année 2025, selon le rapport économique, social et financier (Resf) annexé au PLF pour 2027, le PIB était supérieur de 0,2 point à son niveau potentiel, alors que selon les prévisions économiques de mai 2026 de la Commission européenne, il était inférieur de 0,6 point à son potentiel. Il en résulte, pour 2025, un déficit structurel des administrations publiques estimé à 5,2 points de PIB par le Resf et à 4,7 points de PIB par la Commission européenne (pour un déficit effectif de 5,1 points de PIB)[1].

L'effort structurel

L'effort structurel est une notion introduite par le ministère du budget au sujet du projet de loi de finances pour 2004. Il s'agit de l'évolution du solde structurel, corrigée de l'évolution spontanée du ratio recettes/PIB (découlant des fluctuations spontanées de l'élasticité des recettes au PIB).

Concrètement, il se définit comme la somme (en points de PIB) de la diminution du ratio dépenses/PIB potentiel et des mesures nouvelles sur les recettes.

[1] *Selon les hypothèses du Resf, le solde conjoncturel de l'ensemble des administrations publiques est d'environ 0,6×écart de production de 0,2≈0,1 point de PIB, donc le solde structurel est d'environ -5,1-0,1=-5,2 points de PIB. Selon les hypothèses de la Commission européenne, le solde conjoncturel de l'ensemble des administrations publiques est d'environ 0,6×écart de production de -0,6≈-0,4 point de PIB, donc le solde structurel est d'environ -5,1+0,4=-4,7 points de PIB.*

b) Un déficit 2026 revu à la hausse de 2,4 milliards d'euros

Le déficit serait de 21,8 milliards d'euros en 2026, ce qui représente un dérapage de 2,4 milliards d'euros par rapport à la prévision de la LFSS pour 2026 (19,4 milliards d'euros).

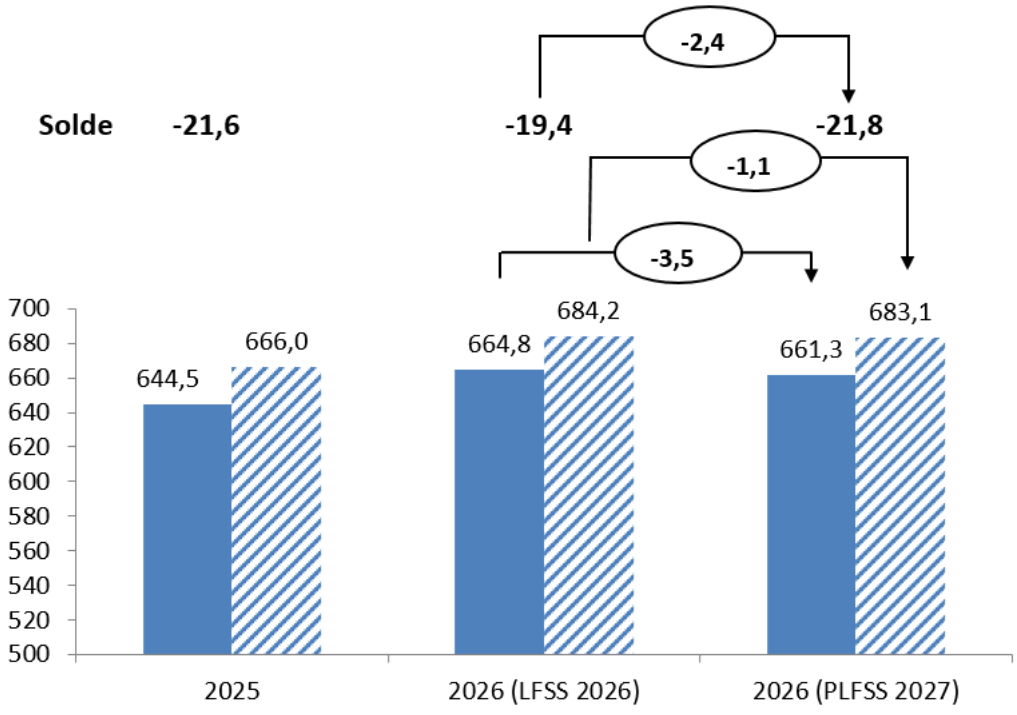
Cette révision est principalement liée à de moindres recettes (- 3,5 milliards d'euros), en lien avec la dégradation des perspectives macroéconomiques.

Les dépenses seraient inférieures de 1,1 milliard d'euros à la prévision.

Ce montant correspond exactement à la révision à la baisse de 1,1 milliard d'euros de l'Ondam, sous l'effet de mesures réglementaires prises en 2026 (hausse des plafonds des participations forfaitaires et franchises de 50 euros à 70 euros, pour 0,3 milliard d'euros, et annulation des crédits mis en réserve hors coefficient prudentiel, pour 0,6 milliard d'euros). Ainsi, l'Ondam augmenterait de 2,8 %, contre 3,1 % selon la LFSS pour 2026.

Recettes et dépenses de la sécurité sociale en 2026

(en milliards d'euros)



Les bâtons pleins correspondent aux recettes, les bâtons hachurés aux dépenses.

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

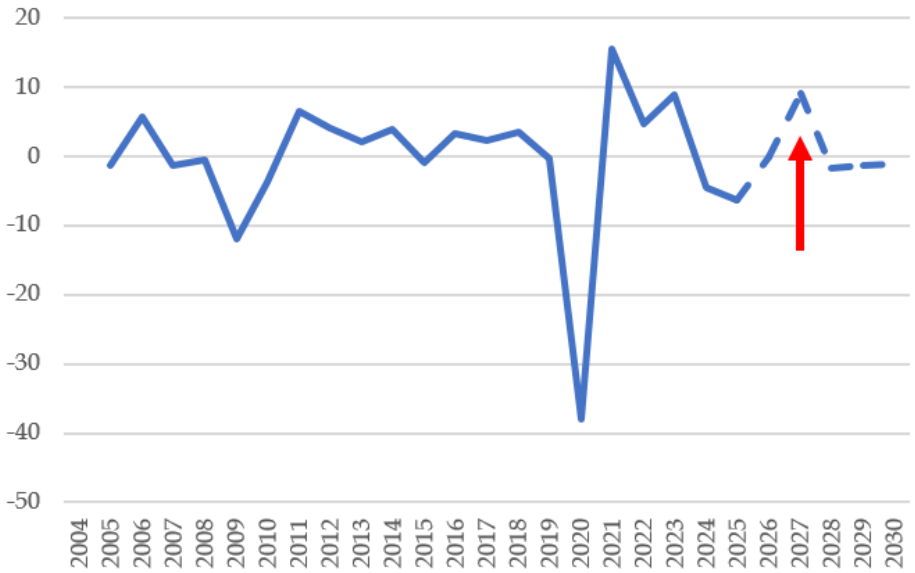
2. Selon le PLFSS, une réduction du déficit « historique » de 9,1 milliards d'euros en 2027

En 2027, le déficit connaîtrait une réduction particulièrement importante, de 9,1 milliards d'euros.

Au cours du dernier quart de siècle, une telle réduction n'a été dépassée qu'en 2021 (15,4 milliards d'euros), année marquée par l'amélioration « automatique » résultant de la sortie de la récession historique de 2020. En 2023, si la réduction du déficit n'a été que légèrement inférieure, à 8,9 milliards d'euros, elle était elle aussi essentiellement « automatique »[1].

Évolution du solde de la sécurité sociale par rapport à l'année précédente

(en milliards d'euros)



Source *: Données d'exécution, PLFSS pour 2027*

B. UN EFFORT PRÉVISIONNEL SUR LES DÉPENSES À RELATIVISER

Chiffrage des mesures

Les **chiffrages détaillés** des mesures figurant dans les annexes au PLFSS (annexe 3) et au PLF (rapport économique, social et financier, ou Resf) sont synthétisés en **annexe** au présent rapport.

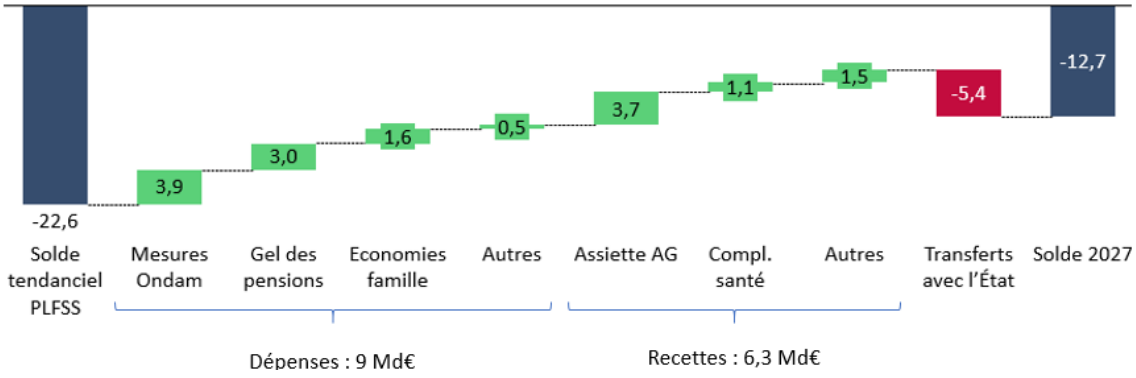
[1] *L'amélioration constatée en 2023 provenait majoritairement de la quasi-disparition des dépenses liées à la crise sanitaire et du contrecoup de l'anticipation de la revalorisation de certaines prestations au 1er juillet 2022.*

1. Un PLFSS qui annonce des mesures de 15 milliards d'euros, dont les deux tiers sur les dépenses

Si l'on s'en tient au seul PLFSS (y compris les mesures réglementaires associées), les mesures sont de plus de 15 milliards d'euros, dont près des deux tiers sur les dépenses, comme le montre le graphique ci-après.

Le présent PLFSS et les mesures réglementaires associées

(en milliards d'euros)



AG : allégements généraux.

	Montant	Base juridique
Solde tendanciel après mesures réglementaires de juin-septembre 2026	- 22,6	
Économies nettes sur l'Ondam	3,9	En quasi-totalité réglementaire
Gel des pensions supérieures à 1 260 euros	3,0	Art. 35 PLFSS
Économies sur la branche famille	1,6	Réglementaire
Autres mesures dépenses	0,5	-
Élargissement des rémunérations prises en compte pour le calcul des allégements généraux	3,7	Art. 7 PLFSS
Reconduction de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé	1,1	Art. 12 PLFSS
Autres mesures recettes	1,5	-
Transferts avec l'État	- 5,4	Art. 49 PLF
Solde 2027	- 12,7	

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'annexe 3 au PLFSS pour 2027*

a) En matière de dépenses, des mesures sur l'Ondam complétées par des mesures sur les retraites et la branche famille

(1) Des économies sur l'Ondam un peu plus élevées que d'habitude

Les **économies nettes sur l'Ondam, de 3,9 milliards d'euros**, résultent de mesures coûteuses de 1,2 milliard d'euros, compensées par des économies de 5,1 milliards d'euros.

Ces 5,1 milliards d'euros sont légèrement supérieurs aux mesures habituellement inscrites en LFSS, d'environ 4 milliards d'euros en moyenne, et qui ont pour objet d'éviter que l'Ondam augmente plus rapidement que le PIB, ce qui ne serait pas soutenable.

Ils correspondent aux mesures du tableau ci-après.

Les mesures d'économie sur l'Ondam

(en milliards d'euros)

	Montant
Produits de santé	2,1
Baisses de prix des médicaments	1,3
Baisses de prix des dispositifs médicaux	0,2
Mesures permettant de maîtriser le volume des produits de santé et instauration d'un dispositif de macro-régulation des dépenses de dispositifs médicaux	0,3
Augmentation du rendement de la contribution supplémentaire définie à l'article L. 245-6 pour les médicaments	0,1
Nouvelle contribution sur les flux financiers entre les groupements des pharmacies d'officines et les laboratoires pharmaceutiques	0,1
Indemnités journalières d'assurance maladie	1,0
Taux de remboursement et transferts vers les assurances maladie complémentaires	0,7
Transfert de charges vers les assurances maladie complémentaires sur le secteur hospitalier	0,5
Baisse du taux de prise en charge relative aux cures thermales	0,2
Efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux	0,9
Gains d'efficience attendus des établissements de santé	0,7
Efforts d'efficience demandés au secteur médico-social	0,2
Diverses mesures de renforcement de la pertinence des dépenses d'assurance maladie et de régulation tarifaire au titre des dépenses des professionnels de santé libéraux	0,3
Dotations au FMIS et au Fiss	0,2
Total	**5,1**

Fiss : Fonds pour l'innovation du système de santé. FMIS : Fonds de modernisation et d'investissement en santé.

***Source** : Direction de la sécurité sociale*

(2) Le gel des pensions de retraite, une mesure arithmétiquement inévitable

Compte tenu des montants respectifs des dépenses des différentes branches, et de la grande difficulté à réaliser des économies supérieures sur les dépenses de santé, la commission considère qu'il est inévitable d'agir sur le montant des pensions de retraite.

Le volet « dépenses » de la réforme des retraites de 2023 aurait dû contribuer à la réduction du déficit pour 0,7 milliard d'euros en 2027 (son rendement passant de 1,4 milliard d'euros en 2026 à 2,1 milliards d'euros en 2027). Toutefois, l'article 105 de la LFSS pour 2026 a suspendu cette réforme, dont le rendement supplémentaire sera donc nul en 2027.

En prenant également en compte les recettes, la suspension de la réforme des retraites doit dégrader en 2027 le solde de la sécurité sociale de 1,2 milliard d'euros. Pour l'ensemble du système de retraite, la dégradation du solde serait de 1,9 milliard d'euros.

Coût en 2027 de la suspension de la réforme des retraites de 2023

(en milliards d'euros)

	Montant
Sécurité sociale	1,2
État	0,1
Régimes complémentaires	0,7
Totalité du système de retraite	**1,9**

***Source** : Direction de la sécurité sociale, réponse au rapporteur général*

Le PLFSS propose (dans son article 35) un **gel des pensions de retraite**, mesure dont le Sénat avait approuvé le principe lors de la discussion du PLFSS pour 2026. Le gel ne pourrait concerner que les pensions supérieures à 1 260 euros. En supposant un gel total au-dessus de ce seuil, **le rendement attendu de la mesure est de 3 milliards d'euros** sur le périmètre de la sécurité sociale (4,1 milliards d'euros au total).

(3) Des économies de 1,6 milliard d'euros pour la branche famille

Afin d'aller plus loin en matière de maîtrise de la dépense, le PLFSS prévoit **des économies de 1,6 milliard d'euros** sur la branche famille.

(a) Le constat ralentissement des dépenses du Fnas

Le PLFSS suppose un ralentissement des dépenses du Fonds national d'action sociale (Fnas), suscitant une économie de 0,5 milliard d'euros par rapport au tendanciel.

Lors de son audition par la commission le 28 octobre 2026, Constance Bensussan, directrice générale de la Cnaf, a confirmé que, comme suggéré par l'annexe 3 au PLFSS[1], il s'agissait non d'une véritable mesure, mais de la correction de la surestimation des dépenses du Fnas dans le tendanciel, venant de la difficulté à créer des places en crèche.

[1] *L'annexe 3 indique qu'*« au vu de l'importance de la sous-exécution prévisionnelle pour 2026 et de la poursuite probable de cette tendance, il est retenu l'hypothèse d'une stabilité des dépenses du Fnas en 2027 ».

(b) Le gel des prestations familiales par voie réglementaire, une mesure à la légalité incertaine

Il est en outre prévu de geler les prestations familiales par voie réglementaire, pour une économie de 0,5 milliard d'euros.

• Contourner l'obligation législative d'indexer les prestations sur l'inflation

Selon le dossier de presse du PLF et du PLFSS, « *le montant de la base de calcul des prestations familiales sera (…) révisé au 1er avril prochain, afin que le montant de l'ensemble des prestations reste stable par rapport à 2026 après application de la revalorisation légale* ».

Cette procédure atypique a pour objet de permettre au Gouvernement de contourner les dispositions législatives du code la sécurité sociale, qui prévoient que les prestations familiales sont indexées sur l'inflation[1], de même que leurs plafonds de ressources[2].

Les montants des différentes prestations sont définis au niveau réglementaire sous la forme d'un pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), prévue par l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, et elle-même indexée sur l'inflation[3].

Il s'agirait, pour le Gouvernement, de modifier par voie réglementaire ces différents pourcentages.

• Un gel qui ne pose pas de problème de principe à la commission

La commission considère que la politique familiale revêt une importance essentielle, en particulier dans le contexte actuel de ralentissement démographique.

Toutefois, l'urgence immédiate est de réduire le déficit, ce qui implique de mettre la branche famille à contribution. Aussi, lors de la discussion du PLFSS pour 2026, la commission ne s'est pas opposée au gel des prestations familiales et de leurs plafonds de ressources, que le Gouvernement tentait alors de faire passer par voie législative (*cf*. encadré).

---

[1] *Article L. 161-25 du code de la sécurité sociale :* « La revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient au présent article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. »

[2] *L. 521-1, L. 522-2, L. 522-3, L. 531-2, L. 531-3, L. 543-1, L. 545-1, L. 755-16 et L. 755-16-1 du code de la sécurité sociale.*

[3] « Le montant des prestations familiales, à l'exception du complément de libre choix du mode de garde prévu à l'article L. 531-5 et de l'allocation journalière de présence parentale prévue à l'article L. 544-1, est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. »

La tentative de gel des prestations familiales et de leurs plafonds de ressources par le PLFSS pour 2026

L'article 44 du PLFSS pour 2026 prévoyait non seulement de geler les pensions de retraite, mais aussi de geler d'autres prestations, comme les prestations familiales (devant être revalorisées au 1er avril), dont par ailleurs les plafonds de ressources n'auraient pas été revalorisés (au 1er janvier).

Les économies pour la branche famille étaient évaluées à 0,3 milliard d'euros par an.

Cet article a été supprimé par l'Assemblée nationale en première lecture.

Le Sénat l'a rétabli avec modifications[1], sans remettre en cause le gel des prestations familiales et de leurs plafonds de ressources.

Il a été définitivement supprimé par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

• Un projet de gel des prestations familiales juridiquement fragile

On peut s'interroger sur la légalité du mécanisme juridique envisagé.

Certes, le pouvoir réglementaire peut tout à fait décider de modifier le montant d'une prestation donnée en réduisant le pourcentage, de nature réglementaire, de la BMAF, utilisé pour le définir.

Toutefois, dans le cas présent il s'agirait de réduire l'ensemble de ces pourcentages, dans le dessein explicite de **contourner l'obligation législative d'indexer les prestations sur l'inflation**.

Ce procédé pose un problème de principe. Par ailleurs, la solidité des futurs textes réglementaires en cas de recours contentieux ne paraît pas assurée.

(c) Une réforme de l'allocation de rentrée scolaire encore virtuelle

Enfin, il est prévu une « ***réduction de 0,6 milliard de la dépense au titre de l'allocation de rentrée scolaire*** »[2].

L'ARS coûtant environ 2 milliards d'euros par an, il s'agirait d'une **baisse d'environ un tiers**.

Pour mémoire, l'ARS est versée, sous conditions de ressources, pour chaque enfant âgé de 6 à 18 ans, qu'il soit écolier, étudiant ou apprenti. Son montant est autour de 450 euros par enfant[3].

---

[1] *En excluant du gel les retraites inférieures à 1 400 euros et l'allocation pour adulte handicapé (AAH).*

[2] *Source : annexe A au PLFSS.*

[3] *Montants en 2026 : 6-10 ans : 426,87 euros ; 11-14 ans : 450,41 euros ; 15-18 ans : 466,02 euros.*

Les principales caractéristiques de l'ARS sont fixées à l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale.

Selon les indications transmises au rapporteur général, les modalités de cette réduction ne sont pas encore définies.

b) En matière de recettes, une réduction massive des allégements généraux

(1) Le gel du Smic pris en compte pour le calcul des allégements généraux (par voie réglementaire) majore les recettes de 4,2 milliards d'euros en 2027

Le gel par voie réglementaire du Smic pris en compte pour le calcul des allégements généraux de cotisations patronales à celui du 1er janvier 2026 aura pour effet, sur le périmètre de la sécurité sociale, de réduire ces allégements de 2,1 milliards d'euros en 2026 et, du fait du passage en année pleine et de la légère revalorisation du Smic au 1er janvier 2027 prévue lors du de l'élaboration du PLFSS, 4,2 milliards d'euros en 2027 (5,6 milliards d'euros pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale[1]).

Bien que sa rédaction semble ne concerner que l'année 2026[2], le Gouvernement considère que le décret n° 2026-509 du 12 juin 2026, qui effectue ce gel, ne s'applique pas à cette seule année, mais présente un caractère pérenne.

(2) L'article 7 du PLFSS réduit les allégements généraux de 3,7 milliards d'euros supplémentaires

L'article 7 du PLFSS réduit les allégements généraux de 3,7 milliards d'euros supplémentaires, en incluant dans les rémunérations prises en compte pour leur calcul les sommes versées par l'employeur au titre du partage de la valeur et de l'épargne salariale.

Cette mesure est présentée en détail dans le commentaire de l'article 7 figurant dans le tome 2 du présent rapport.

(3) La pérennisation de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé par l'article 12 du PLFSS (1,1 milliard d'euros)

Parmi les principales mesures relatives aux recettes, on peut également mentionner la reconduction, par l'article 12 du PLFSS, de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé.

---

[1] *C'est-à-dire en incluant l'Unédic et les régimes complémentaires de retraite.*

[2] *L'article 2 du décret est ainsi rédigé :* « Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le lendemain de sa publication au *Journal officiel* et s'appliquent au calcul de la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale au titre de l'année 2026. » *Par ailleurs, l'objet figurant au début du décret est ainsi rédigé :* « Objet : le présent décret fixe pour 2026 la valeur du Smic à retenir pour l'appréciation de l'éligibilité à la réduction générale dégressive unique et pour le calcul de son coefficient. »

Cette contribution a été instaurée par l'article 13 de la LFSS pour 2026, pour un rendement attendu de 1,1 milliard d'euros[1].

Le rendement attendu de sa prorogation en 2027 serait également de 1,1 milliard d'euros.

La commission propose de supprimer cet article et de prévoir le transfert aux complémentaires santé de charges pour un montant équivalent (*cf. infra*).

2. À l'été 2026, des mesures de 6 milliards d'euros reposant aux deux tiers sur les recettes

Il faut toutefois également prendre en compte les mesures réglementaires prises à l'été 2026, de plus de 6 milliards d'euros.

Le Gouvernement les a prises de manière anticipée pour bénéficier d'un rendement dès 2026, mais aussi, peut-on supposer, pour éviter que leur association au PLFSS complique leur adoption.

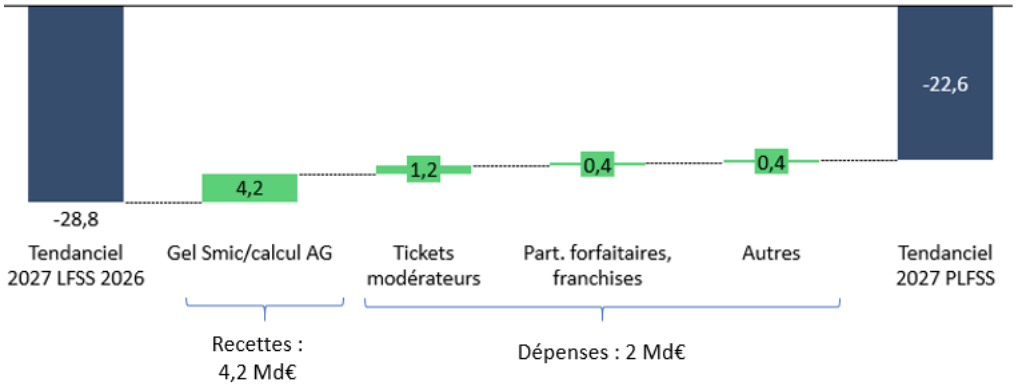
On calcule que sans elles, le déficit tendanciel pour 2027 serait de près de 29 milliards d'euros, au lieu de 22,6 milliards d'euros.

Elles reposent pour les deux tiers sur les recettes, conformément au graphique et au tableau ci-après.

[1] *Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2026.*

Effet sur le solde 2027 de la sécurité sociale des mesures réglementaires de juin-septembre 2026

(en milliards d'euros)



AG : allégements généraux.

Lecture : Si l'on soustrait au tendanciel 2027 indiqué par le PLFSS les mesures prises en juin-septembre 2026, ce tendanciel correspond à un déficit accru de 6,2 milliards d'euros.

	Montant	Base juridique	Source
Solde tendanciel 2027 avant mesures réglementaires de juin-septembre 2026	- 28,8		Calcul commission
Gel du Smic pour le calcul des allégements généraux	4,2	Décret n° 2026-509 du 12 juin 2026*	CCSS : 2,1 Md€ en 2026 Resf (APU) : MN de 2,8 Md€ en 2026 puis 2,8 Md€ en 2027
Tickets modérateurs	1,2	Décrets n° 2026-809, 2026-810, 2026-811 et 2026-812 du 21 août 2026	Cour des comptes**
Participations forfaitaires et franchises	0,4	Décret n° 2026-858 du 11 septembre 2026	
Plafond des IJ AT-MP abaissé à 1,8 Smic	0,2	Décret n° 2026-909 du 30 septembre 2026	
Exclusion des ALD non exonérantes de la prise en charge des transports sanitaires	0,1	Décret n° 2026-812 du 21 août 2026	
Durée des IJ des ALD non exonérante limitée à 12 mois	0,1	Décret n° 2026-866 du 16 septembre 2026	
Solde tendanciel après mesures réglementaires de juin-septembre 2026	- 22,6		

ALD : affections de longue durée. APU : administrations publiques. AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles. CCSS : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2026. IJ : indemnités journalières. Ondam : objectif national de dépenses d'assurance maladie. PLF : projet de loi de finances. Resf : rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

* Bien que la rédaction soit ambiguë, le Gouvernement considère que le décret n° 2026-509 du 12 juin 2026, qui gèle le Smic pris en compte à celui du 1er janvier 2026, ne s'applique pas à la seule année 2026, mais est pérenne (*cf.* commentaire de l'article 7 du PLFSS dans le tome 2 du présent rapport).

** *La situation financière de la sécurité sociale – un redressement impératif en 2027*, octobre 2026.

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les sources indiquées*

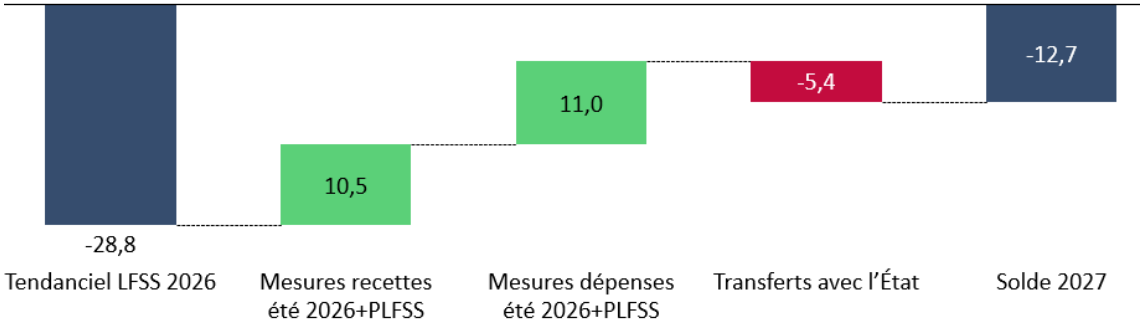
La principale mesure sur les recettes prise sur la période est le gel au 1er janvier 2026 du Smic pris en compte pour le calcul des allégement généraux de cotisations patronales. En l'absence de ce gel, les allégements généraux seraient en 2027 supérieurs de 4,2 milliards d'euros sur le périmètre de la sécurité sociale (et 5,6 milliards d'euros pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale).

3. En prenant en compte à la fois les mesures de l'été 2026 et du PLFSS, les mesures sont également réparties entre recettes et dépenses

Si l'on prend en compte les décrets de l'été 2026, les mesures apparaissent à peu près également réparties entre recettes et dépenses, conformément au graphique ci-après.

Répartition des mesures entre recettes et dépenses, en prenant en compte les mesures du PLFSS et les mesures réglementaires de juin-septembre 2026

(en milliards d'euros)



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les sources indiquées* supra

4. Si l'on retient une approche en termes d'effort structurel, l'effort prévu pour 2027 repose pour les deux tiers sur les recettes

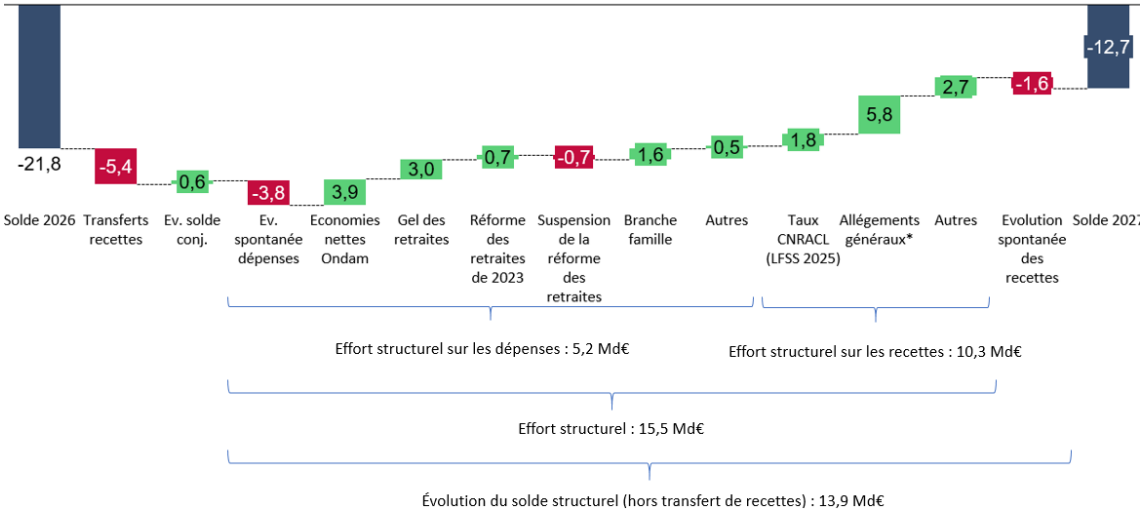
Comme indiqué *supra*, la simple comparaison des mesures sur les recettes et sur les dépenses ne permet pas véritablement de déterminer si l'effort porte principalement sur les recettes ou les dépenses. En effet, une partie des économies sur les dépenses ne sert pas à réduire le déficit rapporté au PIB, mais à éviter que la croissance de ces dépenses soit supérieure à la croissance de long terme de l'économie, ce qui augmenterait ce déficit et ne serait pas soutenable.

Aussi, la commission a réalisé une décomposition indicative du passage du solde prévisionnel de la sécurité sociale pour 2026 à son solde prévisionnel pour 2027, selon la méthodologie « économique », reposant sur la notion d'effort structurel, indiquée *supra*.

Selon cette approche, l'effort proposé pour 2027 reposerait pour un tiers sur les dépenses (environ 5 milliards d'euros) et pour les deux tiers sur les recettes (environ 10 milliards d'euros).

Décomposition « économique » indicative de l'évolution du solde de la sécurité sociale entre 2026 et 2027

(en milliards d'euros)



Lecture : Un montant positif (bâtons verts) correspond à une amélioration du solde, un montant négatif (bâtons rouges) à une dégradation du solde.

En 2027, l'écart de l'évolution spontanée des dépenses par rapport à celle du PIB potentiel dégraderait le solde de 3,8 milliards d'euros.

Les mesures sont présentées en « mesures nouvelles », c'est-à-dire, dans le cas de mesures mises en œuvre sur plusieurs années, en prenant seulement en compte l'évolution par rapport à l'année précédente. Les montants peuvent donc différer de ceux de l'annexe 3 du PLFSS (qui par ailleurs ne prend pas en compte certaines mesures, qu'elle inclut dans le tendanciel, comme la prorogation à 2027 du gel du Smic pris en compte pour le calcul de la RGDU, bien que le décret du 12 juin 2026 effectuant ce gel soit ambigu sur son application au-delà de 2026).

* Intégration de divers compléments de salaire dans le calcul de la RGDU par l'article 7 du PLFSS (3,7 Md€) et prorogation en 2027 du gel du Smic pris en compte pour le calcul de la RGDU (2,1 Md€).

	2025	**2026**	**2027**
Solde conjoncturel (niveau)	- 4,0	- 6,2	- 5,6
Solde structurel (niveau)	- 17,6	- 15,6	- 7,1
Solde effectif (niveau)	- 21,6	- 21,8	- 12,7
Évolution du solde effectif	**- 6,3**	**- 0,2**	**9,1**
A. Évolution du solde conjoncturel	- 2,1	- 2,2	0,6
B. Évolution du solde structurel (y. c. transferts de recettes)	- 4,2	2,0	8,5
dont :			
B1. Transferts de recettes	- 0,2	- 3,0	- 5,4
B2. Effort structurel	- 1,4	12,7	15,5
B.2.1. Effort structurel sur les dépenses	- 8,4	0,2	5,2
dont :			
Écart de l'évolution spontanée des dépenses par rapport à celle du PIB	- 14,2	- 2,1	- 3,8
Économies Ondam (MN)	5,1	5,3	5,1
Mesures coûteuses Ondam (MN)	ND	- 3,5	- 1,2

	2025	2026	2027
Gel des retraites	0,0	0,0	3,0
Réforme des retraites de 2023	0,7	0,6	0,7
Suspension de la réforme des retraites (LFSS pour 2026)	0,0	- 0,1	- 0,7
Branche famille*	0,0	0,0	1,6
Autres	0,0	0,0	0,5
B.2.2. Effort structurel sur les recettes	7,0	12,5	10,3
dont :			
Allégements généraux	*2,0*	*6,2***	*5,8****
Augmentation du taux de cotisation CNRACL (LFSS pour 2025)	*1,8*	*1,8*	*1,8*
Taxe exceptionnelle sur les complémentaires	*0,0*	*1,1*	*0,0*
Autres	*3,2*	*3,4*	*2,7*
B3. Différence entre l'évolution spontanée des recettes et celle du PIB potentiel	*- 2,6*	*- 7,7*	*- 1,6*
Evolution du solde structurel hors transferts de recettes (B2+B3)	*- 4,0*	*5,0*	*13,9*
Total des mesures sur les recettes (B1+B.2.2)	*6,8*	*9,5*	*4,9*
Pour mémoire :			
Réforme des retraites de 2023 (dépenses seules) (niveau)	*0,8*	*1,4*	*2,1*
Suspension de la réforme des retraites de 2023 (dépenses seules) (niveau)	*0,0*	*- 0,1*	*- 0,8*
Cotisation exceptionnelle sur les complémentaires (niveau)	*0,0*	*1,1*	*1,1*

* Gel des prestations familiales (0,5 Md€), ralentissement des dépenses du Fonds national d'action sociale (Fnas) (0,5 Md€), réduction de 0,6 Md€ de la dépense au titre de l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

** Selon le Gouvernement, le passage à la RGDU au 1er janvier 2026 n'a pas modifié le montant des allégements généraux. En revanche, la répartition de son coût entre la sécurité sociale d'une part, l'Unédic et l'Agirc-Arrco d'autre part, a été modifiée. Le montant de 6,2 Md€ traduit ce phénomène pour la sécurité sociale. Il a été compensé par une réduction de la TVA affectée à la sécurité sociale (englobée dans les transferts nets de recettes de 3 Md€, comprenant également des augmentations de ressources affectées).

*** Intégration de divers compléments de salaire dans le calcul de la RGDU par l'article 7 du PLFSS (3,7 Md€) et prorogation en 2027 du gel du Smic pris en compte pour le calcul de la RGDU (2,1 Md€).

Solde effectif : PLFSS pour 2027. Soldes conjoncturel et structurel calculés par la commission des affaires sociales d'après les estimations du PIB potentiel de la Commission européenne (mai 2026). Économies nettes Ondam : économies de 5,1 Md€ et mesures coûteuses de 1,2 Md€ (annexe 5 du PLFSS). Impact de la réforme des retraites sur les dépenses : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2026. Mesures nouvelles sur les recettes : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2026 et PLFSS pour 2027 (annexe 3).

CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. RGDU : réduction générale dégressive unique.

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les sources indiquées*

C. DES PRÉVISIONS QUI RESTENT SOUMISES À D'IMPORTANTS ALÉAS

1. La prévision de croissance de 1 % pour 2027 paraît hors de portée

Une première faiblesse du PLFSS est qu'il repose sur une **prévision de croissance de 1 % en 2027 qui semble hors de portée**.

Dans son avis du 25 septembre 2026 sur le PLF et le PLFSS pour 2027, la Haut Conseil des finances publiques jugeait la prévision de croissance pour 2027 « *optimiste* »[1]. En effet, elle était légèrement au-dessus du consensus des conjoncturistes, qui par ailleurs ne reposait pas sur l'hypothèse d'un ajustement budgétaire aussi important.

Au-delà des inévitables incertitudes et divergences d'analyse sur la situation économique, il résulte du profil de la croissance de 2026 qu'une croissance de 1 % en 2027 semble peu vraisemblable, pour des raisons essentiellement arithmétiques. En effet, il découle des prévisions de l'Insee de septembre 2026[2] que l'acquis de croissance en 2027, c'est-à-dire la croissance en 2027 si l'activité économique de chaque trimestre de 2027 correspondait à celle du dernier trimestre de 2026, serait de seulement 0,1 %. Pour approcher une croissance de 1 %, il faudrait une croissance trimestrielle de 0,3 %, soit 1,2 % en rythme annualisé, peu cohérente avec le contexte national et international (*cf.* graphique).

Selon les estimations publiées par l'Insee le 30 octobre 2026, la croissance du PIB aurait été de - 0,1 % (et non 0,1 %) au troisième trimestre 2026[3], ce qui fait encore s'éloigner la perspective d'une croissance de 1 % en 2027[4].

---

[1] « Pour l'année 2027, le scénario économique du Gouvernement retient une hypothèse de croissance de 1,0 %. Les prévisions de croissance des organismes auditionnés par le Haut Conseil, ou celles effectuées par d'autres prévisionnistes, se situent pour la plupart entre un et trois dixièmes en-dessous de celle du Gouvernement. Ces autres prévisions sont en général bâties sur des hypothèses de prix de l'énergie et de taux comparables à celles du Gouvernement, mais supposent un ajustement budgétaire plus limité. Le Haut Conseil estime quant à lui que le chiffre de croissance retenu par le Gouvernement apparaît comme optimiste au regard des dernières évolutions. »

[2] *Insee,* Vigilance orange sur la croissance*, note de conjoncture, 10 septembre 2026.*

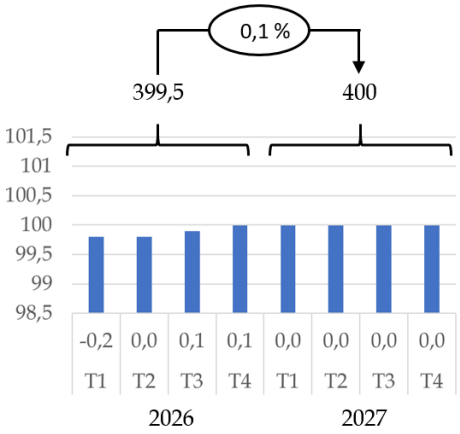
[3] *Insee,* Tableau de bord de la conjoncture*, 30 octobre 2026.*

[4] *On calcule que, sur cette base, l'acquis de croissance de 2027 est désormais nul, et la croissance trimestrielle nécessaire pour atteindre une croissance de 1 % est de 0,4 %, soit 1,6 % en rythme annualisé.*

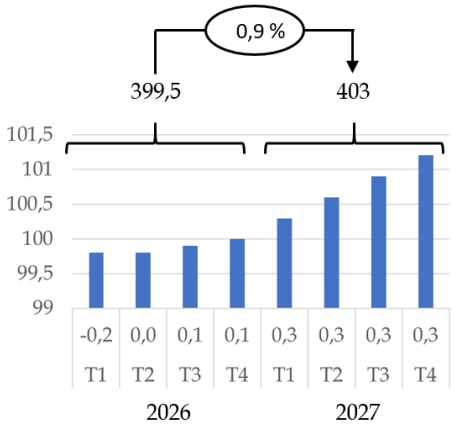
Croissance 2027 en moyenne annuelle résultant de différents scénarios de croissance trimestrielle

(niveau de PIB : 2025 T4 = 100 ; croissance en %)

Croissance trimestrielle nulle en 2027 (« acquis de croissance » 2027)



Croissance trimestrielle de 0,3 % en 2027



Lecture : Selon la note de conjoncture de l'Insee de septembre 2026, la croissance par rapport au trimestre précédent serait en 2026 de - 0,2 % au premier trimestre, 0,0 % au deuxième trimestre, 0,1 % au troisième trimestre et 0,1 % au quatrième trimestre. Si on suppose (graphique de gauche) que la croissance de trimestre à trimestre est nulle en 2027 (ce qui correspond à la notion d'acquis de croissance), en retenant comme base 100 le PIB du dernier trimestre 2025 le PIB 2026 est de 399,5 et le PIB 2027 de 400, ce qui correspond à une croissance du PIB en 2027 de 0,1 % en moyenne annuelle. De manière analogue, si on suppose (graphique de droite) que la croissance de trimestre à trimestre est de 0,3 % en 2027, la croissance du PIB est en 2027 de 0,9 % en moyenne annuelle.

***Source** : Calculs de la commission des affaires sociales du Sénat, d'après Insee,* Vigilance orange sur la croissance, *note de conjoncture, 10 septembre 2026*

2. Même si le PLFSS était adopté en l'état, des mesures d'amélioration du solde à confirmer

Le présent PLFSS se caractérise en outre par le fait que même si le PLFSS était adopté en l'état, d'importantes mesures d'amélioration du solde resteraient à confirmer. En effet, certaines mesures réglementaires ou de gestion peuvent sembler techniquement ou politiquement difficiles à prendre.

Bien qu'un tel chiffrage soit nécessairement approximatif, en première analyse, les sommes en jeu pourraient approcher **8 milliards d'euros**, conformément au tableau ci-après.

Chiffrage indicatif des principaux aléas relatifs aux mesures d'amélioration du solde (réglementaires ou de gestion) associées au PLFSS

(sur le périmètre de la sécurité sociale, en milliards d'euros)

	Chiffrage PLFSS	Chiffrage alternatif	Remarque
Prorogation du gel du Smic pris en compte pour le calcul des allégements généraux	4,2	0,0	Le Gouvernement considère que, malgré une rédaction qui semble le limiter à la seule année 2026 (*cf. supra*), le décret du 12 juin 2026 effectuant ce gel pour l'année 2026 est d'application pérenne. Dans le cas du PLFSS 2026, le Gouvernement avait renoncé à une mesure réglementaire de réduction des allégements généraux de 1,4 Md€.
Baisses de prix des médicaments et des dispositifs médicaux	1,5	1,0	Audition par la commission du président de la 6e chambre de la Cour des comptes, 21 octobre 2026 : « *C'est un montant qui nous paraît très élevé et qu'il nous paraît particulièrement difficile d'atteindre. Il nous semble plutôt probable que le montant soit* in fine *plus faible que celui prévu*. » Comité d'alerte** : « *Les montants d'économies projetés au titre des médicaments et des dispositifs médicaux pourraient s'avérer difficiles à réaliser intégralement. Ceux de 2025 l'ont été de manière incomplète*. »
Pertinence des produits de santé et de la prescription des dispositifs médicaux	0,3	0,2	Comité d'alerte** : « *Les économies attendues au titre de la pertinence des produits de santé et de la régulation de la prescription des dispositifs médicaux appellent une interrogation. Les délais d'adaptation du comportement des acteurs du système de santé pourraient contrarier la réalisation du montant attendu d'économies.* »
Indemnités journalières d'assurance maladie	1,0	0,0	Les partenaires sociaux doivent soumettre d'ici le 19 décembre 2026 des propositions pour réaliser l'économie projetée
Baisse du taux de prise en charge des cures thermales*	0,2	0,0	Le Gouvernement a dû renoncer lors de la discussion du PLFSS 2026 à cette mesure, à laquelle s'oppose la commission (*cf. infra*)
Gel des pensions de retraite supérieures à 1 260 euros	3,0	2,0	Cour des comptes, octobre 2026** : « [La] *possibilité de revalorisation en cours d'année n'est pas provisionnée dans la prévision de déficit soumise à l'approbation du Parlement*. » La commission propose de supprimer cette possibilité (*cf. infra*).
Gel des prestations familiales	0,5	0,0	Fragilité juridique de la voie retenue, purement réglementaire (*cf. supra*)
Réforme de l'allocation de rentrée scolaire	0,6	0,3	Cour des comptes, octobre 2026*** : « *Le paramétrage précis de cette dernière mesure doit faire l'objet de concertations à venir*. »

	Chiffrage PLFSS	Chiffrage alternatif	Remarque
Total	**11,3**	**3,4**	
Écart		**- 7,9**	
dont :			
Recettes		**- 4,2**	
Dépenses		**- 3,7**	

HAS : Haute Autorité de santé.

* Le Gouvernement prévoit de réaliser 0,7 milliard d'euros de transferts aux complémentaires santé, dont 0,2 milliard pour les cures thermales. Le dossier de presse indique que « *le Gouvernement souhaite engager (…) des travaux avec les organismes complémentaires* ». À l'exception des cures thermales (pour le comité d'alerte), ni la Cour des comptes ni le comité d'alerte ne mentionnent ces transferts parmi les aléas.

** Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale – un redressement impératif en 2027*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2026.

*** Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, avis n° 2026-3, 21 octobre 2026.

***Source** : Commission des affaires sociales*

a) S'agissant des mesures sur les dépenses, des aléas de 4 milliards d'euros

Comme la Cour des comptes le souligne dans sa récente communication[1] à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, « *plusieurs économies ne sont à ce jour pas définies car renvoyées à la négociation (indemnités journalières, allocation de rentrée scolaire), ne sont pas assurées (produits de santé), ou ne sont pas provisionnées dans les comptes (latitude laissée à un dégel différencié des retraites)* ».

Dans le cas de la réforme des indemnités journalières (IJ), chiffrée à 1 milliard d'euros et renvoyée à la négociation avec les partenaires sociaux, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie la juge suffisamment aléatoire pour préciser que « *dans l'éventualité où cette dernière économie ne serait pas réalisée, le sous-objectif des soins de ville progresserait en 2027 de 1,9 % (au lieu de 1,0 %) et l'Ondam global de 2,4 % (au lieu de 2,0 %)* »[2].

Dans le cas du gel des retraites, l'article 35 du PLFSS prévoit la possibilité de réaliser des revalorisations par voie réglementaire en cours d'année.

[1] *Cour des comptes,* La situation financière de la sécurité sociale – un redressement impératif en 2027, *communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2026.*
[2] *Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, avis n° 2026-3, 21 octobre 2026.*

On peut ajouter à cette liste la réduction de la prise en charge des cures thermales (0,2 milliard d'euros), à laquelle le Gouvernement avait dû renoncer en 2026, et à laquelle s'oppose la commission (*cf. infra* et commentaire de l'article 19) ; et le gel des prestations familiales (0,5 milliard d'euros), le Gouvernement prévoyant de contourner la loi par un dispositif purement réglementaire, juridiquement fragile (*cf. supra*).

Si l'ensemble des aléas relatifs à l'Ondam (prix des médicaments et dispositifs médicaux, pertinence, IJ maladie, cures thermales) se concrétisaient conformément au tableau ci-avant, la croissance de l'Ondam en 2027 serait de 2,7 %, et non 2 %.

b) S'agissant des mesures sur les recettes, un aléa de 4 milliards d'euros

Un autre aléa concerne la prorogation du gel du Smic pris en compte pour le calcul des allégements généraux, sans laquelle les recettes seraient réduites de 4,2 milliards d'euros (5,6 milliards d'euros sur le périmètre de l'ensemble des administrations publiques).

Comme indiqué *supra*, le Gouvernement considère que, malgré une rédaction ambiguë, le décret du 12 juin 2026 effectuant ce gel pour l'année 2026 est d'application pérenne.

On rappelle toutefois que dans le cas du PLFSS 2026, le Gouvernement avait renoncé à une mesure réglementaire de réduction des allégements généraux de 1,4 milliard d'euros.

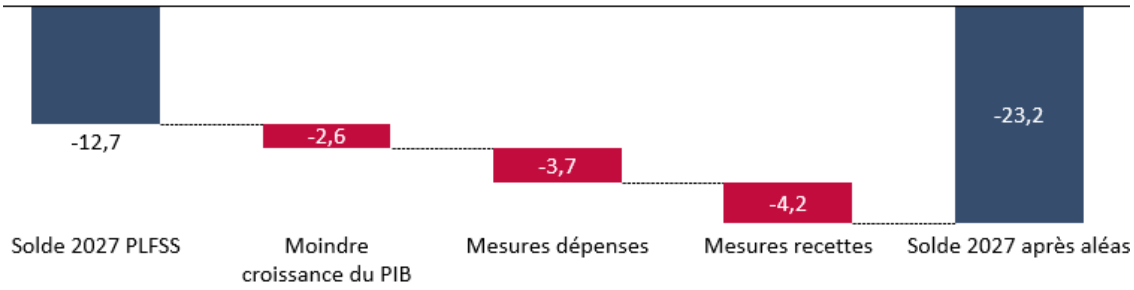
3. Un déficit 2027 qui, sur la base du texte actuel du PLFSS, pourrait dépasser 23 milliards d'euros

Au total, en retenant par convention une hypothèse de croissance du PIB de 0,5 %[1] en 2027, et en supposant que les risques mentionnés *supra* sur la mise en œuvre des mesures non législatives se concrétisent, le déficit de la sécurité sociale pourrait dépasser 23 milliards d'euros en 2027.

[1] *Correspondant en 2027 à une croissance trimestrielle comprise entre 0,1 % et 0,2 % par an.*

Solde 2027 de la sécurité sociale, en cas de matérialisation des principaux aléas

(sur le périmètre de la sécurité sociale, en milliards d'euros)



Moindre croissance du PIB : croissance de 0,5 % au lieu de 1 %. Aléas sur les mesures non législatives relatives aux dépenses et aux recettes : *cf. supra*.

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

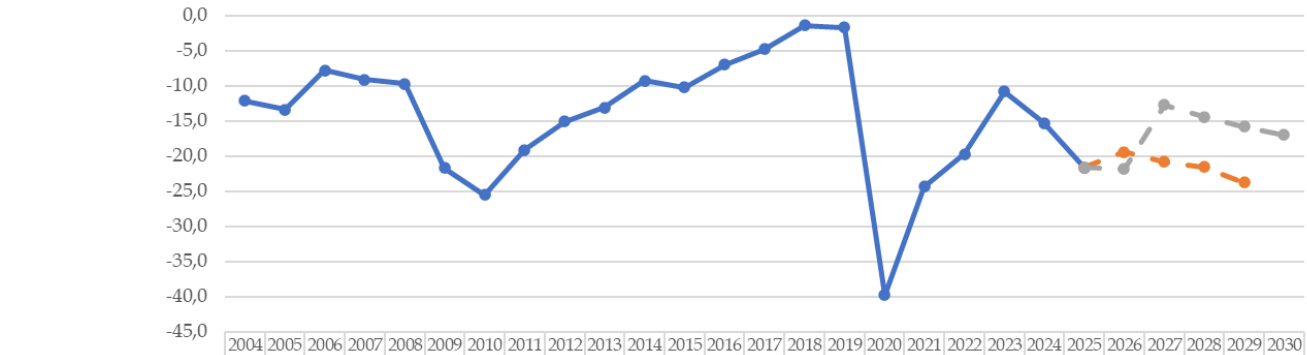
IV. DES PROJECTIONS À MOYEN TERME PRÉOCCUPANTES

A. SELON LA PROJECTION ANNEXÉE AU PLFSS, LE DÉFICIT ATTEINDRAIT 17 MILLIARDS D'EUROS EN 2030

Selon la projection figurant dans l'annexe A au PLFSS, au-delà de 2027, le déficit reprendrait sa hausse, conformément au graphique ci-après.

Solde de la sécurité sociale

(en milliards d'euros)



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Solde (exécution)	-12,1	-13,4	-7,8	-9,1	-9,7	-21,7	-25,5	-19,1	-15,1	-13,1	-9,3	-10,2	-7,0	-4,8	-1,4	-1,7	-39,7	-24,3	-19,7	-10,8	-15,3	-21,6					
Solde (LFSS 2026)																						-21,6	-19,4	-20,8	-21,5	-23,7	
Solde (PLFSS 2027)																						-21,6	-21,8	-12,7	-14,4	-15,8	-17,0

Source *: D'après les LFSS et le PLFSS pour 2027*

En effet, par convention, la projection financière pluriannuelle annexée aux LFSS suppose qu'aucune mesure particulière n'est prise, à l'exception de celles nécessaires pour respecter l'objectif de croissance de l'Ondam (2 % en 2027 et 2,9 % par an de 2028 à 2030, contre 2,9 % par an de 2027 à 2029 selon la LFSS pour 2026).

Ces projections s'appuient sur des hypothèses de croissance du PIB de 0,5 % en 2026 et 1 % en 2027, cette dernière prévision étant on l'a vu optimiste. Au-delà, la croissance serait de 1,1 % en 2028 et 2029 et 1,2 % en 2030, ce qui est proche de la croissance potentielle.

B. DES PROJECTIONS À MOYEN TERME OPTIMISTES

1. Les projections pour les différentes branches sont vraisemblables sous réserve que les hypothèses de croissance du PIB et de l'Ondam soient vérifiées

La commission, afin d'apprécier le réalisme des prévisions à moyen terme de l'annexe à la future LFSS, a réalisé des projections, sur la base d'hypothèses simples (*cf*. encadré).

Dans un premier scénario, elle a retenu les hypothèses de croissance du PIB et de l'Ondam du PLFSS. Les résultats sont proches de ceux du PLFSS. Cela confirme la cohérence de la prévision du PLFSS.

Comparaison de la programmation à moyen terme du PLFSS et des projections de la commission, en retenant les hypothèses de croissance du PIB et de l'Ondam du Gouvernement

(solde des Robss et du FSV, en milliards d'euros)

	2025	2026	2027	2028	2029	2030
PLFSS pour 2027	- 21,6	- 21,8	- 12,7	- 14,4	- 15,8	- 17,0
Projections de la commission des affaires sociales			- 12,8	- 13,7	- 14,4	- 16,9
Écart			- 0,1	0,7	1,4	0,1

Robss : régimes obligatoires de base de sécurité sociale. FSV : Fonds de solidarité vieillesse.

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat*

Principales hypothèses retenues pour les projections de la commission

Dépenses de retraite : taux de croissance en volume correspondant aux projections du COR de juin 2026 (pour l'ensemble du système de retraites).

Élasticité des recettes au PIB en valeur : 0,9.

Mesures nouvelles sur les recettes : rapport à la CCSS d'octobre 2026 et annexe 3 du PLFSS pour 2027.

Mesures nouvelles sur les dépenses : annexe 3 du PLFSS pour 2027.

Croissance du PIB en volume : dans le scénario ci-avant, hypothèses du PLFSS (1 % en 2027, 1,1 % en 2028 et 2029, et 1,2 % en 2030) ; dans le scénario de la commission, 0,5 % en 2027 et 1 % ensuite.

Croissance de l'Ondam en valeur : dans le scénario ci-avant, hypothèses du PLFSS (2 % en 2027 et 2,9 % ensuite) ; dans le scénario de la commission, 2,5 % en 2026 puis 3,5 % par an.

Les mesures hors Ondam sont supposées conformes aux chiffrages du PLFSS.

CCSS : commission des comptes de la sécurité sociale. COR : Conseil d'orientation des retraites. Ondam : objectif national de dépenses d'assurance maladie. PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale.

2. Des hypothèses de croissance du PIB moins favorables et l'absence d'économies sur l'Ondam pourraient conduire à un déficit de près de 30 milliards d'euros en 2030

Toutefois, les hypothèses de croissance du PIB et de l'Ondam du Gouvernement peuvent sembler optimistes.

En ce qui concerne la croissance du PIB :

- s'agissant de 2027, la prévision du Gouvernement de 1 % est manifestement hors d'atteinte (*cf. supra*). On retient dans le présent scénario une hypothèse conventionnelle de 0,5 % ;

- s'agissant des années suivantes, par convention, on retient une hypothèse de croissance du PIB de 1 % par an de 2027 à 2030[1].

En ce qui concerne la croissance de l'Ondam, la commission fait par convention l'hypothèse que dans le cas de 2027 certains aléas sur les mesures indiqués *supra* se matérialisent, portant la croissance de l'Ondam à 2,5 % (au lieu de 2 %). Pour les années suivantes, les mesures d'économie devant permettre de la ramener à 2,9 % à partir de 2028 ne sont pas explicitées. La commission retient une hypothèse conventionnelle de croissance de

[1] *Ce scénario prudent (la croissance étant égale, voire légèrement inférieure à son potentiel) peut se justifier, notamment, par l'hypothèse d'un effort substantiel de réduction du déficit public.*

l'Ondam de 3,5 % à partir de 2028, correspondant à sa croissance spontanée telle qu'évaluée par la Mecss du Sénat[1].

Par convention, on suppose qu'en 2027, Ondam excepté, l'ensemble des mesures sont conformes aux chiffrages du PLFSS. Ce scénario n'est donc pas particulièrement défavorable. Il s'agit de ce que l'on peut raisonnablement attendre d'un scénario à politiques inchangées, en supposant que le Gouvernement parvient à mettre en œuvre la quasi-totalité des mesures prévues.

Ces hypothèses moins optimistes conduisent à des résultats substantiellement différents de ceux du PLFSS, avec un déficit de 16,6 milliards d'euros en 2027 (au lieu de 12,7 milliards d'euros) et de près de 30 milliards d'euros en 2030 (contre 17 milliards d'euros selon le PLFSS).

Comparaison de la programmation à moyen terme du PLFSS et des projections de la commission, en retenant des hypothèses de croissance du PIB et de l'Ondam moins favorables*

(solde des Robss et du FSV, en milliards d'euros)

	2025	2026	2027	2028	2029	2030
PLFSS pour 2027	- 21,6	- 21,8	- 12,7	- 14,4	- 15,8	- 17,0
Projections de la commission des affaires sociales	- 21,6	- 21,8	- 16,6	- 19,9	- 23,0	- 28,6
Écart			- 3,9	- 5,5	- 7,2	- 11,6

* Hypothèse de croissance du PIB en volume : 0,5 % en 2027 et 1 % ensuite ; hypothèse de croissance de l'Ondam en valeur : 2,5 % en 2026 et 3,5 % ensuite.

Ondam : objectif national de dépenses d'assurance maladie. PIB : produit intérieur brut. Robss : régimes obligatoires de base de sécurité sociale. FSV : Fonds de solidarité vieillesse.

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat*

Les finances de la sécurité sociale sont très sensibles à divers aléas (*cf*. tableau ci-après). Ainsi, sans mesure supplémentaire par rapport à celles déjà prévues, la situation pourrait être beaucoup plus dégradée que ce que suggère le PLFSS.

[1] *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.*

Sensibilité des prévisions à divers aléas

(en milliards d'euros)

	Montant
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	2,74
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'Ondam	2,65
Inflation : impact (en année pleine) d'une hausse de 1 point du taux d'inflation sur la revalorisation légale des prestations	3,37
Consommation : impact d'une hausse de 1 % de la TVA	0,50

***Source** : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2026*

V. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SÉNAT POUR RAMENER LES FINANCES SOCIALES À L'ÉQUILIBRE

A. POUR L'ANNÉE 2027, DONNER LA PRIORITÉ À LA RÉDUCTION DU DÉFICIT

1. Faute de réformes structurelles et d'augmentation de la quantité de travail, le Gouvernement est contraint d'augmenter subsantiellement les recettes

a) L'absence de réformes structurelles

Dans le cas des dépenses, le présent PLFSS propose essentiellement des mesures paramétriques ou de périmètre.

À titre d'illustration, le tableau ci-après, issu d'un rapport de 2025 de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, synthétise les préconisations faites en 2025, relatives à la branche maladie, par la Cour des comptes et la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

Bien que ne suggérant pas un « grand soir », ces mesures vont pour la plupart au-delà du type de celles prévues par le présent PLFSS.

Les propositions de mesures d'amélioration du solde à moyen terme de la Cour des comptes et de la Cnam (2025)

(en milliards d'euros)

	Amélioration du solde en 2029 (Cour des comptes) ou 2030 (Cnam)	
	Cour des comptes	**Cnam**
Lutte contre la fraude	**1,5**	**3,0**
« Mieux lutter contre les fraudes dans les trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam » (proposition n° 1)	1,5	
« Lutte contre les fraudes »		3,0
Prévention /prise en charge des maladies chroniques	**1,4**	**0,5**
« Améliorer la détection et la prise en charge des maladies chroniques » (proposition n° 6)	0,4	
« Améliorer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et viser une réduction des chutes et des décès induits » (proposition n° 7)	1,0	
« Développer la prévention secondaire et tertiaire pour réduire la prévalence des maladies chroniques et leurs complications »		0,5
Pertinence des soins	**4,4**	**4,0**
« Amplifier la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et réduire les écarts de dépenses de santé atypiques constatés entre départements » (proposition n° 2)	2,8	
« Poursuivre le virage ambulatoire dans les établissements de santé » (proposition n° 8)	0,8	
« Viser l'amélioration de la qualité des soins pour réduire les évènements indésirables graves en établissements de santé » (proposition n° 9)	0,8	
« Efficience et pertinence : déployer à large échelle une politique de sécurisation des prescriptions et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système »		4,0
Parcours de soins/carte sanitaire	**1,0**	**2,0**
« Dans la perspective d'organisation régionale des parcours de soins, restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garanties suffisantes en termes de qualité et de sécurité des soins » (proposition n° 10)	1,0	
« Organisation des parcours et du lien ville-hôpital : mieux prendre en charge les pathologies chroniques »		2,0
Transferts aux complémentaires santé et aux usagers	**1,7**	**3,0**
« Dans une démarche partenariale et pluriannuelle avec les organismes complémentaires de santé, rééquilibrer les prises en charge des dépenses de santé » (proposition n° 11)	1,3	
« Mieux responsabiliser les assurés » (proposition n° 15)	0,4	
Stabilisation de la répartition des dépenses entre la sécurité sociale et les complémentaires santé par rapport à 2025		3,0
Produits de santé	**5,3**	**6,0**
« Poursuivre la baisse des prix des produits de santé et accentuer les actions en faveur de leur bon usage » (proposition n° 5)	5,3	
« Produits de santé : assurer une régulation compatible avec la soutenabilité de notre système de santé »		6,0

	Amélioration du solde en 2029 (Cour des comptes) ou 2030 (Cnam)	
	Cour des comptes	**Cnam**
Rémunération des professionnels de santé	**0,0**	**2,0**
« Régulation sectorielle : prévenir les phénomènes de rente et d'optimisation financière »		2,0
Efficience administrative	**0,6**	**0,0**
« Optimiser la gestion des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux publics et privés à but non lucratif » (proposition n° 4)	0,6	
Indemnités journalières	**0,5**	**2,0**
« En concertation avec les partenaires sociaux, alléger la charge pour l'assurance maladie obligatoire des indemnités journalières maladie des salariés » (proposition n° 13)	0,5	
« Arrêts de travail : ajuster les dispositifs de prise en charge des indemnités journalières »		2,0
Transport sanitaire	**0,3**	**0,0**
« Réduire la progression des dépenses de transport sanitaire » (proposition n° 3)	0,3	
Bonne pratique	**3,0**	**0,0**
« Réduire l'ampleur habituelle des mesures nouvelles en PLFSS » (proposition n° 14)	3,0	
Total des mesures sur les dépenses	**19,7**	**22,5**
Neutralisation de la tendance spontanée des recettes à diminuer en points de PIB (mesures sur les recettes)		2,5
« Fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au niveau médian de l'estimation de la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles (2,8 Md€) » (proposition n° 12)	0,8	
Total des mesures	**20,4**	**25,0**

D'après : Cour des comptes, *L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) – maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, contribution à la revue de dépenses publiques, 14 avril 2025 ; Caisse nationale de l'assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance Maladie pour 2026*, rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2026 (loi du 13 août 2004), juillet 2025

Source *: 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*

b) Un faible PIB par habitant, découlant notamment d'une quantité de travail insuffisante

Le déficit élevé de la sécurité sociale, et plus généralement des administrations publiques, s'explique par un PIB par habitant moins élevé que dans la plupart des pays d'Europe occidentale, découlant notamment d'une quantité de travail insuffisante.

(1) Un PIB par habitant nettement plus faible que dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale

En Europe, seuls les pays d'Europe du Sud ou orientale ont un PIB par habitant inférieur à celui de la France. Le PIB par habitant du Luxembourg, de l'Irlande[1], de la Norvège et de la Suisse est plus de deux fois supérieur à celui de la France.

Si la France avait le même PIB par habitant que l'Allemagne, son PIB serait supérieur de 20 %, ce qui conduirait à un excédent de ses finances publiques de plusieurs points de PIB.

Ce PIB par habitant moins élevé contribue à expliquer le sentiment des Français de ne pas avoir de services publics et une protection sociale à la hauteur. En effet, si les dépenses de protection sociale de la France sont les plus élevées de l'OCDE en points de PIB, elles sont plus banales si l'on raisonne en montant par habitant (sixième position), en particulier dans le domaine de la santé (dixième position).

(2) Un PIB qui serait accru de 3 % si le taux d'emploi de la France était le même que celui de l'Allemagne

Certes, ce faible PIB par habitant s'explique par une multiplicité de phénomènes, comme la productivité globale du travail et du capital[2].

Il provient toutefois de manière non négligeable d'un phénomène que les pouvoirs publics sont dans une certaine mesure capables de contrôler : une quantité de travail par personne en âge de travailler plus faible qu'ailleurs.

Comme le souligne une note de 2025 du Conseil d'analyse économique[3], depuis le début des années 1990 la France a un nombre d'heures travaillées par habitant inférieur à celui de nos principaux partenaires. Selon cette note, « *cet écart avec l'Allemagne et le Royaume-Uni s'explique entièrement par un taux d'emploi plus faible en France et pas du tout par un nombre plus faible d'heures en emploi* ».

Par ailleurs, « *le taux d'emploi plus bas de la France se concentre entièrement sur les jeunes et les seniors : l'insertion sur le marché du travail des jeunes est beaucoup plus lente en France, et les sorties du marché du travail sont plus précoces* ».

---

[1] *Dans le cas de l'Irlande, le PIB par habitant est artificiellement majoré par les bénéfices de sociétés multinationales attirées par sa fiscalité et qui n'y réalisent pas leur activité.*

[2] *Ce que les économistes appellent la* « productivité globale des facteurs ».

[3] *Antoine Bozio, Jean Ferreira, Camille Landais, Alice Lapeyre et Mariane Modena,* « *Objectif « plein emploi » : pourquoi et comment ?* », Focus, *n° 110, Conseil d'analyse économique, mars 2025.*

Selon une note de 2024 de la direction générale du Trésor[1], aligner le taux d'emploi (c'est-à-dire la proportion de personnes de 15-64 ans ayant un emploi) sur celui de l'Allemagne augmenterait le nombre de personnes ayant un emploi de 14 %, le nombre d'heures de travail de 7 % et le PIB de 3,2 %, et améliorerait le solde de la sécurité sociale de 20 milliards d'euros.

(3) Le renoncement à l'augmentation de l'âge de départ à la retraite

Hors prise en compte du supplément d'activité économique, la réforme des retraites de 2023 aurait dû améliorer le solde de la sécurité sociale de 1,5 milliard d'euros de plus chaque année, portant l'amélioration du solde à plus de 10 milliards d'euros en 2030 (et près de 14 milliards d'euros pour l'ensemble du système de retraite), conformément au tableau ci-après.

Effet sur le solde de la réforme des retraites de 2023

(en milliards d'euros)

	2023	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Sécurité sociale – Branche vieillesse	- 0,3	1,9	2,9	4,8	6,4	8,0	9,1	10,3
Régimes complémentaires	< 0,1	0,5	1,0	1,4	2,1	2,7	3,1	3,6
Totalité du système de retraite	**- 0,3**	**2,4**	**3,9**	**6,2**	**8,5**	**10,7**	**12,2**	**13,9**

***Source** : Réponse du ministère du travail et des solidarités au questionnaire du rapporteur général et de la rapporteure de la branche vieillesse*

Le décalage de la réforme des retraites par l'article 105 de la LFSS pour 2026 a pour effet de dégrader le solde d'environ 1 milliard d'euros (1,7 milliard d'euros en moyenne pour l'ensemble du système de retraite) chaque année jusqu'en 2032 (contrairement à ce qui est le cas pour la réforme, les effets annuels ne se cumuleraient donc pas). Ensuite, en l'absence de nouvelle modification législative, l'âge de départ à la retraite étant alors de 64 ans, l'effet sur les finances publiques disparaîtra.

Effet sur le solde de la suspension de la réforme des retraites de 2023

(en milliards d'euros)

	2026	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**
Sécurité sociale	- 0,2	- 1,2	- 1,2	- 0,9	- 0,8	- 0,9	- 1,1
État	< - 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1
Régimes complémentaires	- 0,1	- 0,7	- 0,7	- 0,5	- 0,4	- 0,5	- 0,6
Totalité du système de retraite	**- 0,3**	**- 1,9**	**- 2,0**	**- 1,5**	**- 1,4**	**- 1,4**	**- 1,8**

***Source** : Réponse du ministère du travail et des solidarités au questionnaire du rapporteur général et de la rapporteure de la branche vieillesse*

[1] *Juliette Ducoulombier,* Quels seraient les effets sur les finances sociales d'un alignement du taux d'emploi français sur celui de l'Allemagne ?, *note de la DG Trésor commandée par le HCFiPS, 23 septembre 2024.*

Les chiffrages ci-avant ne prennent pas en compte les effets sur le PIB. Or, aligner l'âge de la retraite sur celui de nos voisins serait l'un des principaux moyens de réduire l'insuffisance de notre taux d'emploi. En prenant en compte la réduction du PIB venant de la réduction du nombre d'actifs, la dégradation globale du solde des administrations publiques découlant de la suspension de la réforme des retraites pourrait atteindre 3 milliards d'euros (*cf.* encadré).

Le coût en 2027 de la suspension de la réforme des retraites : principaux chiffrages

Selon les données transmises par le Gouvernement dans le cadre de l'examen du présent PLFSS, en 2027 la suspension de la réforme des retraites coûterait 1,9 milliard d'euros, dont 1,2 milliard à la sécurité sociale, 0,1 milliard à l'État et 0,7 milliard aux régimes complémentaires.

Coût pour la seule sécurité sociale

Sur le périmètre de la seule sécurité sociale, le montant figurant dans l'évaluation préalable de l'article 45 du PLFSS pour 2026 était de seulement 0,1 milliard d'euros en 2026 et 0,8 milliard d'euros de 2027 à 2029 (et, par extension, 2032).

En effet, la mesure n'intégrait pas alors les départs anticipés.

Selon les données alors transmises par le Gouvernement, l'inclusion des départs anticipés a majoré le coût en 2026 de 0,2 milliard d'euros en 2026, le portant à 0,3 milliard d'euros.

Selon les informations transmises par la DSS dans le cadre de l'examen du présent PLFSS, en 2027 la suspension de la réforme des retraites coûterait 1,2 milliard d'euros à la sécurité sociale.

Coût pour le seul système de retraite

Selon le texte résultant de la lettre rectificative du 23 octobre 2025, le coût de la suspension de la réforme des retraites était alors estimé, pour le seul système de retraite (c'est-à-dire, outre la sécurité sociale, les régimes complémentaires obligatoires de retraite et l'État), à 0,1 milliard d'euros en 2026 et 1,4 milliard d'euros en 2027. La mesure n'intégrait pas alors les départs anticipés.

Lors de son discours de politique générale le 14 octobre 2025, le Premier ministre avait indiqué que le coût de la mesure pour le système de retraite était « *de 400 millions d'euros en 2026 et de 1,8 milliard d'euros en 2027* ».

Selon les indications alors transmises à la commission, l'écart entre ces deux estimations vient du fait que celle du discours de politique générale prévoyait d'inclure dans le champ de la mesure les départs anticipés (carrières longues et catégories actives)[1].

Selon les informations transmises par le Gouvernement lors de l'examen du PLFSS pour 2026, le coût de la mesure figurant dans le texte transmis au Sénat, incluant les départs anticipés, était de 0,3 milliard d'euros en 2026 et 1,9 milliard d'euros en 2027.

Selon le rapport du COR de juin 2026, « *les effets de la suspension de la réforme, qui s'élèveraient à environ 1,8 milliard d'euros courants chaque année, seraient limités à la période 2026-2032. Après cette période, l'âge d'ouverture des droits serait de 64 ans comme prévu par la réforme et la suspension n'aurait plus aucun effet* ».

Coût pour l'ensemble des administrations publiques

Le 8 octobre 2025, le Premier ministre a déclaré sur France 2 que le coût de la suspension serait de « *pas moins de trois milliards d'euros* » en 2027. Le même jour, Roland Lescure a annoncé que la mesure coûterait « *des centaines de millions en 2026, des milliards en 2027* », et TF1-LCI a précisé que « *Bercy chiffre une mise en pause de la réforme à 500 millions d'euros en 2026 et trois milliards d'euros en 2027* ».

Le 15 octobre 2025, la ministre de l'action et des comptes publics a précisé sur TF1 que ce chiffrage à 500 millions d'euros et 3 milliards d'euros correspondait au « *coût pour l'économie en général* ».

Selon les indications transmises à la commission, ces montants s'entendent pour l'ensemble des administrations publiques[2]. En effet, le recul de l'âge de la retraite suscite une moindre activité économique, et donc des pertes de recettes pour l'ensemble des administrations publiques.

[1] *Selon le directeur général de la Cnav,* « il est possible ou non d'inclure le dispositif lié aux carrières longues. L'effet comportemental est, dans ce cas, très important. On atteint alors potentiellement un coût de 400 millions d'euros en 2026 et 1,8, voire 1,9 milliard d'euros en 2027 » *(audition par la commission des affaires sociales du Sénat, 29 octobre 2025).*
Selon la direction de la sécurité sociale, « le champ correspond bien au champ système de retraite tous régimes. Le chiffrage de 400 millions d'euros en 2026 et 1,8 milliard d'euros en 2027 correspondait à un scenario qui incluait notamment les départs anticipés, qui n'est finalement pas le scénario qui a été retenu pour la lettre rectificative. […] Un coût de 400 millions d'euros en 2026 correspondrait à l'application de la réduction de la durée d'assurance requise pour l'ensemble des départs sur l'ensemble de l'année 2026 pour les personnes des générations 1964 et 1965 et une suspension de la progression de l'âge d'ouverture des droits pour l'ensemble des personnes y compris celles relevant des catégories actives et superactives » *(réponse à la rapporteure générale et au rapporteur de la branche vieillesse).*

[2] *Selon le directeur général de la Cnav,* « si l'on s'intéresse à l'effet sur toutes les administrations publiques, c'est la direction générale du Trésor qui réalise les chiffrages : ainsi l'on atteint 3 milliards d'euros. » *(audition par la commission des affaires sociales du Sénat, 29 octobre 2025).*

(4) L'absence d'augmentation du nombre d'heures de travail des personnes ayant un emploi

Face à l'impossibilité actuelle de rapprocher l'âge de la retraite en France de celui des autres pays européens, le Sénat a proposé à deux reprises d'augmenter le nombre d'heures de travail des personnes ayant un emploi.

• Lors de l'examen du PLFSS pour 2025, le Sénat a adopté en première lecture un article augmentant de sept heures (soit 0,4 % environ) la durée annuelle de travail, dans le cadre d'une « *contribution de solidarité par le travail* », et portant en conséquence de 0,3 % à 0,6 % le taux de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

Comme la journée de solidarité actuelle, la mesure aurait rapporté 2,5 milliards d'euros à la sécurité sociale.

Ces dispositions ont été supprimées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, conformément aux conclusions de la commission mixte paritaire (CMP).

• Lors de la discussion du PLFSS pour 2026, le Sénat a adopté un amendement d'Olivier Henno augmentant de 12 heures la durée annuelle du travail.

Le rendement pour la sécurité sociale, provenant de l'activité économique supplémentaire, était initialement estimé par le Gouvernement à 2 milliards d'euros. Le Gouvernement a ensuite considéré, en s'en tenant à la lettre du dispositif plutôt qu'à son esprit, qu'il aurait un rendement à peu près nul en 2026[1].

Cette disposition a également été supprimée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

c) En conséquence, un alourdissement substantiel des prélèvements obligatoires

En conséquence de cette absence de réformes structurelles et d'augmentation de la quantité de travail, le Gouvernement est contraint de prendre des mesures alourdissant substantiellement les prélèvements obligatoires.

On peut comparer le PLFSS pour 2027 aux propositions faites par la majorité sénatoriale dans la perspective du précédent PLFSS. Alors que la majorité sénatoriale préconisait alors des mesures de hausse de recettes de 1,5 milliard d'euros en 2026, le PLFSS 2027 propose des hausses de recettes de 6,3 milliards d'euros en 2027. Si l'on prend également en compte le décret du 12 juin 2026 gelant le Smic pris en compte pour le calcul des allégements généraux, selon le Gouvernement d'application pérenne (et donc non comptabilisé parmi les mesures) mais dont la rédaction ambiguë devra nécessairement être précisée (*cf. supra*), ce montant atteint même 10,5 milliards d'euros.

[1] *L'amendement augmentait la durée annuelle du travail, et non sa durée hebdomadaire, d'ordre public et s'imposant donc aux accords de branche.*

Mesures du PLFSS pour 2027 – comparaison avec les différents états du PLFSS pour 2026

(en milliards d'euros, par rapport au droit actuel ; périmètre : sécurité sociale)

	PLFSS pour 2026			PLFSS pour 2027	
	Propositions de la majorité sénatoriale[1]	**Texte initial**	**Texte promulgué**	**Annexe 3 du PLFSS**	**Idem+prorogation du gel du Smic pour le calcul des allégements généraux, non prise en compte par le Gouvernement**[4]
Dépenses	*9,0*	9,1	2,0	9,0	9,0
Gel des retraites[2]	*2,5*	2,5		3	3
Économies en matière de santé[3]	*6,5*	6,0	2,1	3,9	3,9
Autres	0	0,6	-0,1	2,1	2,1
Recettes	*1,5*	4,3	4,5	6,3	10,5
Allégements généraux de cotisations sociales (RGDU)	*1,5*	1,4	1,4	3,7	7,9[4]
Taxe exceptionnelle sur les complémentaires santé		1,1	1,0	1,1	1,1
Autres	0,0	1,8	2,1	1,5	1,5
TOTAL HORS TRANSFERTS	***10,5***	**13,4**	**6,4**	**15,3**	**19,5**[4]
Transferts		- 2,3	2,3	- 5,4	- 5,4
Réduction de la compensation des AG		*- 3,0*	*- 1,0*[5]	- 5,6	- 5,6
Autres		*0,7*	*3,3*	0,2	0,2
TOTAL APRÈS TRANSFERTS	***10,5***	**11,1**	**8,7**	**9,9**	**14,1**[4]

Un montant positif correspond à une amélioration du solde, un montant négatif à une dégradation du solde.

[1] Propositions au Premier ministre, 8 juillet 2025. [2] Dans le cas du PLFSS pour 2026, le gel incluait également d'autres prestations. [3] Mesures associées au PLFSS, nettes des mesures coûteuses. [4] Ce gel doit augmenter les recettes de 4,2 milliards d'euros en 2027 par rapport au retour au Smic effectif. Le Gouvernement considère que le décret du 12 juin 2026 effectuant ce gel pour l'année 2026 est d'application pérenne ; toutefois sa rédaction est ambiguë. [5] Réduction finalement supprimée par le texte du PLF finalement adopté.

Source *: Commission des affaires sociales, d'après les propositions de la majorité sénatoriale (8 juillet 2025), les différents états du PLFSS pour 2026 et le présent PLFSS*

2. Ajuster les mesures proposées sans dégrader le solde

Compte tenu de la nécessité de ne pas dégrader le solde et de l'impossibilité pratique de réaliser en 2027 des réformes structurelles, la commission propose les modifications synthétisées par le tableau ci-après.

Les principales propositions de la commission des affaires sociales affectant le solde de la sécurité sociale en 2027

(en milliards d'euros)

	Coût	Gain
Retraites		
Augmentation du plafond de 1 260 à 1 500 euros (art. 35)	0,2	
Annulation de la suspension de la réforme		0,6
Maladie		
Transferts de charges aux complémentaires santé		1,1
Lutte contre la fraude et amélioration de l'efficience		0,3
Maintien de la prise en charge des cures thermales	0,2	
Autonomie		
Fonds d'urgence pour les Ehpad	0,2	
Recettes		
Suppression de la contribution sur les dispositifs médicaux (art. 9)	0,15	
Suppr. de la contribution des groupements de pharmacies (art. 10)	0,12	
Suppression de la contribution des complémentaires santé (art. 12)	1,1	
Exclusion de produits traditionnels de la taxe sur le sucre (art. 8)	NS	
Total	**2,0**	**2,0**
Dont :		
Recettes	***1,4***	***0,0***
Dépenses	***0,6***	***2,0***

Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

a) Annuler la suspension de la réforme des retraites et préserver le montant des petites retraites

(1) Préserver le montant des petites retraites

La commission propose tout d'abord de **préserver les petites retraites en 2027, en portant de 1 260 euros à 1 500 euros le seuil jusqu'auquel la revalorisation sur la base de l'inflation serait totale**.

Elle avait défendu une position analogue lors de la discussion du PLFSS pour 2026, en suggérant toutefois de porter le seuil à seulement 1 400 euros (*cf.* encadré).

Par ailleurs, elle propose de sécuriser le gain résultant du gel partiel des retraites en supprimant la possibilité, pour le Gouvernement, de revaloriser par décret les pensions au-dessus du seuil.

Le projet de gel des pensions de retraite du PLFSS pour 2026

On rappelle que dans le cas du PLFSS pour 2026, l'article 44 prévoyait de geler diverses prestations, dont les pensions de retraite.

Cet article a été supprimé en première lecture par l'Assemblée nationale.

Le Sénat l'a rétabli, en excluant du gel les retraites inférieures à 1 400 euros et l'allocation pour adulte handicapé (AAH).

Cet article a à nouveau été supprimé en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale.

Le rendement de la mesure était de 2,5 milliards d'euros dans le texte initial et de 2,1 milliards d'euros dans le texte adopté par le Sénat en première lecture.

(2) Annuler la suspension de la réforme de retraites

Afin notamment de financer la préservation des petites retraites, **la commission propose d'annuler la suspension de la réforme des retraites de 2023** résultant de l'article 105 de la LFSS pour 2026.

En effet, comme indiqué *supra*, en 2027 cette suspension coûterait 1,9 milliard d'euros, dont 1,2 milliard à la sécurité sociale, 0,1 milliard à l'État et 0,7 milliard aux régimes complémentaires.

En pratique, il ne serait possible de neutraliser en 2027 qu'une partie du coût attendu de la suspension. En effet, le coût actuellement attendu pour 2027 correspond pour partie à des personnes partant à la retraite à l'automne 2026, soit avant la promulgation de la LFSS 2027. Par ailleurs, il n'est bien entendu pas question d'empêcher les départs qui auraient déjà été décidés.

b) Aider les départements à financer les dépenses d'autonomie

(1) Conserver le transfert de CSG aux départements

La commission propose de conserver l'article 13 du PLFSS, qui prévoit de transférer 0,3 milliard d'euros[1] de CSG de la sécurité sociale aux départements pour financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de prestation de compensation du handicap (PCH).

[1] *Le 16 octobre 2026, lors de la clôture des assises des départements, la ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation a indiqué l'intention du Gouvernement que le transfert, de 0,3 milliard d'euros selon le texte initial, soit porté à 0,4 milliard d'euros.*

En effet, la commission, qui alerte depuis plusieurs années sur les difficultés rencontrées par les départements face à la forte progression des dépenses sociales, considère qu'il est positif que l'insuffisance des ressources des départements soit reconnue.

Le mécanisme proposé ne saurait toutefois être considéré comme une réponse immédiate aux difficultés éprouvées par les départements face au dynamisme des dépenses sociales. En effet, le transfert de CSG étant compensé à due concurrence par une diminution des concours, les ressources des départements n'augmenteront pas en valeur.

Par ailleurs, **l'affectation d'une part du produit de CSG à une entité autre que la sécurité sociale ne doit pas constituer un précédent**. En effet, cette contribution a été créée en 1991 dans le dessein exclusif de financer la sécurité sociale. Le fait d'en affecter une partie aux collectivités territoriales nuit à la cohérence et à la lisibilité du financement de la sécurité sociale et représente une atteinte aux recettes de la branche autonomie, pourtant créée en 2020 dans le but précis de sécuriser les financements alloués à l'autonomie.

(2) Faire en sorte que les moyens des départements soient effectivement accrus de 300 millions d'euros

La commission juge nécessaire d'**aider les départements à financer les dépenses d'autonomie**, en faisant en sorte que les moyens des départements soient effectivement accrus de 300 millions d'euros.

Il résulte des échanges avec le Gouvernement que ces 300 millions d'euros pourraient se répartir de la manière suivante :

- 100 millions d'euros de moindre baisse des financements de la CNSA en conséquence du transfert de 300 millions d'euros de CSG (qui ne serait donc plus totalement compensé par des baisses de financements de la CNSA). Ces 100 millions d'euros pourraient faire l'objet d'un amendement du Gouvernement ;

- 200 millions d'euros pour un nouveau fonds. Comme sa création serait irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, le Gouvernement pourrait couvrir l'amendement de la commission en déposant un amendement identique.

Pour mémoire, à l'initiative de la commission, un fonds d'urgence pour les Ehpad avait été instauré en 2024 et reconduit en 2025[1], pour un montant de respectivement 100 et 300 millions d'euros. En 2026, un « fonds de soutien à la qualité » de 85 millions d'euros destiné aux Ehpad en difficulté avait été mis en place.

[1] « Pour l'année 2025, une aide exceptionnelle de 300 millions d'euros, financée par le sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées » prévu à l'article 97, est déployée en soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux en difficulté financière » *(article 85 de la LFSS pour 2025).*

c) Dans le cas de la branche maladie, remplacer la contribution sur les complémentaires santé par un transfert de charges et préserver les cures thermales

Pour ce qui concerne la branche maladie, la commission propose de **supprimer l'article 12 du PLFSS, tendant à proroger en 2027 la contribution exceptionnelle de 1,1 milliard d'euros des complémentaires santé** instaurée en 2026. Afin de ne pas dégrader le solde et d'améliorer l'efficience du système de santé, **des charges relatives à la prévention d'un montant équivalent seraient transférées aux complémentaires santé**.

La commission propose également, par un amendement au rapport annexé, de **maintenir le taux de remboursement actuel des cures thermales**. Le Gouvernement prévoit de ramener par voie réglementaire ce taux de remboursement de 65 % à 15 %, pour un gain de 0,2 milliard d'euros. Le Sénat s'était opposé à la mesure identique prévue lors de la discussion du PLFSS pour 2026. La commission propose d'inscrire dans le rapport annexé que le taux de prise en charge actuel est maintenu tant que la Haute Autorité de santé (HAS) n'a pas rendu son avis sur le service médical rendu.

Afin notamment de financer cette mesure, la lutte contre la fraude serait renforcée, et l'efficience serait améliorée.

La commission propose également de **supprimer les dispositions de l'article 9 tendant à instaurer une contribution sur les dispositifs médicaux et les dispositions de l'article 10 tendant à instaurer une contribution sur les groupements de pharmacies**.

d) Ne pas augmenter artificiellement le besoin de financement de l'Acoss

Le plafond d'emprunt de l'Acoss pour 2027, déterminé sur la base des hypothèses économiques et des mesures du PLFSS, est fixé par l'article 18 à 85 milliards d'euros.

Ce seuil est proche du pic de financement, d'environ 90 milliards d'euros, que l'Acoss n'est pas parvenue à financer sur les marchés en 2020. Par ailleurs, la crédibilité financière de la France se dégrade.

La commission propose donc de réduire le besoin de financement de l'Acoss, **en remplaçant le transfert de 2,5 milliards d'euros[1] de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) vers l'État**, proposé par l'article 14 du PLFSS, par un tranfert vers la Cnav.

En effet, la Cnieg plaçant actuellement 2 milliards d'euros auprès de l'Acoss, cela accroîtrait inutilement le besoin de financement de celle-ci.

[1] *Ce montant correspond à l'excédent de la contribution forfaitaire d'acheminement (CTA).*

B. SE DOTER RAPIDEMENT D'UNE VÉRITABLE PROGRAMMATION PRÉVOYANT UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE À MOYEN TERME ET RÉALISER UN NOUVEAU TRANSFERT DE DETTE À LA CADES

1. L'absence de toute trajectoire de retour à l'équilibre

Il faut une fois de plus déplorer l'absence de toute trajectoire de retour à l'équilibre de la sécurité sociale.

a) Les trajectoires annexées aux LFSS sont de simples projections à droit inchangé

En particulier, la trajectoire à moyen terme figurant dans l'annexe aux LFSS (dite « annexe A ») est une simple prévision à politiques inchangées, ne prenant en compte que les mesures déjà connues ou prévues, et supposant que l'Ondam est respecté chaque année.

Pourtant, l'article L.O. 111-4 précité du code de la sécurité sociale indique que le rapport décrit, « *pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base* ». Ce rapport n'a donc pas une vocation purement prévisionnelle, sur la base des mesures existantes ou prévues, mais doit bien correspondre à une programmation, indiquant clairement « où on va ».

b) La disparition dans le présent PLFSS de toute référence à un retour à l'équilibre

Pour la première fois, l'annexe à la LFSS pour 2026 a inscrit dans la loi l'objectif de retour de la sécurité sociale à l'équilibre, en fixant pour échéance l'année 2029. Cette disposition, préconisée dans le rapport[1] « boîte à outils » de la Mecss de septembre 2025, figurait dans le texte initial.

À l'initiative de la commission des affaires sociales[2], l'annexe précisait l'effort annuel moyen à réaliser en 2027, 2028 et 2029 : celui-ci était d'environ 8 milliards d'euros hors effort à réaliser pour respecter l'Ondam, et 12 milliards d'euros en incluant l'effort à réaliser pour respecter l'Ondam (d'environ 4 milliards d'euros par an).

---

[1] *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.*

[2] *L'amendement de la commission a été retiré au profit de l'amendement du Gouvernement de réécriture totale de l'annexe, qui comprenait une disposition analogue.*

L'effort moyen à réaliser en 2027, 2028 et 2029, selon l'annexe à la LFSS 2026

« *Les comptes de la sécurité sociale devront être ramenés à l'équilibre d'ici 2029 afin de garantir sa pérennité. Il conviendra également de prévoir le remboursement de la dette supplémentaire constituée dans l'intervalle, à un horizon suffisamment rapproché pour ne pas peser sur les générations suivantes.*

Le retour à l'équilibre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à cet horizon requiert un effort supplémentaire de 23,7 milliards d'euros sur trois ans, soit environ 8 milliards d'euros par an, par rapport à la trajectoire résultant de la présente loi et décrite ci-dessus.

En tenant compte des économies nécessaires pour respecter la trajectoire de l'Ondam prévue par le présent rapport, les économies nécessaires sont de l'ordre de 37 milliards d'euros à horizon 2029. »

L'annexe au présent PLFSS ne comprend quant à elle aucune référence à un quelconque objectif de retour à l'équilibre. La commission propose de revenir sur cet inquiétant recul.

2. Réaliser rapidement de nouveaux transferts de dette à la Cades

Une véritable programmation pluriannuelle des finances de la sécurité sociale (et non une projection sur la base des seules mesures prévues, comme actuellement), crédible et prévoyant un retour à l'équilibre, est un préalable à la réalisation de nouveaux transferts de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

a) Le transfert depuis 2020 de plus de 150 milliards d'euros de dette à la Cades

Les modalités d'amortissement de la dette sociale par la Cades sont fixées par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

En conséquence de la forte dégradation de la situation des finances sociales résultant de la crise sanitaire, la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a modifié l'article 4 *bis*[1] de l'ordonnance précitée afin de prévoir un amortissement de la dette sociale d'ici le 31 décembre 2033[2]. Pour mémoire, cette échéance, fixée en 1998 à 2014, avait progressivement été repoussée jusqu'en 2024.

[1] *Auquel le Conseil constitutionnel a conféré une valeur organique dans sa décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005.*

[2] « Tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033 ».

La loi (ordinaire) n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a modifié l'article 4 de l'ordonnance précitée pour prévoir de nouveaux transferts de dette à la Cades, d'un montant total de 136 milliards d'euros. Ce plafond a été atteint en 2024.

Par ailleurs, en conséquence de deux amendements identiques de la commission et du Gouvernement au PLFSS 2026, 15 milliards d'euros de transferts supplémentaires doivent être réalisés en 2026, dans le respect de l'échéance de 2033.

b) À droit inchangé, la dette sociale serait bientôt essentiellement détenue par l'Acoss

À droit inchangé, selon l'annexe 2 au PLFSS, la dette portée par la Cades atteindrait 104,3 milliards d'euros fin 2027, puis diminuerait jusqu'à la fin de son amortissement en 2033.

En revanche, les déficits de la sécurité sociale s'accumuleraient à l'Acoss. Comme indiqué *supra*, en l'absence de mesures de redressement supplémentaires, ils pourraient atteindre 130 milliards d'euros en 2030.

Une telle perspective n'est pas acceptable.

Comme indiqué *supra*, laisser la dette s'accumuler à l'Acoss pourrait susciter un risque de liquidité, et mettre en péril, par exemple, le paiement des pensions. La crise de financement de 2020 montre qu'il ne s'agit pas d'un risque théorique.

Tel serait d'autant plus le cas si la France devait connaître une nouvelle crise majeure, économique ou sanitaire par exemple.

c) Un transfert nécessaire dès 2027

Il importe donc de **sécuriser le financement de la dette sociale**.

L'article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 précitée, qui a valeur organique[1], prévoit que « *tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033* ».

Si les dettes correspondant aux déficits annuels étaient transférées au fur et à mesure à la Cades, il est évident qu'aucun transfert de recettes ne permettrait l'amortissement de la dette d'ici 2033.

---

[1] *Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005 relative à la Lolfss, a reconnu la valeur organique de cet article 4* bis*, qui prévoyait alors que «* tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale *». En effet, il a considéré que cette disposition devait être combinée avec la disposition organique selon laquelle la LFSS détermine l'objectif d'amortissement de la Cades.*

Il faudrait alors nécessairement **repousser à nouveau l'échéance d'amortissement de la dette confiée à la Cades**, ce qui impliquerait l'adoption d'une disposition organique.

Comme la commission l'a souligné dans son rapport[1] de 2025 sur le financement de la sécurité sociale, en l'absence de recettes supplémentaires, la Cades ne pourrait commencer à amortir un prochain « gros transfert » de dette qu'à partir de la fin de l'amortissement de son stock de dette actuel, ce qui pourrait conduire à un délai entre le transfert et la fin de l'amortissement nettement plus long que celui des transferts précédents. Conserver une durée d'amortissement raisonnable (d'une dizaine d'années) pourrait donc impliquer des recettes supplémentaires.

Ce transfert devra être effectué dès 2027.

[1] *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.*

ANNEXE : SYNTHÈSE DES CHIFFRAGES DES PRINCIPALES MESURES DU TEXTE INITIAL

Les différents chiffrages des principales[1] mesures figurant dans le PLF, le PLFSS et les textes associés sont synthétisés par le tableau ci-après.

Comme d'habitude, les écarts entre ces chiffrages proviennent de différences de méthodologie et de périmètre.

Les chiffrages les plus pertinents pour comprendre les équilibres du présent PLFSS sont ceux de l'annexe financière au PLFSS (l'annexe 3), correspondant à la colonne 2 du tableau. Le périmètre concerné est celui de la sécurité sociale, et toutes les mesures (législatives ou réglementaires) sont prises en compte. Comme le montre cette annexe, le déficit, de 22,6 milliards d'euros sans mesures, serait ramené à 12,7 milliards d'euros *via* 6,3 milliards d'euros de hausses de recettes, 9,0 milliards d'euros d'économies sur les dépenses et 5,4 milliards d'euros de transferts de la sécurité sociale vers l'État.

L'annexe 3 inclut dans le solde tendanciel certaines mesures, qui n'apparaissent donc pas dans le tableau. Tel est en particulier le cas de la hausse de 3 points (soit 1,8 milliard d'euros) du taux de cotisations à la CNRACL, résultant du décret n° 2025-86 du 30 janvier 2025 (qui prévoit une hausse de 3 points par an, soit 12 points au total, pour les années 2025 à 2028).

Les chiffrages détaillés des mesures, en distinguant leur effet sur la sécurité sociale et celui sur les autres administrations publiques, figurent dans les évaluations préalables des articles du PLFSS, réunies au sein de son annexe 9, et sont reproduites dans les colonnes 3 à 6 du tableau. Par nature, cette annexe n'est pas exhaustive, puisqu'elle ne prend en compte que les mesures (législatives) du PLFSS. Elle présente toutefois l'intérêt, par rapport à l'annexe 3, d'être plus détaillée, et d'indiquer également l'effet pour les autres administrations de sécurité sociale et pour l'État.

Dans le cas particulier de l'Ondam, le chiffrage des différentes mesures, en quasi-totalité réglementaires, figure dans l'annexe A à la future LFSS et à l'annexe 5 au PLFSS (relative à l'Ondam).

[1] *Les mesures prises en compte sont celles mentionnées par l'annexe 3 au PLFSS (page 12), complétées par les mesures d'un montant significatif pour les autres administrations publiques.*

L'objectif des mesures n'est pas de réduire seulement le déficit de la sécurité sociale, mais aussi celui des administrations publiques considérées dans leur ensemble. Aussi, le rapport économique, social et financier (Resf) annexé au projet de loi de finances indique l'effet sur le solde global des administrations publiques (APU) des mesures adoptées sur le périmètre des administrations de sécurité sociale (Asso), plus large que celui de la sécurité sociale[1]. APU et Asso sont des notions relevant de la comptabilité nationale, utilisée par l'Insee pour l'établissement de ses statistiques économiques. Contrairement à ce qui était le cas pour l'exercice 2025, et comme l'année dernière, les chiffrages ne sont disponibles que pour les mesures sur les recettes. Sauf exception, les chiffrages sont identiques à ceux des évaluations préalables sur le périmètre de l'ensemble des administrations publiques.

Synthèse des chiffrages des mesures du PLF, du PLFSS et de leurs annexes (2027)

(effet sur le solde, en milliards d'euros ;
un montant positif signifie une amélioration du solde)

	Resf	**PLFSS (annexe 3) (sauf chiffres entre crochets)**	**PLFSS (évaluations préalables des articles) (sauf chiffres entre crochets)**				**Base juridique de la mesure (article du PLFSS sauf indication contraire)**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Champ	*Ensemble des APU Toutes mesures - recettes uniquement*	*Robss Toutes mesures (recettes et dépenses)*	*Robss*	*Autres Asso*	*État*	*Total*	
			Mesures des articles du PLFSS uniquement (recettes et dépenses)				
Solde tendanciel (A)		**- 22,6**					
Recettes (B)		**6,3**					
Mesures antérieures au PLFSS pour 2027	**2,6**						
Dont							
Hausse de 3 points du taux de cotisation CNRACL (LFSS pour 2025)	1,8						
Réforme de l'assiette de cotisations des travailleurs indépendants (LFSS pour 2024)	0,9						
Autres	- 0,1						
Mesures PLFSS pour 2027							
Aide aux cotisants affectés par les incendies et le cyclone Chido et soutien aux employeurs de sapeurs-pompiers volontaires			0,00	0,00	0,00	0,00	4
Suppression des exonérations sociales applicables aux ateliers et chantiers d'insertion publics			0,00	0,00	0,02	0,02	5
Simplifier le régime social applicable aux indemnités	0,4	0,3	0,29	0,15	0,00	0,44	6

[1] *Les Asso comprennent notamment, outre la sécurité sociale, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), les régimes complémentaires de retraite (comme l'Agirc-Arrco) et l'Unédic.*

	Resf	PLFSS (annexe 3) (sauf chiffres entre crochets)	PLFSS (évaluations préalables des articles) (sauf chiffres entre crochets)				Base juridique de la mesure (article du PLFSS sauf indication contraire)
	1	2	3	4	5	6	7
de rupture du contrat de travail							
Rationaliser l'assiette des allégements généraux de cotisations sociales	3,7	3,7	3,60	0,00	0,03	3,63	7
Dont :							
Intégration des compléments de salaires aux rémunérations prises en compte pour le taux de réduction générale dégressive de cotisations sociales	*3,3*						
Exclusion PPV des rémunérations auxquelles s'applique la RGDU	*0,4*						
Extension de la « taxe soda » à des produits sucrés et transformés	0,3	0,3	0,30	0,00	0,00	0,30	8
Régulation macroéconomique des dispositifs médicaux			0,15	0,00	0,00	0,15	9
Amélioration de la régulation de la chaîne de valeur de la distribution du médicament			0,12	0,00	0,00	0,12	10
Régulation macro-économique des produits de santé			0,10	0,00	0,00	0,10	11
Reconduction pour une année de la contribution exceptionnelle des OC au financement de l'assurance maladie	1,1	1,1	1,12	0,00	0,00	1,12	12
Affectation de CSG aux départements pour le financement des dépenses d'APA et PCH – moindres recettes de la CNSA		- 0,3	Solde nul	Solde nul	Solde nul	Solde nul	13
Clarifier les transferts financiers au sein de la sécurité sociale			0,51	0,00	0,00	0,51	14
Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes			0,00	0,00	0,00	0,00	18
Mesures PLF 2027							
Article 2 (mesures sécurité sociale)							
Indemnités de rupture du contrat de travail			0,44	0,00	0,38	0,82	
Relèvement du taux de CSG sur les IJ maladie	0,5	0,4	0,50	0,04	0,00	0,54	
Autres							
Impact des mesures TVA PLF		0,2					

	Resf	PLFSS (annexe 3) (sauf chiffres entre crochets)	PLFSS (évaluations préalables des articles) (sauf chiffres entre crochets)				Base juridique de la mesure (article du PLFSS sauf indication contraire)
	1	2	3	4	5	6	7
Mesures réglementaires							
Gel des AG suite à la revalorisation du SMIC	2,8						
Réforme de la tarification AT-MP	0,3	0,3					
Fin de la purge de la plus-value cristallisée au moment de l'apport lors de la transmission d'un 150-0 B ter - part Asso	0,3						
Effet hors ondam de la baisse du plafond des IJ AT-MP		0,1					
Lutte contre la fraude	0,2	0,3					
Dépenses (C)		**9**					
Ondam		**3,9**[1]					
Produits de santé		[2,1]					
Indemnités journalières d'assurance maladie		[1,0]					
Taux de remboursement et transferts vers les assurances maladie complémentaires		[0,7][2]					
Efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux		[0,9]					
Soins de ville		[0,3]					
Dotations au FMIS et au FISS		[0,2]					40 (Fmis)
Dépenses Ondam supplémentaires		[- 1,2]					
PLFSS (hors Ondam)							
Affectation de CSG aux départements pour le financement des dépenses d'APA et PCH – moindres dépenses de la CNSA		0,3					
Renforcer la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil pour améliorer le suivi médical des personnes en arrêts de travail de longue durée et prévenir la désinsertion professionnelle			0,00	0,00	0,00	0,00	20
Renforcer l'accès aux soins : déployer une mission de solidarité territoriale pour les médecins en soutien du réseau France Santé			0,00	0,00	0,00	0,00	21
Conforter le mode de rémunération des structures			-0,01	0,00	0,00	-0,01	22

[1] Source de la ventilation des mesures Ondam : annexe A au PLFSS. L'annexe 5 indique une répartition légèrement différente (les 0,3 Md€ de mesures sur les soins de ville et 0,2 Md€ sur le Fmis et le Fiss correspondraient à 0,5 Md€ sur les soins de ville).

[2] Dont 0,2 Md€ de moindre remboursement du thermalisme.

	Resf	PLFSS (annexe 3) (sauf chiffres entre crochets)	PLFSS (évaluations préalables des articles) (sauf chiffres entre crochets)				Base juridique de la mesure (article du PLFSS sauf indication contraire)
	1	2	3	4	5	6	7
d'exercice coordonné pour renforcer l'accès aux soins des personnes vulnérables							
Permettre la prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation pour les infirmiers salariés intervenant au domicile des patients			0,00	0,00	0,00	0,00	23
Renforcer l'accès aux soins des enfants pris en charge par le service d'aide sociale à l'enfance			- 0,02	0,00	0,00	- 0,02	24
Renforcer la prise en charge sanitaire des mineurs victimes de violences			0,00	0,00	0,00	0,00	25
Mise en place de la complémentaire santé au bénéfice des agents de la FPH			0,00	0,00	0,00	0,00	26
Favoriser l'accès à la vaccination			- 0,03	0,00	0,00	- 0,03	27
Préserver l'efficacité des médicaments antibiotiques et sécuriser leur disponibilité			0,01	0,00	0,00	0,01	28
Renforcer l'accessibilité aux dispositifs de prévention			- 0,01	0,00	0,00	- 0,01	29
Accès aux médicaments et à l'innovation : adapter le remboursement aux progrès scientifiques et sécuriser la délivrance sans prescription			0,02	0,00	0,00	0,02	30
Assurer l'harmonisation et la convergence tarifaire de l'activité de radiothérapie en ville et à l'hôpital			0,04	0,00	0,00	0,04	31
Sécuriser les modalités de facturation à l'Assurance maladie			0,03	0,00	0,00	0,03	32
Suppression de l'ANDPC et convergence des dispositifs de développement professionnel continu et de certification périodique			0,00	0,00	0,00	0,00	33
Forfaitiser et harmoniser la majoration de pension pour enfants			0,00	0,00	0,00	0,00	34
Ralentissement de la hausse des pensions de retraites supérieures à 1 260 €		3	3,00	0,04	1,10	4,14	35
Dont :							
Effet direct sur les prestations		*4,3*					
Effet retour sur les mécanismes d'équilibrage à la charge de la Cnav		*0,2*					
Effet retour sur les mécanismes d'équilibrage en recettes des Robss		*- 1,3*					

	Resf	PLFSS (annexe 3) (sauf chiffres entre crochets)	PLFSS (évaluations préalables des articles) (sauf chiffres entre crochets)				Base juridique de la mesure (article du PLFSS sauf indication contraire)
	1	2	3	4	5	6	7
Effet retour sur la CSG remplacement		*- 0,3*					
Créer une allocation de remplacement bénéficiant aux non-salariés agricoles dont un enfant est gravement malade, porteur d'un handicap ou victime d'un accident grave		- 0,0003	0,00	0,00	0,00	0,00	36
Restreindre l'accès aux prestations familiales pour les étrangers extra-UE			0,00	0,00	0,03	0,03	37
Prolongation de l'expérimentation « fusion des sections » (réforme du modèle de financement des EPHAD)			- 0,02	0,00	0,00	-0,02	38
Intéressement à l'efficience des Ehpad et des services d'autonomie à domicile			0,01	0,00	0,00	0,01	39
Dotation FIVA		0,1					44
Textes réglementaires associés au PLFSS (hors Ondam)							
Branche famille		***1,6***					
Dont :							
Ralentissement de la dépense du Fnas		0,5					
Maintien du niveau des prestations familiales		0,5					
Réforme de l'allocation de rentrée scolaire		0,6					
Autres							
Réforme du barème de participation de l'APA - effet sur les concours de la CNSA		0,1					
Transferts (D)		**- 5,4**					
Rétrocession à la sécurité sociale du rendement de la fiscalisation des IJ AT-MP (*via* TVA)*		0,5					
Rétrocession à l'État du rendement du gel du barème des AG (moindre TVA Cnam)		- 4,2					
Rétrocession à l'État du rendement du gel du barème des AG - (moindre TVA Acoss *via* compensation des AG AA-Unédic)		- 1,4					
Transfert à l'État du quantum résultant de la mesure non adoptée en 2026 de fiscalisation à 100 % des IJ ALD (*via* TVA)		- 0,7					
Transfert à la sécurité sociale du rendement de la		0,4					

	Resf	PLFSS (annexe 3) (sauf chiffres entre crochets)	PLFSS (évaluations préalables des articles) (sauf chiffres entre crochets)				Base juridique de la mesure (article du PLFSS sauf indication contraire)
	1	2	3	4	5	6	7
fiscalisation des IJ ALD à 50 % à partir de 2027							
E. Total des mesures (B+C+D)		**9,9**					
Solde après mesures (A+E)		**- 12,7**					

Acoss : Agence centrale des organismes de sécurité sociale (également Urssaf Caisse nationale). AG : allégements généraux (de cotisations sociales patronales). ALD : affection de longue durée. ANDPC : Agence nationale du développement professionnel continu. APA : allocation personnalisée d'autonomie. APU : administrations publiques. Asso : administrations de sécurité sociale. AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles. Cnam : Caisse nationale de l'assurance maladie. Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse. CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. CSG : Contribution sociale généralisée. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Fiss : Fonds pour l'innovation du système de santé. Fiva : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Fmis : Fonds de modernisation et d'investissement en santé. Fnas : Fonds national d'action sociale. FPH : fonction publique hospitalière. IJ : indemnités journalières. OC : organismes complémentaires. Ondam : Objectif national de dépenses d'assurance maladie. PCH : prestation de compensation du handicap. PPV : prime de partage de la valeur. RGDU : réduction générale dégressive unique. Robss : régimes obligatoires de base de sécurité sociale. TVA : taxe sur la valeur ajoutée.

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les sources indiquées*

LEXIQUE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ACRONYMES

Acoss	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (également Urssaf Caisse nationale)
AG	Allégements généraux (de cotisations sociales patronales)
Agirc	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continu
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APU	Administrations publiques
Arrco	Association des régimes de retraite complémentaire
Asso	Administrations de sécurité sociale
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
Cades	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CCNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CSG	Contribution sociale généralisée
DSS	Direction de la sécurité sociale
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Fiss	Fonds pour l'innovation du système de santé
Fiva	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
Fmis	Fonds de modernisation et d'investissement en santé
Fnas	Fonds national d'action sociale
FPH	Fonction publique hospitalière
FRR	Fonds de réserve des retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse

HCFP	Haut Conseil des finances publiques
IJ	Indemnités journalières
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
Lolf	Loi organique relative aux lois de finances
Lolfss	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
M€	Million d'euros
Md€	Milliard d'euros
Mecss	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
OC	Organismes complémentaires
Ondam	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PCH	Prestation de compensation du handicap
PIB	Produit intérieur brut
Placss	Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PPV	Prime de partage de la valeur
PSMT	Plan budgétaire et structurel à moyen terme
Ralfss	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (rapport annuel de la Cour des comptes)
Resf	Rapport économique, social et financier (annexé au PLF)
RGDU	Réduction générale dégressive unique
Robss	Régimes obligatoires de base de sécurité sociale
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
Unédic	Union nationale interprofessionnelle pour l´emploi dans l´industrie et le commerce
Urssaf	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

TRAVAUX DE LA COMMISSION – AUDITIONS

M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics

Réunie le mardi 13 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous débutons ce matin nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 en accueillant M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics.

Je précise que cette audition est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et qu'elle sera consultable en vidéo à la demande.

Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir accepté l'invitation de notre commission.

La version initiale du PLFSS fait apparaître une forte amélioration du solde de la sécurité sociale entre 2026 et 2027 puisque le déficit, toutes branches confondues, passerait de 21,8 milliards d'euros cette année à 12,7 milliards d'euros.

Cet objectif ambitieux, mais nécessaire au vu, notamment, de l'état de la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) pose plusieurs questions.

Tout d'abord, les hypothèses économiques sur lesquelles s'appuie votre prévision sont-elles réalistes ? On rappellera que le déficit de cette année devrait être supérieur de 2,4 milliards d'euros à celui qui figure dans la LFSS de 2026 promulguée l'année dernière. Ensuite, se pose également la question de l'acceptabilité politique des mesures qui conditionnent la réduction du déficit.

Monsieur le ministre, je vais sans plus attendre vous laisser la parole pour un propos liminaire, dans lequel vous pourrez nous détailler ces mesures. Les membres de la commission, en premier lieu notre rapporteur général, Olivier Henno, pourront ensuite vous interroger.

M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics. – Je commencerai par féliciter les sénatrices et les sénateurs qui ont été élus ou réélus lors du renouvellement du Sénat, particulièrement vous, monsieur le président, ainsi que le tout nouveau rapporteur général, M. Olivier Henno. Enfin, je tiens à saluer le travail remarquable accompli par la sénatrice Élisabeth Doineau au cours des cinq dernières années en tant que rapporteure générale.

Vous l'avez sous-entendu, monsieur le président, en 2026, comme en 2025, le déficit de la sécurité sociale est encore beaucoup trop élevé puisqu'il atteindrait plus d'une vingtaine de milliards d'euros, et ce malgré les mesures prises en cours d'année. Des mesures réglementaires ont été prises dès le 1er juin, notamment le gel du barème des allègements généraux, pour limiter la dégradation du déficit de la sécurité sociale consécutive au déclenchement de la guerre dans le détroit d'Ormuz et au ressaut de l'inflation. Nous avons par ailleurs reconduit la mise en réserve de 1,1 milliard d'euros de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et pris des mesures dans le champ de la santé. Je pense à la hausse du ticket modérateur et au relèvement du plafond des franchises médicales.

Il n'en reste pas moins qu'un tel niveau de déficit est financièrement inacceptable. Le financement à crédit reporte sur les générations suivantes le coût de droits que nous exerçons aujourd'hui. Les jeunes cotisent pour leurs aînés et ils doivent compter à leur tour sur une protection sociale solide. C'est le sens du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui a été présenté le 1er octobre.

Nous proposons de ramener le déficit social à 12,7 milliards d'euros en 2027, soit une réduction d'environ la moitié du déficit par rapport à celui que nous aurions connu sans les mesures prises depuis le printemps dernier. En effet, sans ces mesures, le déficit en 2027 aurait été de l'ordre de 30 milliards d'euros. Si l'on prend en compte les mesures qui ont d'ores et déjà été prises en 2026, mais pas les mesures nouvelles que nous proposons dans le cadre de ce PLFSS, le déficit en 2027 s'établirait à 22,6 milliards d'euros, comme l'a indiqué la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport du 6 octobre.

Les 16 milliards d'euros d'efforts que nous vous présentons dans le cadre de ce budget sont pour deux tiers des mesures d'économie et pour un tiers des mesures en recettes. C'est grâce à ce redressement que nous pourrons continuer de financer notre système de soins, en particulier les traitements les plus efficaces et les plus innovants, et d'assurer la protection de tous.

Cet effort dans le champ de la sécurité sociale contribuera également à atteindre l'objectif de réduire à 5,0 % le déficit public pour l'année prochaine. Je rappelle que l'État prendra toute sa part puisque, hors défense et prélèvement sur recettes, les dépenses de l'État seront gelées en euros courants par rapport à 2026.

La maîtrise des dépenses sociales – vous avez soulevé la question de l'acceptabilité des mesures que nous proposons, monsieur le président – doit évidemment tenir compte de la situation de ceux qui dépendent de ces dépenses. Nous proposons donc de maintenir l'indexation des pensions les plus modestes tout en laissant la possibilité à nos successeurs, dans une logique de réversibilité, de revaloriser les pensions plus élevées par voie réglementaire dès leur prise de fonction. Avant une année marquée par la tenue de l'élection présidentielle, c'est une liberté inédite que nous souhaitons laisser à nos successeurs, quels qu'ils soient.

Généralement, les budgets électoralistes précédant des échéances présidentielles ou législatives prévoient plein de dépenses, à charge pour les successeurs de trouver les mesures d'économie. Nous faisons exactement l'inverse : nous sauvegardons les comptes de la sécurité sociale en prenant des mesures d'économie et nous laissons le choix à nos successeurs, s'ils le souhaitent, de revenir en arrière et de proposer des alternatives.

Par ailleurs, le revenu de solidarité active (RSA), le minimum vieillesse et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) seront également pleinement revalorisés et indexés sur l'inflation. Nous demandons un effort important tout en préservant ceux dont les revenus sont les plus faibles.

Je tiens à tordre le cou à une idée reçue : ralentir la progression des dépenses dans le champ de la sécurité sociale ne revient pas à les geler ; c'est ramener la progression des dépenses de plus de 23 milliards d'euros pour le seul champ des régimes de base à un peu plus de 13 milliards d'euros en l'accompagnant d'une progression dynamique des recettes de l'ordre de 3,4 %, à comparer à une croissance des recettes supérieure à la croissance du produit intérieur brut, qui sera de 2,7 % en valeur l'année prochaine.

Il est évidemment nécessaire de faire des choix. En matière de santé, nous concentrons les remboursements sur les traitements dont l'efficacité est démontrée pour continuer de financer pour tous les innovations thérapeutiques. Cela signifie qu'il nous faut négocier avec les partenaires sociaux une palette de mesures, notamment en matière de prévention, pour réduire les arrêts de travail, dont le coût augmente fortement.

La lutte contre la fraude devrait également contribuer au redressement des comptes publics. La loi du 25 juin dernier relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, à laquelle le Sénat a apporté une contribution essentielle, renforce nos moyens de détection, de sanction et de recouvrement. Elle nous donne de nouveaux outils dont nous devons désormais pleinement nous saisir. Elle renforce l'échange de données entre l'assurance maladie et les complémentaires, ainsi que la solidarité financière des donneurs d'ordre, et met en œuvre une nouvelle procédure de flagrance sociale.

La généralisation au 1er janvier prochain du prélèvement à la source des cotisations sociales des micro-entrepreneurs exerçant par l'intermédiaire de plateformes numériques permettra également de mieux lutter contre la sous-déclaration de revenus.

À quelques mois de l'élection présidentielle, notre responsabilité demeure entière. Les six mois à venir ne peuvent pas être six mois de décrochage. Pour s'en convaincre, il suffit de constater la flambée des taux d'intérêt, qui s'accélère de jour en jour. Depuis le mois de juillet, les taux d'intérêt sur la dette française ont augmenté de près d'un point. Si cette hausse devait être stabilisée à terme, elle représenterait 36 milliards d'euros de plus tous les ans. Le risque est non seulement d'étrangler les comptes publics et les comptes sociaux, mais également toute notre économie.

Le coût des crédits immobiliers risque de grimper, ce qui signifie que les ménages ne pourront plus acheter, mais également celui du crédit à la consommation, tout comme celui des crédits dont les entreprises ont besoin pour investir.

Malgré le contexte électoral, nous nous devons de redresser les comptes publics. Laisser les déficits se creuser ferait planer une lourde menace sur notre pays au cours des semaines et des mois qui viennent et priverait le futur président de la République de toute marge de manœuvre.

De grands débats idéologiques seront tranchés à l'occasion de la prochaine élection présidentielle. Je ne doute pas, par exemple, que la réforme des retraites suscitera un grand débat. Ces débats ont vocation à être tranchés par le vote du peuple.

Dans le budget que nous présentons, nous proposons des mesures d'urgence, sans règlement de compte idéologique, mais en faisant preuve d'un grand pragmatisme face à la situation financière que nous devons affronter ensemble jusqu'à ces échéances. Nous souhaitons donc que le maximum de mesures puissent être réversibles. Nous le devons en cette période financière et démocratique inédite.

Permettez-moi de conclure par une évidence : il est essentiel d'adopter une loi de financement de la sécurité sociale. L'absence de loi entraînerait une incertitude durable. L'absence des mesures de redressement mettrait gravement en danger notre sécurité sociale.

Le débat parlementaire doit permettre de construire un accord. Nous serons toujours très ouverts et jamais sectaires sur le « comment », c'est-à-dire sur les mesures. En revanche, le Gouvernement sera toujours très ferme sur le « combien », c'est-à-dire sur le rétablissement des comptes publics, en l'occurrence sur celui des comptes sociaux.

Après ce propos liminaire, je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Comme l'a dit notre président en préambule, la majorité sénatoriale aborde ce débat sur le PLFSS avec gravité, responsabilité et vérité. Ce PLFSS est un peu différent des autres, car nous devons faire un effort considérable, alors même qu'il ne prévoit pas de réforme structurelle, que les taux d'intérêt font progresser le coût de la dette, que l'argent est de plus en plus cher et que la dette ne peut plus être une variable d'ajustement. Il nous faut cesser d'adresser en permanence la facture aux générations futures.

Le PLFSS prévoit 9 milliards d'euros de mesures d'amélioration du solde en dépenses et 6,3 milliards d'euros en recettes. Ces mesures n'amélioreraient toutefois le solde de la sécurité sociale que de 9,9 milliards d'euros, à cause des 5,4 milliards d'euros de transferts de la sécurité sociale vers l'État.

Je poserai trois questions.

Tout d'abord, les allègements généraux de cotisations patronales sont fortement réduits dans le PLFSS. L'article 7 les diminue de 3,7 milliards d'euros. À cela s'ajoute la reconduction du gel du Smic pris en compte pour le calcul des allègements généraux, correspondant à un gain supplémentaire par rapport à 2026 estimé à 2,8 milliards d'euros.

On comprend que le Gouvernement a besoin d'augmenter les recettes pour parvenir à un certain montant de mesures. Toutefois, le choix de réduire les allègements généraux ne risque-t-il pas de se traduire par plus de destructions d'emplois que si l'on augmentait d'autres recettes ? Le Gouvernement a-t-il chiffré l'effet attendu sur l'économie et sur l'emploi de ces mesures ?

Ensuite, le financement de la sécurité sociale pourrait être particulièrement complexe en 2027. En effet, selon l'article 18, le plafond d'emprunt de l'Acoss serait porté à 85 milliards d'euros, ce qui est proche du montant maximal d'environ 90 milliards d'euros qu'elle n'était pas parvenue à financer sur les marchés financiers en 2020, lors de la crise sanitaire.

Par ailleurs, le taux d'intérêt actuel sur la dette française à dix ans est proche de 5 %, ce qui est préoccupant. D'où ma question : qu'est-il prévu de faire dans le cas où l'Acoss, qui se refinance à court terme sur les marchés, ne parviendrait pas à obtenir les sommes souhaitées ? Sans forcément entrer dans les détails, pouvez-vous nous indiquer si nous aurions de nouveau recours à la Caisse des dépôts ou plutôt à un pool de banques ?

Enfin, le PLFSS prévoit le transfert en 2027 de 5,6 milliards d'euros de TVA de la sécurité sociale vers l'État, correspondant au gain pour la sphère sociale du gel du Smic, pris en compte pour le calcul des allègements généraux. On peut évidemment discuter sans fin de la légitimité d'un transfert entre la sécurité sociale et l'État, mais ma question est la suivante : ce transfert de 5,6 milliards d'euros, qui augmentera d'autant le besoin de l'Acoss, ne fait-il pas courir à la sécurité sociale un risque inutile ?

M. David Amiel, ministre. – Le 1er juin dernier, nous avons effectivement décidé de geler l'augmentation des allègements généraux par rapport à l'inflation, même si le Smic a été revalorisé en cours d'année, compte tenu de l'inflation consécutive au déclenchement de la guerre dans le détroit d'Ormuz et du renchérissement des prix de l'énergie.

Si les allègements généraux avaient été augmentés, de nombreuses entreprises n'auraient pas pour autant augmenté leurs salaires – je parle ici de l'ensemble des salaires – le 2 juin, ce qui aurait évidemment crée un effet d'aubaine très important. Cela répond aussi en partie à votre question sur l'effet pour l'emploi : en réalité, les allègements généraux auraient augmenté plus fortement que les salaires. C'est la raison pour laquelle nous avons procédé à un gel, et non pas à une baisse, des allègements généraux.

Vous m'interrogez sur l'acceptabilité sociale et politique des mesures que nous proposons. Nous demandons, dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, des efforts importants. J'ai d'ailleurs souvent eu l'occasion de le dire : le gel est la règle et l'augmentation est l'exception. C'est valable pour beaucoup de prestations sociales : pour les prestations familiales, pour la prime d'activité, pour les aides personnalisées au logement (APL), pour une partie des pensions. Cela devait évidemment être le cas également pour les allègements généraux.

Il était de rigueur que les allègements généraux soient compensés par l'État à la sécurité sociale. Effectivement, les 5,6 milliards d'euros correspondant à l'effet en année pleine en 2027 seront restitués à l'État par un moindre transfert de TVA.

Ensuite, le PLFSS prévoit une modification du calcul de l'assiette des allègements généraux. Aujourd'hui, cette assiette comprend le salaire, ainsi que la prime de partage de la valeur, par exemple, mais elle exclut d'autres compléments de salaire, comme l'intéressement. Nous proposons d'y intégrer les principaux compléments de salaire, à l'instar de la prime de partage de la valeur, afin de calculer les allègements en fonction de la rémunération dans son ensemble. Comme nous ne renchérissons pas le coût du salaire, nous n'avons pas les effets sur l'emploi que l'on pourrait craindre si nous étions passés par d'autres mesures.

Il conviendra de travailler à une réforme des allègements généraux dans les années à venir. Beaucoup de travaux ont été conduits, par les économistes Antoine Bozio et Étienne Wasmer en particulier, pour éviter que les allègements généraux ne finissent par enfermer dans des trappes à bas salaires une société française qui, objectivement, se « smicardise » de plus en plus et à qui il faut au contraire pouvoir donner des perspectives.

Vous avez ensuite évoqué, de manière plus générale, la question des transferts entre l'État et la sécurité sociale. J'ai mentionné les 5,6 milliards d'euros de gel. Les 3,7 milliards d'euros résultant de la réforme de l'assiette des allègements généraux bénéficieront bien à la sécurité sociale. La première partie du projet de loi de finances (PLF) contient par ailleurs des mesures dont le rendement sera bien affecté à la sécurité sociale. C'est le cas notamment du produit de la fiscalisation des indemnités journalières, à hauteur d'environ 1 milliard d'euros.

Quant au plafond d'emprunt de l'Acoss, il est fixé à 85 milliards d'euros en 2027, contre 83 milliards d'euros en 2026. La reprise de 15 milliards d'euros de déficit par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2026 explique aussi ce niveau de plafonnement. L'Acoss a évidemment diversifié ses contreparties dans la période.

Mme Carine Leroy. – Le recul des services de santé sur l'ensemble du territoire est devenu l'une des préoccupations majeures des Français. Pour des millions de nos concitoyens, accéder à un médecin traitant dans des délais raisonnables relève désormais du parcours du combattant. Dans mon département, le Var, nous comptions, selon l'Insee, seulement 152 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2025. Depuis 2010, leur densité a chuté de près de 20 %. Dans certaines spécialités, la situation est encore plus alarmante.

Derrière ces chiffres, des patients renoncent aux soins, des pathologies sont diagnostiquées trop tardivement, et les urgences, déjà saturées, deviennent souvent le dernier recours, y compris pour des pathologies bénignes. Des centaines de communes, alors même que la santé ne relève pas de leurs compétences, sont contraintes de pallier les défaillances de l'État en la matière.

Votre PLFSS pour 2027 ambitionne de diviser par deux le déficit de la sécurité sociale tout en améliorant l'accès aux soins. Les indemnités de solidarité territoriale et le soutien aux assistants médicaux que vous proposez suffiront-ils pour pallier la pénurie de médecins et de soignants, qui s'aggrave d'année en année ?

Des économies structurelles sont possibles : programmation pluriannuelle des finances sociales, lutte renforcée contre la fraude, maîtrise des dérives budgétaires et simplification d'une administration excessive. Ces leviers permettraient de dégager des moyens supplémentaires pour lutter contre la désertification médicale.

Depuis 2022, Marine Le Pen et le Rassemblement national défendent notamment une rémunération bonifiée pour les médecins s'installant dans les territoires sous-dotés, afin d'attirer les jeunes internes et praticiens.

Comment comptez-vous réduire de moitié le déficit de la sécurité sociale sans aggraver les déserts médicaux ? Quelles économies et quels moyens supplémentaires comptez-vous mobiliser pour garantir l'accès aux soins, notamment aux millions de Français qui n'ont pas de médecin traitant ?

Mme Brigitte Bourguignon. – Monsieur le ministre, je vais me risquer à employer un ton rassurant. Vous trouverez ici, une fois n'est pas coutume, des partenaires exigeants, non pas à coups de milliers d'amendements ou d'invectives faisant des millions de vues, mais guidés par des repères précis.

Votre présentation a le mérite de rappeler que la maîtrise de la dépense sociale n'est ni un gros mot ni une lubie d'orthodoxie budgétaire. Je partage l'intime conviction qu'il nous faut sauver notre modèle social de l'asphyxie pour ne pas transmettre aux générations futures, et déjà actuelles, une charge qui fragiliserait assurément les droits des assurés.

La question de fond qui nous guide, en revanche, est celle de l'équité. Prenons la plus médiatique de vos mesures : vous proposez dans ce PLFSS une mise à contribution des retraités. Nous aurons l'occasion d'en débattre longuement et, je l'espère, calmement. Posons déjà la question de l'après. Quelle sera la suite ? S'agit-il d'un effort ponctuel ou d'un cap réel ?

Quant à l'actif, vous lui promettez que l'effort lui sera épargné. Pourtant, je m'inquiète de voir ce PLFSS reporter une bonne partie de la charge sur les mutuelles et sur les complémentaires. Une fois ces charges transférées, qui paiera la note ? Les cotisations n'augmenteraient donc pas par magie...

La question n'est plus de savoir si nous devons faire des économies : ce stade est dépassé. Il s'agit plutôt de savoir si nous devons, pour y parvenir, briser notre appareil productif. Je crains qu'à faire peser l'ajustement sur le travail, sur les actifs, sur les entreprises qui les portent, vous n'asséchiez la source même de nos recettes.

Dès lors, face à cette impasse, quelle est votre ambition ? Sacrifier la compétitivité de notre économie pour boucler un budget ou répartir enfin l'effort là où se trouvent réellement les masses financières ?

Mme Annie Le Houérou. – Monsieur le ministre, vous dites que vous serez très ferme sur le « combien » et très ouvert sur le « comment ». En septembre, vous appeliez à débattre du « comment ». Cependant, votre fermeté sur le « combien » contraste avec le dérapage de 2,4 milliards d'euros en 2026 et vos prévisions, que le Haut Conseil des finances publiques juge optimistes, pour 2027. Nous savons que la tendance naturelle d'évolution des dépenses de santé est très largement supérieure à vos prévisions : 3,7 % par an en ville, 5 % à l'hôpital, 8,7 % pour les Ehpad. Un Ondam fixé à 2 % nous paraît *a priori* intenable.

Accepteriez-vous de remplacer les solutions que vous proposez pour financer les évolutions de dépenses sur les pensions et les prestations familiales par d'autres recettes ayant le même rendement ?

Vous dites défendre la jeunesse, mais vous rabotez l'allocation de rentrée scolaire et vous gelez les prestations familiales. Vous creusez aussi le déficit pour demain, parce qu'en réalisant des économies immédiates sur les dépenses de santé, vous retardez des prises en charge : les assurés ne vont plus se soigner ou retardent au maximum la prise de médicaments, le reste à charge devenant de plus en plus élevé, pour ne pas dire insupportable parfois.

Pour notre part, nous estimons que le déficit résulte plutôt de la faiblesse des recettes. À cet égard, nous saluons l'augmentation de l'assiette des allègements généraux. Puisque vous dites être ouvert sur le « comment », que pensez-vous de la création d'une CSG sur les héritages très élevés ? Une telle contribution pourrait rapporter 2 milliards d'euros. De même, une contribution de solidarité des actionnaires sur les dividendes versés représente un potentiel de recettes important. Enfin, nous pensons qu'il est possible d'aller plus loin en matière de suppression des allègements de cotisations.

En ce qui nous concerne, nous jugeons vos propositions inacceptables, notamment celle sur le gel des pensions au-delà de 1 260 euros. Un tel gel nous paraît absolument insupportable compte tenu du niveau de l'inflation, mais également du coût d'un Ehpad, lequel dépasse les 2 000 euros mensuels pour les personnes ayant un revenu de 1 260 euros. Je ne sais pas comment elles parviennent à boucler leurs fins de mois.

M. Marc Laménie. – Pour lutter contre la fraude sociale et fiscale, il faut des moyens humains. C'est fondamental pour dégager des économies. Qu'envisagez-vous en termes d'effectifs, notamment dans les caisses primaires d'assurance maladie ?

Par ailleurs, comment se répartit par branche le déficit, que vous prévoyez de limiter à 12,7 milliards d'euros pour 2027 ?

M. Bertrand Dupont. – Monsieur le ministre, vous parlez de lutte contre la fraude et de mesures d'économie. La maîtrise et l'efficience des dépenses sociales sont une nécessité. Comme l'a indiqué ma collègue, l'équité est, elle aussi, indispensable.

Vous n'êtes pas sans savoir que la Caisse des Français de l'étranger est en grande difficulté à la suite des désengagements budgétaires de l'État sur le financement des catégories dites aidées. De plus, les Français de l'étranger qui rentrent en France sont soumis à un délai de carence de trois mois avant d'obtenir une couverture sociale, contrairement aux nouveaux migrants qui, eux, sont couverts immédiatement. Ces deux points démontrent un manque d'équité flagrant.

Nous savons qu'il existe un excédent de près de 8 millions de cartes Vitale dans la nature. Prévoyez-vous la mise en place de la carte Vitale biométrique, qui permettrait de réaliser d'importantes économies sur le budget de la sécurité sociale et d'en redistribuer une partie ?

M. David Amiel, ministre. – Je commencerai par répondre à Mme la sénatrice Leroy concernant l'accès aux soins, qui est évidemment une priorité absolue.

On constate aujourd'hui que les réformes engagées ces dernières années – je pense à la suppression du *numerus clausus*, au développement des infirmiers en pratique avancée et aux investissements dans le cadre du Ségur de la santé – commencent à porter leurs fruits, même si le rythme demeure trop lent et que beaucoup reste à faire.

En 2025, les installations de médecins généralistes ont progressé de 32 % par rapport à 2024. Nous avons désormais atteint 12 000 étudiants en médecine par an, contre moins de 10 000 en 2019. Nous savons que nous avons encore des années difficiles devant nous, la formation des médecins prenant du temps, mais l'arrivée de ces nouvelles cohortes apporte de nouveaux praticiens. Un travail de reconquête médicale est en cours, qu'il convient d'accélérer.

Le présent PLFSS prévoit d'ailleurs de renforcer France Santé : plus de 3 000 maisons France Santé ont déjà été labellisées, sachant que l'objectif initial était d'en compter 2 500. Le texte prévoit par ailleurs une enveloppe supplémentaire de 150 millions d'euros pour une cible de 5 000 structures d'ici à la fin de l'année 2027.

Pour ma part, je pense que les priorités absolues sont, d'une part, l'accès aux soins, c'est-à-dire à des consultations médicales partout dans le pays, et, d'autre part, la poursuite de l'investissement dans l'hôpital. Ces choix peuvent être contestés. Lorsque nous faisons le choix de concentrer les remboursements de la sécurité sociale sur les médicaments dont le service médical rendu est prouvé, c'est contesté. Lorsque nous demandons une augmentation du plafond de la franchise médicale de 50 à 70 euros, c'est contesté. Mais c'est précisément cela qui permet à l'assurance maladie de continuer à financer l'hôpital et de développer l'accès aux soins partout dans le pays.

Madame la sénatrice Brigitte Bourguignon, des choix s'imposent également en matière de retraite. Nos propositions visent précisément à éviter que les déficits d'aujourd'hui ne pèsent ensuite sur le travail et sur les actifs. Si des mesures alternatives étaient proposées lors de l'examen de ce PLFSS – et je ne doute pas, madame la sénatrice, que vous en ferez – afin de dégager des économies supplémentaires, je les accueillerai évidemment avec beaucoup d'intérêt. Il est néanmoins crucial aujourd'hui de réduire le déficit de la sécurité sociale. Pour cela, un effort justement réparti est nécessaire.

J'ai eu l'occasion d'évoquer les allègements généraux. Le projet de loi de finances contient par ailleurs des mesures de soutien à l'emploi. Je pense à la baisse de la surtaxe à l'impôt sur les sociétés, aux dispositifs de suramortissement, ou encore à la préservation de l'apprentissage, cette politique ayant donné des résultats extrêmement importants. Je pense également au contrat d'engagement jeune.

Ainsi, en soutenant l'investissement et l'emploi, particulièrement celui des jeunes, nous parvenons à un équilibre important à la fois pour nos finances publiques et pour l'emploi dans ce pays.

Monsieur le sénateur Laménie a évoqué la question des fraudes. En matière de lutte contre la fraude, il y a beaucoup de croyants, mais il faut que nous soyons pratiquants. Ce qui compte, ce sont donc les mesures concrètes derrière les chiffres affichés. La loi du 25 juin dernier donne des moyens importants. Elle permet des contrôles renforcés des professionnels de santé et la possibilité de cumuler les pénalités financières et les sanctions conventionnelles.

Le texte prévoit la sécurisation des transports sanitaires et des taxis conventionnés, ainsi que la mise en œuvre d'obligations de géolocalisation ; un meilleur partage des données entre les complémentaires santé et la sécurité sociale ; des moyens d'investigation renforcés et un recouvrement plus efficace.

Ces nouveaux outils doivent aller de pair avec un renforcement des moyens humains de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). À cet égard, la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour les années 2023 à 2027 prévoit 450 agents supplémentaires. Nous constatons d'ailleurs une augmentation de la fraude à l'assurance maladie détectée ou évitée. On comptait 723 millions d'euros de fraude en 2025 contre 316 millions d'euros en 2022.

Madame la sénatrice Le Houérou, beaucoup des éléments insupportables que vous évoquez ont été mis en place quand la gauche était au pouvoir.

Si je me souviens bien, le précédent gouvernement de gauche a gelé les pensions de retraite.

Mme Annie Le Houérou. – Le contexte n'était pas le même !

M. Patrick Kanner. – Les comptes étaient à l'équilibre !

M. David Amiel, ministre. – Il ne me semble pas que vous aviez trouvé cela insupportable à l'époque.

J'ai déjà évoqué les mesures que nous avons déjà prises concernant les allègements généraux. Vous constaterez avec moi, madame la sénatrice, qu'elles sont aussi fortement critiquées par certaines organisations patronales. Je les assume. Dans une période où nous devons consentir des efforts importants pour nos comptes publics, et alors que le contexte n'est plus celui d'il y a dix ou quinze ans et que les taux d'intérêt qui nous sont appliqués sont les plus élevés de la zone euro, les efforts doivent être partagés. C'est ce que nous proposons dans ce texte.

Vous avez évoqué la création d'une CSG sur les héritages très élevés et une contribution de solidarité des actionnaires sur les dividendes versés. Or, vous le savez, une augmentation de la CSG sur les revenus du capital a été adoptée l'année dernière. Elle est maintenue cette année.

Par ailleurs, le projet de loi de finances prévoit une contribution supplémentaire sur les revenus du capital des plus riches, la contribution différentielle sur les hauts revenus (CDHR), dont le rendement a d'ailleurs augmenté cette année.

Vous m'avez interrogé plus largement sur la question de la justice et de l'équité fiscales. Vous le savez, nous réformons des dispositifs qui sont de véritables boîtes noires fiscales. Quand nous réformons l'apport-cession, comme la Cour des comptes nous a d'ailleurs appelés à le faire, nous permettons précisément d'éviter qu'un dispositif très utile, qui incite au réinvestissement dans l'économie productive, ne soit utilisé de manière abusive pour contourner l'imposition à la plus-value jusqu'au moment de la transmission. Il s'agit là de mesures d'équité importantes, même si elles relèvent du projet de loi de finances.

Dans le rapport réalisé par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) sur la carte Vitale biométrique, que nous tenons à votre disposition, les chiffres sont très inférieurs à ceux que vous avez mentionnés. Nous savons que la fraude à l'assurance maladie est massivement d'ordre professionnel, même s'il convient aussi de lutter contre la fraude des bénéficiaires. Ainsi, de faux centres de santé ou des centres de santé quasiment fictifs s'organisent pour détourner les sommes de l'assurance maladie. De telles affaires ont fait les gros titres des journaux cet été.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Monsieur le ministre, vous avez souligné la gravité de la situation et la nécessité de faire preuve de responsabilité devant la forte dégradation des comptes sociaux et publics et, plus généralement, la détérioration des ratios et des soldes macroéconomiques. Vous savez pouvoir trouver ici, au Sénat, en tout cas auprès de la majorité sénatoriale, des femmes et des hommes soucieux de participer au redressement du pays et à la qualité des services offerts à la population.

Les efforts à réaliser doivent toujours être fondés sur des analyses précises, transparentes et justes. C'est ce qui m'amène à vous interroger, en ma qualité de rapporteure de la branche vieillesse, sur l'objectif de dépenses de cette branche.

En 2026, nous constatons un dérapage de 3,3 milliards d'euros entre la prévision de déficit pour 2026 et ce qui sera effectivement réalisé, soit un déficit de près de 8 milliards d'euros, contre 4,6 milliards de déficit attendu. Pouvez-vous nous expliquer les raisons de ce dérapage ?

Par ailleurs, l'article 35 prévoit de déroger au droit commun de revalorisation des pensions et de leur indexation sur l'inflation pour un gain attendu de 4 milliards d'euros, qui se décompose en 3 milliards d'euros pour la sécurité sociale et 1 milliard d'euros pour l'État. Le mécanisme est original, puisque jusqu'à 1 260 euros par mois, les pensions seraient revalorisées dans les conditions habituelles, mais au-delà de ce seuil, la revalorisation dépendrait d'un ou plusieurs coefficients fixés par décret.

Si nous comprenons bien les annexes du PLFSS, pour que cette mesure rapporte effectivement les 4 milliards d'euros escomptés, il conviendrait de ne pas revaloriser du tout les pensions au-delà du seuil de 1 280 euros par mois. Est-ce bien ainsi que la mesure a été conçue par le Gouvernement et que l'équilibre budgétaire a été construit ?

Sinon, pouvez-vous nous préciser quels paramètres de revalorisation permettront d'aboutir à ce chiffrage de 4 milliards d'euros ? Par ailleurs, le texte de l'article n'est pas totalement limpide. Quelle est l'articulation entre le II et le III, qui visent l'un et l'autre à fixer des coefficients par décret ? Vous avez abordé la question dans votre propos liminaire. Nous comprenons que le III n'a pas vocation à être utilisé par le Gouvernement actuel, mais qu'il pourrait l'être par un futur Gouvernement, ce qui rend ce budget réversible. C'est très généreux de votre part… Pouvez-vous nous confirmer que cette interprétation est la bonne ?

Monsieur le ministre, cet article constitue un pilier important de l'équilibre financier que vous proposez au Parlement. Il est donc nécessaire d'en comprendre très précisément la mécanique, et je vous serais reconnaissante de bien vouloir répondre très précisément à cette question.

L'an dernier, la loi de financement de la sécurité sociale a suspendu la réforme des retraites votée en 2023. Le Sénat, vous le savez, s'était opposé à cette suspension, qui est coûteuse pour les finances publiques et qui va à l'encontre de la nécessité pour la France d'augmenter son taux d'emploi. Si, dans le cadre du présent PLFSS, nous devions, si j'ose dire, suspendre la suspension, c'est-à-dire revenir à compter du 1er janvier 2027 au calendrier de montée en charge de la réforme de 2023, quels seraient les gains pour nos finances publiques ?

M. Jean-François Rapin, rapporteur pour la branche maladie. – L'Ondam est très ambitieux, puisque le Gouvernement entend limiter la hausse des dépenses à 2 %, alors que celle-ci était plutôt de 3 % ou 3,5 % ces dernières années. Cet objectif semble inaccessible – mais rien n'est impossible ! Vous prévoyez des économies assez draconiennes, avec des recettes complémentaires. Y aura-t-il également un suivi draconien du respect de la trajectoire imposée par l'Ondam ? Sommes-nous capables, en cours d'année, de rectifier le tir ?

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure pour la branche famille. – Ayant été désignée rapporteure pour la branche famille, je souhaite vous poser deux questions à ce sujet.

La première porte sur l'article 37, relatif à l'ouverture des droits aux prestations familiales pour les étrangers hors Union européenne. Nous avons à plusieurs reprises voté des mesures de ce type, et elles ont systématiquement été censurées par le Conseil constitutionnel. Pourquoi celle-ci connaîtrait-elle un sort différent ? Le délai de carence peut-il faire l'objet d'un débat, ou la durée d'un an vous semble-t-elle incontournable pour garantir sa constitutionnalité ?

Le PLFSS prévoit une économie de 600 millions d'euros sur l'allocation de rentrée scolaire (ARS). Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) souligne que les modalités de cette économie sont indéterminées. Disposez-vous aujourd'hui d'une simulation du nombre de familles qui perdraient tout ou partie de l'allocation ? Cela dépend de la composition familiale et du niveau de revenu…

Mme Céline Brulin. – Monsieur le ministre, je trouve que la présentation que vous faites de ce PLFSS oppose les générations entre elles. Ce que l'on constate aujourd'hui, c'est que la jeunesse, pour laquelle vous prétendez faire ces choix, est très mécontente de la politique menée dans ce pays, tout comme les aînés : les uns manifesteront aujourd'hui, les autres demain. C'est une très mauvaise idée d'essayer ainsi d'opposer les générations. C'est absolument contraire à l'esprit de la sécurité sociale.

Dans ce PLFSS, il y a quelques timides gels, puisque vous les nommez ainsi ; des allègements généraux. Moi, je préfère appeler cela des exonérations de cotisations sociales. Or les cotisations sociales sont une partie, certes différée, du salaire de nos concitoyens.

Vous prévoyez un gel. Ici et ailleurs, depuis des années, certains disent qu'il faut aller chercher de nouvelles ressources pour la sécurité sociale plutôt que systématiquement tailler dans les dépenses – ce qui se révèle d'ailleurs de plus en plus difficile. Nous pensons que cela commence à faire son effet. Mais pourquoi prendre des mesures à l'aveugle ? On pourrait très bien imaginer une politique qui conditionne des exonérations ou des allègements de cotisations à certains choix faits par les entreprises. Vous avez évoqué l'emploi, à juste titre. Il pourrait y avoir nombre d'autres critères, pour que la puissance publique puisse, par ce biais, orienter notre économie.

L'Ondam fixé est absolument inatteignable. De nouveau, il y aura des comités d'alerte, et des mesures réglementaires devront être prises en cours d'exercice. Résultat : les choix échappent de plus en plus à la représentation nationale, alors qu'ils sont extrêmement douloureux pour nos concitoyens.

Vous nous dites que tout cela est fait pour sauver la sécurité sociale. Mais on constate – et c'est encore plus flagrant dans ce PLFSS que dans les précédents – un recul complet de la protection de nos concitoyens par la sécurité sociale, puisque les médicaments sont de plus en plus déremboursés, et l'on s'en remet de plus en plus aux complémentaires et aux mutuelles. La conséquence sera que les renoncements aux soins risquent de s'aggraver.

Vous êtes très élogieux sur ce qui se passe en matière de santé et d'accès aux soins. Mais les inégalités entre les territoires continuent d'être très importantes. Et des millions de nos concitoyens ne parviennent pas à voir un médecin. De surcroît, nos concitoyens doivent de plus en plus souvent renoncer aux soins pour des raisons financières. Certains renoncent à souscrire à une mutuelle ou à une complémentaire santé pour des raisons de pouvoir d'achat.

M. Loïc Hervé. – C'est juste.

Mme Céline Brulin. – Loin de sauver la sécurité sociale, ce budget fait un pas de plus vers sa fragilisation.

M. Patrick Kanner. – Monsieur le ministre, vous avez fait référence à un quinquennat – que vous avez soutenu, à l'époque –, celui de François Hollande, qui vous a laissé les comptes de la sécurité sociale à l'équilibre, un déficit de 2,7 % et une inflation à zéro. Merci, donc, de ne pas évoquer des chiffres qui nous feraient rêver aujourd'hui au regard de votre propre bilan, nul ne pouvant se prévaloir de sa propre turpitude, selon l'adage latin.

Vous nous dites qu'il faut faire de gros efforts parce que nous empruntons à 4,9 % sur les obligations assimilables du Trésor (OAT) à dix ans. Pourquoi, monsieur le ministre, empruntons-nous à ce niveau-là ? Parce que vous avez échoué, et que nous voyons le résultat des grands choix économiques de presque dix ans de Macronie.

Vous évoquez aussi la contribution différentielle sur les hauts revenus en disant que c'est un grand succès. Je pense qu'il faut dire à la commission des affaires sociales que son rendement n'est que de 79 millions d'euros. Cette contribution a le mérite d'exister, mais, au regard des chiffres qui sont aujourd'hui évoqués dans notre commission, son rendement n'est en aucun cas à la hauteur de ce qu'il nous faudrait pour équilibrer les comptes du pays et de la sécurité sociale.

La situation actuelle est aussi liée aux 62 milliards d'euros de recettes fiscales annuelles que vous avez progressivement annulées. C'est aussi cela qui nous a conduits à l'impasse actuelle, avec un ruissellement qui a plutôt été celui de l'or en plomb que l'inverse.

Vous demandez un effort particulier aux plus modestes de nos concitoyens. J'ai bien noté votre proportion : deux tiers d'économies, un tiers de recettes nouvelles. J'ai une seule question : pourquoi ne pas inverser ? Pourquoi pas un tiers d'efforts sur les plus modestes, au travers des différentes politiques menées dans le cadre de ce PLFSS, et deux tiers de recettes supplémentaires ?

Mon groupe pourrait alors, monsieur le ministre, avoir avec vous une relation et un dialogue aussi constructifs que ceux que nous avons eus lors de l'examen des budgets 2025 et 2026, et que vous avez évoqués ce matin à la télévision. Pour l'instant, ce n'est manifestement pas le cas.

M. David Amiel, ministre. – Je vais commencer par la question du déficit de la branche vieillesse. D'abord, en ce qui concerne l'année 2026, la branche vieillesse est en déficit, comme l'ensemble de la sécurité sociale, en raison de la dégradation macroéconomique : la croissance prévue a été divisée par deux, passant de 1 % à 0,5 %, selon notre estimation et celle des principaux instituts de prévision. En effet, la guerre dans le détroit d'Ormuz, à partir de la fin du mois de février, a provoqué une augmentation très importante des

prix des hydrocarbures. À cela s'est ajouté l'impact de la sécheresse de cet été. Mais la guerre en Iran est le facteur le plus important.

À la division par deux de la croissance correspond une progression plus faible de la masse salariale et donc de l'assiette des cotisations. Nous estimons cette progression à 1,6 %, contre 2,3 % lors de la préparation du PLFSS pour 2026. Qui dit masse salariale plus faible dit moindres cotisations et moindre contribution sociale généralisée, soit une dégradation des recettes, laquelle s'est, pour autant, accompagnée d'une tenue des dépenses.

Je tiens à le souligner : la dégradation en 2026 n'est pas liée à des dépenses plus importantes que prévu – sauf pour l'assurance chômage –, mais elle résulte pour l'essentiel d'une baisse des recettes liée à la dégradation du contexte macroéconomique.

D'ailleurs, il en va de même au niveau des comptes publics dans leur ensemble. Nous avions une cible de déficit de 5 % en 2026. Nous estimons aujourd'hui le déficit à 5,4 %. Dans ce dérapage de 0,4 point, 0,3 sont dus au contexte macroéconomique, et donc à la baisse des recettes, alors même que nous tenons les dépenses de l'État, et 0,1 est lié à la hausse de la charge d'intérêts, puisque les marchés financiers se sont tendus depuis le début de l'année, pour nous mais aussi aux États-Unis et dans les autres pays de la zone euro.

L'augmentation des dépenses de retraite à politique inchangée, comme on dit dans la construction du budget de la sécurité sociale, c'est-à-dire si nous ne prenions aucune mesure d'aucune sorte, serait d'environ 13 milliards d'euros. Cette hausse s'explique pour moitié pour des raisons démographiques, parce que la population vieillit et parce que les salaires des nouveaux retraités sont en moyenne supérieurs à la moyenne des salaires qui ont servi à calculer la pension des retraités actuels. L'autre moitié découle des règles d'indexation à 100 % des retraites, qui créeraient une augmentation de la dépense d'un peu plus de 6 milliards d'euros. Il y a donc deux sujets : un sujet démographique et un débat sur la manière dont on augmente les retraites dans un contexte financier tendu.

La situation démographique appelle évidemment à des réformes structurelles de long terme. Si le Parlement décidait d'appliquer de nouveau la réforme des retraites dès 2027, on estime aujourd'hui, au vu des règles de liquidation, pour donner la visibilité nécessaire aux personnes qui sont à quelques jours ou à quelques semaines de partir à la retraite, que le gain maximal pour l'année 2027 serait de 1 milliard d'euros. Ce n'est pas la ligne du Gouvernement, puisqu'un compromis avait été trouvé l'an dernier. Pour nous, ce compromis est évidemment valable jusqu'à la fin de la mandature. En tous cas, cette question n'épuise pas le débat sur la contribution des retraités.

Pour le deuxième volet, je rappelle que l'effort global qui est demandé aux retraités dans le cadre de ce budget, c'est-à-dire à la fois du PLF et du PLFSS, est de 5,4 milliards d'euros. Il y a les 4 milliards d'euros que vous avez évoqués, et qui entrent dans le cadre du financement de la sécurité sociale,

et 1,4 milliard d'euros liés à la proposition du Gouvernement de reprendre l'amendement voté par le Sénat l'an dernier, en plafonnant à 3 000 euros l'abattement de 10 % dit pour frais professionnels, que nous portons dans la première partie du PLF.

Ces 5,4 milliards d'euros représentent 10 % de l'effort de 54 milliards d'euros dont nous avons besoin en 2027 : 11 milliards d'euros par des mesures déjà engagées, 43 milliards d'euros par les mesures nouvelles. Les retraités représentent 25 % de la population française. Il ne s'agit donc pas d'un effort à proportion de leur part dans la population, mais d'un effort qui est deux fois inférieur à la part des retraités dans la population. Pour autant, c'est un effort important, je ne le minimise pas, mais c'est un effort qui est nécessaire pour ne pas créer de fracture générationnelle, justement. Et je conteste formellement ce que vous avez dit, madame la sénatrice. La fracture générationnelle, ce serait d'opposer les générations les unes aux autres, d'exempter complètement certaines générations de l'effort. Cela n'aurait évidemment pas de sens. Il faut s'assurer que les efforts soient aussi justes et proportionnés que possible, et c'est la raison pour laquelle nous proposons cette mesure.

En ce qui concerne son fonctionnement, ce qui est prévu dans le PLFSS, c'est une augmentation à hauteur de 100 % de l'inflation pour les retraites les plus modestes, c'est-à-dire inférieures à 1 260 euros par mois. Au-dessus, nous prévoyons deux seuils à discuter, d'abord dans le cadre du débat parlementaire. Les deux mesures que j'évoquais, la réforme de l'abattement de 10 % d'une part, ce que nous pouvons faire en matière d'indexation d'autre part, vont évidemment ensemble.

Il faut que le débat parlementaire nous permette de trouver la combinaison qui nous semble la plus juste. Par exemple, on peut décider de faire un peu plus sur l'indexation en réformant davantage l'abattement à 10 %... Cela fait vraiment partie du débat que nous devons avoir pour trouver les solutions les plus équilibrées.

Ce débat se poursuivra au-delà de l'adoption du budget. C'est la raison pour laquelle, vous l'avez dit, certaines mesures renvoient au pouvoir réglementaire qui pourra, dès le lendemain de la formation d'un nouveau Gouvernement, dès le lendemain de l'élection présidentielle, revenir en arrière s'il le souhaite et prendre des mesures plus favorables, ou au contraire adopter des mesures d'économies supplémentaires, sans attendre un PLFSS rectificatif.

J'en viens à la question posée sur l'article 37. Le Conseil constitutionnel admet le principe d'une condition d'ancienneté de résidence à condition que celle-ci demeure proportionnée. C'est la raison pour laquelle la durée qui est proposée dans l'article 37 est d'un an.

M. Kanner a évoqué le rendement de la CDHR. Il a omis de rappeler le rendement de l'augmentation de la CSG sur les revenus du capital l'an dernier, qui rapporte 1,3 milliard d'euros, au bénéfice de la sécurité sociale.

Quant à ce qui a été évoqué par la sénatrice Brulin sur la fracture générationnelle, je le répète, tout ce que nous faisons vise précisément à l'éviter. C'est la raison pour laquelle on demande des efforts proportionnés en protégeant les plus modestes. C'est la raison pour laquelle il nous faut réduire le déficit de la sécurité sociale, parce que, de tous les déficits, c'est le plus insupportable : il revient à faire porter sur les générations futures la protection sociale d'aujourd'hui. Le principe de la sécurité sociale, c'est une solidarité sociale au sein d'une même époque, si je puis dire : entre les actifs et les retraités, entre les bien-portants et les malades, entre les riches et les plus modestes. On peut avoir des déficits temporaires de la sécurité sociale, lors d'un choc économique conjoncturel, mais on ne peut pas avoir un déficit structurel de la sécurité sociale. C'est là un principe sur lequel on pourrait s'accorder, quand bien même nous différons évidemment, madame la sénatrice, sur les moyens de résorber le déficit, et sur le partage entre dépenses et recettes.

Ce principe est extrêmement important dans un contexte où, depuis cinquante ans, 80 % de l'augmentation de la dépense publique dans notre pays a été constitué d'abord de dépenses de retraite, puis de dépenses de santé.

L'Ondam 2026 sera atteint. Vous avez été plusieurs à souligner que des mesures réglementaires pourraient intervenir. Pour l'année 2026, la progression des dépenses est tenue et, effectivement, c'est un enjeu majeur que de s'assurer que l'Ondam voté soit respecté.

Au fond, ce qui compte dans la construction d'un Ondam, c'est de savoir quelles sont les mesures sous-jacentes qui permettent de le documenter. Certaines ont déjà été prises : c'est le cas du relèvement du plafond des franchises médicales ou des mesures relatives au ticket modérateur. Au cours des années précédentes, ces propositions ont donné lieu à des débats politiques houleux, mais elles n'avaient finalement pas été adoptées.

Le deuxième élément concerne l'hôpital : l'Ondam proposé permet d'assurer en moyenne des tarifs hospitaliers stables. Il aurait été insincère de prétendre les baisser, et ce n'est pas ce que nous proposons. Cela suppose des économies importantes sur les arrêts de travail, mais nous assumons cette orientation. Leur coût augmente d'environ 1 milliard d'euros chaque année, une dynamique insoutenable pour notre système d'assurance maladie. Une partie sera prise en charge par des mesures fiscales de la première partie du PLF, pour environ 1 milliard d'euros, afin de rétablir les comptes de la sécurité sociale. Un autre milliard d'euros relèvera de la négociation avec les partenaires sociaux. L'accord récent sur les accidents du travail et les maladies professionnelles montre que cette voie est possible.

Mme Micheline Jacques. – La ministre des outre-mer a confié à Philippe Leyssène une mission d'évaluation des aides fiscales à l'investissement productif, des exonérations de charges sociales et du financement des entreprises dans les territoires ultramarins. Le rapport, présenté le 5 octobre dernier, préconise un plan d'action très concret, assorti de mesures fortes. Comptez-vous mettre en œuvre dès maintenant tout ou partie de ces préconisations ?

M. Dominique Théophile. – Monsieur le ministre, je salue le maintien du dispositif issu de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (Lodéom) dans votre maquette, après le rapport qui proposait de la raboter. C'était indispensable : nous comptons 10,8 % de défaillances d'entreprises en outre-mer, contre environ 8 % dans l'Hexagone. Ce maintien se fera-t-il à périmètre constant ou avec la réforme que vous avez évoquée pour septembre lors de nos rencontres avec les acteurs économiques ? Les entreprises ont besoin de stabilité pour toute l'année 2027. Avez-vous pris en compte cette difficulté afin de concilier votre volonté de réforme et cette exigence de stabilité ?

Mme Corinne Imbert. – En réponse à Jean-François Rapin, vous avez déclaré que l'Ondam pour 2026 serait atteint. Il a même été révisé à la baisse, de plus d'un milliard d'euros, sous l'effet des mesures réglementaires et de l'annulation des crédits mis en réserve au titre du coefficient prudentiel. Selon l'article 1er et l'exposé des motifs, l'Ondam pour 2026 correspondrait à une hausse de 2,8 % au lieu des 3,1 % initialement prévus.

Concernant l'article 13 du PLFSS, vous affirmez que la mesure répond à la demande des conseils départementaux d'obtenir une part de CSG pour couvrir leurs dépenses. Nous connaissons leur situation budgétaire difficile : ils n'ont plus aucune lisibilité sur leurs recettes en fin d'année. Vous indiquez en outre qu'elle permet de pérenniser la dynamique de simplification des concours « personnes âgées » (PA) et « personnes handicapées » (PH) engagée en 2025.

Vous affirmez vouloir attribuer 300 millions d'euros de CSG aux conseils départementaux. Cette somme ne vient-elle pas en compensation d'une diminution de même montant des concours PA et PH de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ? Dès lors, cela ne ferait guère plus pour les départements, en réalité.

M. David Amiel, ministre. – En ce qui concerne les dispositifs Lodeom, rappelons que le gel des allègements généraux intervenu en 2026 ne s'y est pas appliqué, ce qui a accru l'écart avec le régime général. Aucune mesure d'économies n'est prévue pour ces dispositifs dans le PLFSS ni dans le PLF pour 2027. La réponse est donc claire : c'est la stabilité. À Mayotte, la Lodeom est étendue depuis juillet 2026 et le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) est prolongé. Il n'y a aucune remise en cause de ces dispositifs dans le texte initial.

La mission confiée à MM. Leyssène et Lara-Adélaïde vise précisément à disposer de travaux partagés. Nous n'avons que trop connu de rabots non concertés avec les parlementaires et les acteurs économiques. Le Gouvernement n'a pas de plans cachés et propose la stabilité.

Concernant les concours, il s'agit de substituer 300 millions d'euros de CSG à des concours de la CNSA. Cela présente deux avantages majeurs pour les conseils départementaux. D'une part, la CSG est une recette dynamique, dont ils bénéficieront après 2027. D'autre part, un travail se poursuit, porté par Françoise Gatel, pour assurer l'adéquation entre les dépenses sociales des départements, comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et leurs ressources.

M. Nicolas Fricoteaux. – Monsieur le ministre, concernant la fraction de CSG prétendument dynamique, nous n'oublions pas, dans les départements, que celle de TVA allouée pour compenser la taxe foncière n'a pas toujours tenu ses promesses. Nous pouvons légitimement nous inquiéter. Et cela n'apporte aucune ressource supplémentaire aux départements.

Les allocations de solidarité constituent une réelle difficulté pour les conseils départementaux. Dans l'Aisne, la dépense de revenu de solidarité active (RSA) s'élevait à 60 millions d'euros en 2008 et était compensée à la même hauteur. Aujourd'hui, elle atteint 120 millions d'euros, mais la compensation reste bloquée à 60 millions. Le constat est identique pour l'APA ou la prestation de compensation du handicap (PCH).

Vous nous proposez de participer à la dépense par une fraction de CSG assise sur les dépenses réelles constatées. Ce modèle égalitaire ne tient pas compte de l'équité, du poids réel de cette charge au regard des ressources de la collectivité territoriale. Il faudra bien intégrer un jour cette notion d'équité dans le financement des allocations de solidarité.

Le 3° de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale évoque, « le cas échéant, un coefficient géographique s'appliquant au taux mentionné (…) se rapportant aux caractéristiques économiques, sociales et démographiques des collectivités (…) ». Ce « cas échéant » est-il mis en œuvre, ou le sera-t-il, dans les réformes à venir ou dans les mécanismes financés par la CSG ?

M. David Amiel, ministre. – Nous avons un débat plus large à mener sur la situation financière des départements. Il s'agit d'une question structurelle, liée au débat historique sur l'affectation d'une part de CSG, réclamée depuis longtemps par nombre d'entre eux. Une telle mesure figure dans le PLFSS.

Dès le mois de juillet, nous avons proposé au Parlement de limiter la hausse des dépenses de fonctionnement de l'ensemble des collectivités à celle de l'inflation. C'est un effort moindre que celui consenti par l'État, dont les crédits ministériels, hors défense, sont gelés en valeur.

Il convient évidemment de prendre en compte la situation financière des départements et la contribution progressive au redressement budgétaire proposée dans le cadre de la première partie du PLF, sachant que 40 départements sont déjà exonérés dans le texte initial. Nous aurons ce débat en commission des finances, puis en séance publique, afin d'étudier la répartition de l'effort. C'est l'ensemble de ces dispositifs qu'il faut appréhender d'un même mouvement.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci, Monsieur le ministre.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

Mmes Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles de l'autonomie et des personnes handicapées, et **Mme Camille Galliard-Minier**, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées

Réunie le mercredi 14 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de Mmes Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles de l'autonomie et des personnes handicapées, et Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées.

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, nous poursuivons nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 en accueillant Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, et Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. Je vous précise que cette audition est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et qu'elle sera consultable en vidéo à la demande.

Mesdames les ministres, je vous remercie d'avoir accepté l'invitation de notre commission.

Dans ce PLFSS, le Gouvernement prévoit un redressement sensible de la situation de la branche maladie, dont le déficit serait ramené à 7,8 milliards d'euros, à comparer aux 12,5 milliards d'euros en 2026. C'est une évolution importante. Cette nette amélioration résulterait notamment, pour citer trois grands postes que nous jugeons marquants, des économies sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), de la reconduction de la contribution des organismes complémentaires et de la taxe sur les produits transformés sucrés.

En ce qui concerne la branche autonomie, le déficit serait contenu à 0,2 milliard d'euros en 2027. Cependant, les courbes laissent apparaître une dégradation, avec un déficit attendu à 1,6 milliard d'euros pour 2030. En effet, les charges de la branche autonomie sont amenées à croître mécaniquement du fait du vieillissement de la population et du développement de solutions médico-sociales pour accompagner les personnes âgées.

Mesdames, nous souhaiterions que vous puissiez, dans vos propos liminaires, nous éclairer sur les orientations retenues dans ce PLFSS et exprimer votre sentiment sur les perspectives à moyen terme annoncées. Interviendront, en premier lieu, le rapporteur général et les rapporteurs de branche, puis l'ensemble de nos collègues sénateurs et sénatrices.

Madame la ministre Stéphanie Rist, je vous laisse la parole.

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. – Je suis heureuse de vous retrouver cet après-midi pour le démarrage d'un nouveau marathon budgétaire.

Je veux d'abord saluer et féliciter vos collègues nouvellement élus ou réélus à l'occasion des élections sénatoriales, ainsi que les nouveaux rapporteurs du PLFSS. J'ai une pensée particulière pour Élisabeth Doineau, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pendant plusieurs années sur le budget de la sécurité sociale.

Comme je l'ai exprimé devant l'Assemblée nationale la semaine dernière, je souhaite que ce PLFSS continue d'être celui du dialogue. Bien évidemment, le Gouvernement présente, avec ce texte, une orientation, mais il appartient souverainement au Parlement de l'amender et de proposer des alternatives.

Cependant, il faut traverser ce débat budgétaire avec lucidité et volonté d'agir : lucidité sur l'état de nos comptes sociaux, sur le contexte macroéconomique et géopolitique que nous subissons ; volonté d'agir pour éviter que l'absence de choix n'impose, dans le futur, des options brutales pour les Français. Il nous faut nous saisir de la liberté que nous avons encore de réformer.

C'est ce qu'a fait le Gouvernement. Nous avons assumé, cet été, 1,5 milliard d'euros de mesures de freinage. Avec ce PLFSS, nous souhaitons porter ce freinage à près de 10 milliards d'euros.

Mais cela ne se fait pas à l'aveugle. L'effort proposé est collectif, partagé notamment, par ordre croissant, entre dépenses de médicaments, dépenses d'arrêts maladie et efforts demandés aux complémentaires.

Pour autant, freinage ne signifie pas diminution des dépenses. Les moyens alloués à la santé, à l'autonomie et à nos familles augmentent de plus de 14 milliards d'euros, avec notamment un Ondam en progression de plus de 2 %, c'est-à-dire supérieur à l'inflation, un Ondam « établissements de santé » à plus de 3 % et un objectif général de dépenses pour nos personnes âgées et en situation de handicap de plus de 2,6 %.

Vous le constatez, maîtriser la dépense ne veut pas dire protéger moins : c'est protéger mieux et protéger durablement, selon trois priorités pour mon portefeuille – je laisserai le soin à ma collègue Camille Galliard-Minier de vous présenter celles du champ de l'autonomie et du handicap.

La première priorité est l'accès aux soins partout où les difficultés sont les plus fortes – votre commission, à raison, y est particulièrement attentive. Cela passe par l'objectif du déploiement de 5 000 maisons France Santé d'ici la fin de l'année prochaine : nous portons l'ambition d'un accès à une solution à moins de 30 minutes et sous 48 heures lorsque l'état de santé de nos concitoyens le nécessite. Cela passe aussi par la consolidation du modèle

économique des centres de santé et par la valorisation de l'engagement des professionnels qui prennent en charge davantage de patients, notamment les plus fragiles et les plus éloignés du soin.

Ce PLFSS prévoit également 3 milliards d'euros d'efforts supplémentaires pour l'hôpital, permettant notamment de maintenir des tarifs hospitaliers en moyenne stables et de mettre en place la protection sociale complémentaire (PSC) des agents.

La deuxième priorité est la prévention. La dépense la plus utile est celle qui évite la maladie, l'hospitalisation ou la perte d'autonomie, comme vous l'avez encore très bien décrit dans un rapport de juin dernier sur l'impératif de la prévention. Sur ce plan, le PLFSS renforce la vaccination des personnes âgées et fragiles partout où elle est utile, ainsi que la couverture territoriale des actions de dépistage et de prévention, dans un pays où la moitié des adultes sont en situation de surpoids ou d'obésité. Nous assumons aussi la taxation des aliments transformés, trop sucrés et contenant des additifs.

La troisième priorité est la protection des enfants et l'accompagnement des familles. Malgré la baisse de la natalité, il nous faut préserver les capacités d'accueil et garantir aux parents davantage de solutions. Le congé de naissance, plébiscité par les familles, poursuit sa montée en charge. Le plan crèches permettra de soutenir le secteur, et nous améliorerons résolument la prise en charge et le suivi des enfants protégés.

La version initiale du texte n'élude pas les difficultés : il convient de les traiter pour que nous ayons encore des marges pour agir. Le débat parlementaire permettra de l'enrichir. Le cas échéant, il devra permettre de trouver des solutions alternatives, car notre modèle social est le ciment le plus puissant de la solidarité. C'est notre responsabilité pour les Français d'aujourd'hui et, surtout, pour les générations qui viennent.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. – J'adresse à mon tour mes félicitations aux sénateurs nouvellement élus, ainsi qu'à M. le président de la commission : je suis ravie d'avoir participé à l'issue positive qu'a connue votre proposition de loi, cosignée avec Mme Lubin – je rappelle qu'elle a été votée à l'unanimité à l'Assemblée nationale. Je vous remercie de cette initiative, et me réjouis que le Gouvernement ait pu accompagner votre démarche.

Comme je l'ai rappelé devant l'Assemblée nationale, les politiques de l'autonomie répondent à une attente forte de nos concitoyennes et de nos concitoyens, et elles sont au cœur de nos territoires, au plus près de leurs besoins. Le PLFSS pour 2027 traduit cette priorité par une progression de 2,5 % des dépenses de la branche autonomie, qui atteindront ainsi 44,4 milliards d'euros. Il prévoit une hausse de 2,6 % de l'objectif global de

dépenses, soit une progression supérieure à celle de l'Ondam, fixée à 2 %, et à l'inflation, estimée à 1,8 %. Ce sont au total 900 millions d'euros supplémentaires qui seront consacrés aux politiques de l'autonomie. Ces chiffres montrent l'engagement soutenu et réel du Gouvernement envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. La branche autonomie réduit par ailleurs son déficit puisqu'il sera de 0,2 milliard d'euros en 2027, contre 0,3 milliard en 2026.

Concernant les personnes âgées, nous devons rappeler ensemble le défi de la transition démographique que la France va connaître dans les vingt prochaines années. En 2030, une personne sur quatre aura plus de 60 ans. En 2050, ce sera une personne sur trois. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va doubler. À cet horizon, notre pays comptera plus de 700 000 personnes âgées supplémentaires en perte d'autonomie ; il y en aura, au total, 2,8 millions.

Il faut relever ce défi. Le PLFSS 2027 apporte des réponses très concrètes aux différentes priorités avec la mobilisation France Autonomie. Il prévoit les moyens nécessaires avec à la fois la poursuite du recrutement de professionnels supplémentaires en Ehpad, le développement de l'offre d'accompagnement à domicile par la création de places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et de centres de ressources territoriaux (CRT) – l'objectif est de 500 CRT en 2030.

Nous avons rappelé le rôle important de la prévention. Dans une logique de prévention de la perte d'autonomie et afin de permettre à chacune et chacun de vieillir en bonne santé, le PLFSS renforce la politique vaccinale. Il lève ainsi les freins financiers à la vaccination dans les établissements pour personnes âgées.

Le PLFSS 2027 incarne aussi un nouvel élan pour accompagner la transformation des 7 500 Ehpad en maisons France Autonomie, au travers de l'article 39, qui vise à créer un mécanisme d'intéressement à la qualité et à la transformation. L'ambition est de faire évoluer le modèle de financement des Ehpad pour mieux valoriser la prévention de la perte d'autonomie, la qualité des accompagnements et l'efficience.

Un fonds de 140 millions d'euros permettra ainsi d'attribuer des bonus aux établissements sur le fondement d'indicateurs de qualité et d'efficience, comme la diminution des hospitalisations évitables, la consommation de médicaments, la prise en compte de l'iatrogénie médicamenteuse et, plus globalement, en tenant compte de la mise en œuvre d'actions concrètes de prévention de la perte d'autonomie. Je le précise d'emblée : aucun malus n'est prévu dans ce texte.

Au-delà de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées, cette mesure répondra à un objectif d'efficience de notre système de santé. Elle pourrait ainsi contribuer à réduire de 6 % les hospitalisations évitables et à diminuer les séjours anormalement longs, pour une économie estimée à 160 millions d'euros par an.

Ce nouvel élan pour accompagner la transformation des Ehpad passe également par des mesures très concrètes de simplification pour le gestionnaire. Sur cet aspect, la fusion des sections soins et dépendance depuis le 1er janvier 2025 est une avancée majeure. Ce sont 1 570 Ehpad qui fonctionnent avec un forfait global unique dans 23 départements expérimentateurs. Les établissements interrogés demandent sa pérennisation, les 23 départements concernés souhaitent également la poursuivre et toutes les fédérations en demandent la généralisation.

Dans ce contexte, le PLFSS va prolonger jusqu'au 31 décembre 2027 l'expérimentation qui devait s'achever le 31 décembre 2026. Cette année supplémentaire permettra de conduire la concertation utile et indispensable avec les départements en vue de la généralisation. Le Gouvernement sera évidemment très ouvert à tout outil de généralisation qui pourrait être introduit par voie d'amendement lors de la discussion du texte.

D'autres mesures de simplification absolument indispensables concernant les Ehpad sont actuellement travaillées avec les acteurs, touchant à la fois les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les coupes Pathos, les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) et, évidemment, les régimes d'autorisation.

Concernant les politiques en faveur des personnes en situation de handicap, l'enjeu est de construire une société qui soit pleinement accessible à toutes et à tous. Cet enjeu a été au cœur de la Conférence nationale du handicap (CNH) qui s'est tenue le 4 septembre dernier. Le Président de la République y a pris, devant les personnes en situation de handicap et leurs familles, seize engagements, déclinés en soixante-cinq mesures, pour passer d'une société inclusive à une société pleinement accessible.

Ce PLFSS en finance une première étape en matière de solutions d'accompagnement nouvelles, d'accès aux soins, de transformation des établissements en dispositifs de coordination intégrée, de soutien aux aidants, *etc*. Ainsi, il poursuit la mise en œuvre du plan « 50 000 solutions » engagé en 2023, en y consacrant 180 millions d'euros en 2027 pour des réponses à la fois diversifiées, territorialisées et orientées vers des parcours de vie, auprès des enfants comme des adultes.

Il poursuit également le déploiement des pôles d'appui à la scolarité dans les écoles, conformément aux trois priorités de la CNH relatives à la scolarisation : l'école pour tous, l'amélioration du parcours des élèves et la simplification de la vie des familles.

Ce PLFSS fait également de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap une priorité. Ainsi, il instaure à leur profit une consultation longue, dont la nécessité doit être reconnue. Il prévoit également le déploiement de dispositifs dédiés et identifiés pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, Handiconsult et Handibloc.

Par ailleurs, la CNH 2026 inscrit son action dans la continuité de la transformation du secteur médico-social engagée depuis près de dix ans, en poursuivant le mouvement vers une société accessible et une évolution de l'offre au bénéfice des personnes en situation de handicap.

Le PLFSS 2027 tient les engagements pris envers les personnes âgées : plus de professionnels, davantage d'accompagnement à domicile et la transformation des Ehpad.

Il tient également les engagements pris envers les personnes en situation de handicap afin de poursuivre le développement de nouvelles solutions.

Comme l'a rappelé ma collègue, il est un point de départ pour un dialogue que je souhaite riche, constructif et à la hauteur des enjeux de nos politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Vous l'avez dit, et le président l'a rappelé, nous sommes dans un contexte particulier sur le plan macroéconomique, mais aussi au regard de nos obligations de freiner les dépenses de sécurité sociale. Nous devons freiner sans réforme structurelle, ce qui rend les choses encore bien plus complexes au vu de l'ampleur de nos déficits, de la dette et des taux d'intérêt.

Ma première question concerne les indemnités journalières (IJ) de l'assurance maladie. Vous souhaitez en effet confier aux partenaires sociaux, avec un objectif de 1 milliard d'euros d'économies en 2027, une réflexion structurelle sur l'indispensable réforme des arrêts maladie. Lancer une telle réforme reposant sur la négociation une année d'élection présidentielle est ambitieux, même si nous n'allons pas tout arrêter au motif qu'il y a des élections ! Pouvez-vous nous indiquer ce qui, à ce stade, a été engagé avec les partenaires sociaux ? Où en sont vos échanges ? S'agit-il d'une économie raisonnable ? Les objectifs seront-ils tenus ?

Ma deuxième question porte sur les transferts vers les complémentaires santé, chiffrés à 0,7 milliard d'euros. Quels sont vos échanges avec les complémentaires à ce sujet ? Quelles pistes envisagez-vous ? Les objectifs sont-ils tenables dans la durée ?

Ma troisième question concerne le chiffrage de l'effort sur les soins de ville. L'annexe 5 du PLFSS l'évalue à 1,5 milliard d'euros, dont 1 milliard sur les IJ, ce qui laisse 0,5 milliard sur les soins de ville hors IJ. Comment envisagez-vous cet effort ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je vous rejoins : il s'agit d'un freinage sans réforme structurelle.

Je veux le dire d'emblée : la construction de ce PLFSS a été guidée par deux volontés. La première est que toutes les mesures inscrites dans ce texte soient possiblement réversibles. C'est la raison pour laquelle certaines mesures chiffrées se déclinent par voie réglementaire, afin de laisser la possibilité à ceux qui nous succéderont au mois de mai de faire évoluer très rapidement les décrets s'ils décident de revenir sur les décisions prises.

La seconde est évidemment, dans un contexte budgétaire contraint, que les mesures que nous proposons puissent être discutées et évoluer lors du débat. Nous souhaitons ce débat. Il nous semble important que, avant l'élection présidentielle, chacun puisse disposer d'un temps pour exprimer ses convictions, négocier et faire avancer les dispositions.

Concernant le chiffrage des arrêts maladie, je sais que vous auditionnez demain le ministre du travail, M. Farandou, qui mène les concertations à ce sujet avec les partenaires sociaux. Il existe un « pack » de mesures sur les arrêts maladie de plus de 2 milliards d'euros, dont certaines ont déjà été prises par décret durant l'été – j'ai moi-même pris le décret concernant les arrêts maladie courts, visant à éviter le nomadisme médical et les comportements abusifs de certaines personnes, capables de consulter plus de cinq praticiens différents autres que leur médecin traitant pour obtenir quelques jours d'arrêt.

J'ai également pris un décret relatif aux affections de longue durée (ALD) non exonérantes, qui réintègre dans le droit commun les personnes ayant besoin d'un arrêt de travail sans être en ALD. Cette mesure s'accompagne de parcours de réadaptation pour favoriser le rétablissement des patients qui seront pris en charge dès le mois de janvier.

L'économie de 2 milliards d'euros sur les arrêts maladie fait baisser l'Ondam de ville, qui s'établit à environ 1 %, contre 3 % pour l'Ondam des établissements de santé. L'Ondam de ville paraît bas parce qu'il intègre 3 milliards d'économies sur le médicament ainsi que les mesures relatives aux arrêts maladie. Mais, si nous regardons ce qui reste dans l'Ondam de ville pour les professionnels de santé, son augmentation se situe plutôt à hauteur de 3 % pour les professionnels médecins et de près de 5 % pour les professionnels non médicaux.

Comme vous le savez, des transferts ont été opérés sur les complémentaires santé, à hauteur de 1,5 milliard d'euros. Le PLFSS prévoit 500 millions d'euros pour l'hôpital et maintient la contribution additionnelle de 2,05 % prévue l'année dernière, laquelle représente 1,1 milliard d'euros.

Je pense avoir répondu sur les soins de ville.

M. Jean-François Rapin, rapporteur pour la branche maladie. – Premièrement, de nombreuses mesures sont prises sur l'antibiorésistance, en complément ou en substitution de dispositions adoptées en 2023 et dont le résultat n'a pas été des meilleurs – le principe reposait sur une compensation financière accordée aux laboratoires pharmaceutiques qui délivreraient ou vendraient moins d'antibiotiques, à commencer par l'amoxicilline. Dans le PLFSS, les mesures relatives à l'antibiorésistance semblent plutôt axées sur la délivrance et la dispensation de ces médicaments, en prévoyant une distribution à l'unité ou en envisageant des dispositifs visant à réduire la consommation. Pensez-vous que le résultat soit meilleur ?

Ma deuxième question rejoint celle d'Olivier Henno au sujet des complémentaires santé – je n'ai pas le sentiment que nous ayons obtenu la réponse attendue. Au-delà du 1,1 milliard d'euros que vous avez évoqué, les 700 millions d'euros mentionnés dans la présentation du budget nous paraissent flous. S'agit-il d'une mesure préventive de transfert simple du financement de la sécurité sociale vers les complémentaires, assortie d'un panier de soins et d'une perspective de prévention ? Ce serait sans doute une bonne chose. Quoi qu'il en soit, nous avons besoin de précisions au moment où s'ouvre le débat parlementaire.

Ma troisième question concerne l'article 21, à savoir le développement du réseau France Santé et la mission de solidarité territoriale. Je sais que vous avez défendu ce dispositif, mais il a parfois fait l'objet de vives critiques et son bilan apparaît très nuancé. Nous avons le sentiment que l'on souhaite aujourd'hui le renforcer alors même qu'il s'avère moyennement satisfaisant. Quelles précisions pouvez-vous nous apporter sur son devenir ?

Enfin, je constate que, aux termes de l'article 30, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pourrait, après expertise bien sûr, autoriser, à terme, la délivrance de certains médicaments sans ordonnance. Cela signifie-t-il que les médicaments délivrés sans ordonnance, qui figureraient vraisemblablement sur une nouvelle liste, ne seraient plus remboursés ? Je ne vois pas comment l'assurance maladie pourrait rembourser un médicament qui n'a pas été prescrit…

M. Jean Sol, rapporteur pour la branche autonomie. – Les années se suivent et les constats ne changent pas pour la branche autonomie. Une fois encore, la cinquième branche est relativement préservée, puisque son objectif de dépenses est en hausse de 2,5 %, contre 2 % pour l'Ondam.

Néanmoins, les perspectives financières sont un peu moins réjouissantes. Le déficit devrait atteindre 1,6 milliard d'euros à l'horizon 2030, ne laissant aucune marge de manœuvre pour financer un effort massif en faveur de l'attractivité des métiers, du virage domiciliaire – particulièrement préoccupant au regard de la démographie vieillissante – et de l'habitat intermédiaire.

J'aimerais tout d'abord vous interroger, madame la ministre, sur l'article 38, qui prolonge l'expérimentation relative au régime de financement des Ehpad. Le consensus autour de cette réforme, parmi les départements comme parmi les gestionnaires d'établissements, est connu de longue date. Notre chambre avait d'ailleurs été à l'initiative de la réduction de la durée de l'expérimentation, estimant qu'une généralisation rapide était souhaitable. Dès lors que le Gouvernement souhaite également une généralisation, pourquoi ne pas l'acter dans ce PLFSS ? Les évaluations sont, pour autant que nous le sachions, positives, et tous les acteurs souhaitent cette généralisation, quitte à prévoir une entrée en vigueur en cette fin d'année. Combien coûterait sa mise en œuvre à l'échelle nationale, sachant que le coût de l'expérimentation menée dans les 23 départements est estimé, sauf erreur de ma part, à 300 millions d'euros ?

Ma deuxième question concerne l'article 39, qui prévoit un mécanisme d'intéressement à l'efficience des Ehpad et des services d'autonomie à domicile prenant la forme de financements complémentaires octroyés par les agences régionales de santé (ARS). Ce mécanisme d'incitation me paraît positif, mais je m'interroge, car nous savons que certaines structures pâtissent d'un manque structurel de moyens, notamment de personnel, pouvant compromettre l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité de l'accompagnement que nous avons tous et toutes en ligne de mire. Ne risque-t-on pas de creuser l'écart entre les structures disposant de marges de manœuvre pour gagner en efficience et les autres ? Quel accompagnement sera proposé aux structures en difficulté ?

Enfin, je m'interroge sur l'article 13, qui prélève une partie de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'attribuer aux départements. Les concours versés aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) seront, me semble-t-il, réduits à due concurrence. Cette mesure constitue un jeu à somme nulle pour les départements, qui ne verront pas leurs ressources augmenter, mais elle fragilisera le pilotage national du financement de l'autonomie. Nous confirmez-vous que cette mesure ne garantit en aucun cas le fléchage de la fraction de la CSG attribuée aux départements vers le financement de l'APA et de la PCH ?

S'agissant de l'article 48, qui concerne les mesures réglementaires de maîtrise de la dépense, le Gouvernement indique que les dépenses d'APA devraient diminuer de 0,25 milliard d'euros pour les départements et de 0,1 milliard d'euros pour la branche autonomie, sous l'effet du recentrage du barème de l'APA sur les bénéficiaires les plus modestes et les restes à charge les plus lourds. Le détail de cette mesure ne nous est pas indiqué. Pouvez-vous nous en dire un peu plus ?

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure pour la branche famille. – Madame la ministre, le PLFSS pour 2027 prévoit plusieurs mesures d'économies sur les prestations familiales, sans en préciser les modalités : gel des prestations à leur niveau de 2026 pour 500 millions d'euros, ralentissement des dépenses du Fonds national d'action sociale (Fnas) pour un montant équivalent et réduction de l'allocation de rentrée scolaire, à hauteur de 600 millions d'euros. Pouvez-vous nous éclairer sur les modalités concrètes selon lesquelles le Gouvernement entend mettre en œuvre ces différentes mesures ?

Par ailleurs, comment justifier un tel effort demandé à la branche famille alors qu'elle est la seule branche de la sécurité sociale en excédent ? La baisse démographique ne pourrait-elle pas être mise à profit pour préserver les prestations légales et renforcer les prestations extralégales, notamment en développant les places en crèche ? Alors que 63 % des femmes et 59 % des hommes déclarent rencontrer des difficultés à concilier vie professionnelle et responsabilités familiales, notamment faute de solutions d'accueil suffisantes, ne serait-il pas préférable de renforcer les moyens consacrés à la politique familiale plutôt que de les réduire ?

Enfin, pourriez-vous préciser les modalités concrètes de mise en œuvre de l'article 37 par les services de l'État ? Compte tenu du nombre important de conventions de sécurité sociale conclues par la France ou par l'Union européenne avec des pays tiers, quels seraient en pratique les bénéficiaires de cette disposition ? Quelle stratégie le Gouvernement entend-il adopter pour renégocier ces accords afin d'étendre le champ d'application effectif de cette mesure ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Monsieur Rapin, je n'ai pas été claire sur les complémentaires. Les transferts demandés s'élèvent à 700 millions d'euros : 500 millions pour l'hôpital et 200 millions pour les cures. Il y aura une diminution du remboursement des cures, comme nous l'avons fait pour les médicaments à service médical rendu (SMR) modéré à faible. Cela représente un transfert aux complémentaires de 200 millions d'euros. S'y ajoute, comme l'année dernière, un transfert de 500 millions d'euros pour le ticket modérateur à l'hôpital, soit un total de 700 millions d'euros, plus 1,1 milliard d'euros au titre de la contribution, qui demeure identique à celle de l'année dernière.

Sur l'antibiorésistance, vous avez raison : ce que nous avions entrepris n'a pas fonctionné pour le Clamoxyl, mais nous faisions face à des limitations dans les outils juridiques. C'est ce que nous proposons de corriger dans l'article qui vise à lutter contre l'antibiorésistance. Vous savez que la France est en avance sur ce sujet, qui a été porté par le Président de la République lui-même lors du sommet *One Health* à Lyon. Nous devons avancer, et cela se fait à l'échelle mondiale. Avec ces mesures du PLFSS, nous concrétisons la possibilité de délivrer les médicaments antibiotiques à l'unité pour ceux qui seront fléchés comme pouvant induire une antibiorésistance en cas de

surprescription, avec des mesures de compensation pour les laboratoires qui ne seront plus nécessairement rémunérés à la boîte – compensation que nous n'avions pas pu mettre en œuvre pour l'amoxicilline, en raison d'obstacles juridiques – ainsi que l'accompagnement des professionnels pour une meilleure prescription des antibiotiques, *via* notamment l'intégration de dispositifs d'intelligence artificielle aux logiciels d'aide à la prescription des médecins. Tous ces outils participent aux mesures de lutte contre l'antibiorésistance.

Vous m'interrogez sur France Santé. D'une part, 50 000 euros de financement en moyenne sont prévus pour les structures du réseau France Santé – qui ne sont d'ailleurs pas que des maisons de santé – qui s'engagent à proposer des rendez-vous sous 48 heures et à moins de 30 minutes pour les patients qui en ont besoin. Nous renforçons ce dispositif. Nous poursuivons la mise en œuvre de l'engagement du Premier ministre, qui était de compter 5 000 maisons France Santé à la fin de l'année 2027. Selon les dernières remontées dont je dispose, leur nombre avoisinerait 3 000.

Dans les mesures d'accès aux soins figure également une disposition permettant de poursuivre et de renforcer les dispositifs de solidarité territoriale des médecins. Il s'agit notamment de soutenir les centres de santé Médecins solidaires, du nom de l'association qui fait se relayer chaque semaine des médecins dans les territoires sous-dotés, en vue d'améliorer l'attractivité territoriale en matière de santé.

Pour ce qui concerne le délistage de médicaments, l'objectif est d'examiner, d'un point de vue scientifique, la possibilité d'autoriser l'accès à certains médicaments que les personnes qui le souhaitent pourraient acheter directement en pharmacie sans avoir besoin de consulter et sans être remboursées, à l'instar du paracétamol. L'idée est que ceux qui le peuvent ne seraient pas remboursés. Ainsi, pour le paracétamol, on est remboursé si l'on présente une ordonnance en pharmacie, mais on peut se passer d'une telle ordonnance et n'être pas remboursé. Une liste de médicaments pour lesquels il serait possible de procéder de la même façon serait ainsi définie.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. – Monsieur le rapporteur, merci pour vos questions. Je vous remercie d'avoir relevé – c'est très important – que le budget de la branche autonomie est préservé, puisque l'augmentation proposée est supérieure à la fois à l'Ondam et à l'inflation, qui est de 1,8 %. Je tiens à dire qu'un déficit à 1,6 milliard d'euros en 2030 n'est qu'une perspective et qu'il nous appartient aujourd'hui de faire en sorte, par des politiques publiques appropriées, que cette perspective ne se concrétise pas.

C'est notamment l'une des priorités de la mobilisation France Autonomie que nous avons lancée, qui donnera lieu à la Conférence nationale de l'autonomie, articulée autour de six priorités, parmi lesquelles figure précisément la prévention. Nous savons qu'un an de gain d'espérance de vie en bonne santé engendre 1,5 milliard d'euros d'économies sur nos dépenses de santé. La prévention est donc précisément un moyen de lutter contre le déficit et de faire face aux éléments démographiques, parfaitement connus, que j'ai rappelés.

Cette mobilisation nous oblige aujourd'hui. La Conférence nationale de l'autonomie prévue par la loi « Bien vieillir » de 2024 permettra de suivre l'évolution des indicateurs chaque année. Permettre aux gens de bien vieillir en bonne santé sera également une bonne chose pour nos comptes publics ! En tout état de cause, c'est un engagement que nous pouvons prendre collectivement autour de l'ensemble de ces priorités.

Pour ce qui concerne l'article 38 et la fusion des sections, le retour des 23 départements comme celui des établissements sont, je l'ai dit, positifs. Le caractère positif de cette expérimentation est, me semble-t-il, partagé par tous.

Pour ce qui est du financement, je répète que le coût annuel de l'expérimentation est de 350 millions d'euros par an : une telle somme a été mobilisée la première année et le sera de nouveau si la mesure est prolongée. Quoi qu'il en soit, si la prolongation est proposée à ce stade, c'est parce qu'un dialogue se poursuit avec les départements et avec l'association Départements de France.

Comme ma collègue et moi-même l'avons indiqué, ce budget est aujourd'hui une proposition que nous soumettons au dialogue, à la construction et au débat. Nous pourrons examiner attentivement les propositions qui nous seront certainement faites.

Concernant le dispositif de l'article 39 et la capacité à accompagner les établissements, il convient effectivement de ne pas confondre deux choses. Il y a, d'une part, ce qui relève du soutien aux établissements dans une situation qui va en s'améliorant : selon les derniers chiffres, 42 % des Ehpad étaient en déficit en 2025, contre 58 % en 2023 et 49 % en 2024. Nous pouvons considérer que c'est toujours trop, mais la situation s'améliore, grâce aux fonds de soutien et d'urgence de plus de 300 millions d'euros qui ont été accordés. Bien évidemment, ce soutien continuera, notamment *via* les ARS. D'autre part, le fonds pour la qualité permettra – c'est important – de soutenir la transformation des Ehpad en maisons France Autonomie, ou en tout cas d'offrir la possibilité d'améliorer la qualité de l'accompagnement. Comme je l'ai indiqué, il permettra aussi de réaliser des économies sur les dépenses de la branche maladie, grâce à une moindre consommation de médicaments et à des hospitalisations moins longues.

Cet ensemble permettra, demain, de soutenir les Ehpad qui en ont encore besoin, mais aussi d'accompagner dans leur transformation ceux qui le souhaitent – il y a une demande en ce sens. Cela permettra aussi d'améliorer le taux d'occupation de certains établissements et, ce faisant, d'améliorer leur situation financière.

Les établissements dans lesquels les sections ont été fusionnées présentent tous une situation excédentaire à la fin de l'expérimentation – c'est un de ses résultats très positifs. Ajoutée à cette fusion des sections, la politique que nous proposons en direction des établissements pourra avoir des effets très forts.

Concernant l'article 13 et la CSG, il prévoit 300 millions d'euros de financements directs, lesquels constituent une ressource pérenne pour les départements par comparaison avec d'autres sources de financement dont ils peuvent bénéficier aujourd'hui, comme les droits de mutation à titre onéreux (DMTO). Cette ressource leur donnera la capacité d'agir sur l'autonomie sans que cela vienne fragiliser le rôle de la CNSA, laquelle n'est absolument pas remise en cause dans son rôle d'acteur central. C'est très important. J'entends les inquiétudes, mais ce n'est ni la volonté ni l'effet de cet article.

Enfin, votre dernière interrogation portait sur l'APA et sur les économies qui résulteraient d'un décret encore en cours d'examen, soumis à différents avis et consultations, notamment du Conseil d'État. Comme vous l'avez indiqué, si ces économies sont le résultat d'une recommandation de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et participent de l'économie générale de ce budget exigeant, elles préservent parfaitement les concitoyens et les personnes âgées les plus modestes. En effet, en dessous de 940 euros, la participation est en tout état de cause égale à zéro. Au-delà, elle s'échelonne de 10 à 90 %. Le montant moyen d'une heure d'aide sera de 12 euros, pour s'élever jusqu'à 36 euros pour les tranches les plus hautes, avec un effort qui portera principalement sur les plans d'aide les moins lourds, c'est-à-dire les personnes les moins dépendantes. Comme vous l'avez indiqué, cet effort s'accompagnera d'une économie de 250 millions d'euros, répartie à parts égales entre les départements et l'État.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je remercie Mme Guidez pour ses questions concernant la branche famille. Il est vrai qu'un effort important est demandé à la branche, à hauteur de 1,6 milliard d'euros. Cet effort est collectif. Il se décompose ainsi : 600 millions d'euros sur l'allocation de rentrée scolaire, que nous proposons de recentrer ; le gel des prestations familiales, à hauteur de 500 millions d'euros – elles ne baisseront ni n'augmenteront, ce qui engendrera des économies du même montant ; 450 millions d'euros sur le Fonds national d'action sociale (Fnas).

Vous avez raison, il convient de veiller aux places de crèche, pas assez nombreuses malgré la baisse de la natalité. J'ai pu obtenir un arbitrage positif – c'était important dans un contexte contraint –, qui se traduira par un plan d'urgence pour les crèches doté de 90 millions d'euros : 30 millions en 2026 et 60 millions en 2027. Ces montants permettront de revaloriser la prestation de service unique (PSU) de 0,75 % en 2026 et de 0,5 % en 2027, mais aussi de proposer le bonus territorial pour les crèches les plus en difficulté et de soutenir le développement des maisons d'assistantes familiales et des assistantes maternelles.

Je rappelle que le Fnas évoluera à la hausse et que l'économie s'apprécie au regard de la trajectoire fixée par la convention d'objectifs et de gestion (COG). Comme je l'ai indiqué, nous portons une attention particulière aux crèches.

S'agissant de l'article sur les délais de carence, je vous prie de m'excuser : je n'ai pas bien entendu votre question.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure pour la branche famille. – Je vous interrogeais sur la condition de durée de résidence pour les étrangers extracommunautaires.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Cette mesure ne concerne pas exclusivement les étrangers : elle porte sur la durée de résidence requise avant de pouvoir percevoir certaines prestations, selon un principe comparable à celui qui s'applique, par exemple, au revenu de solidarité active (RSA). Elle concerne donc les aides personnalisées au logement (APL) et les allocations familiales.

Plusieurs propositions de loi avaient été adoptées sur ce sujet, mais le Conseil constitutionnel les a censurées, notamment parce que le délai prévu était trop long et le dispositif insuffisamment ciblé. La mesure proposée prévoit un délai d'un an et un ciblage plus précis, afin de garantir sa constitutionnalité.

Je rappelle que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) sont exclues du champ de cet article. Nous limitons donc le délai à un an, et la mesure ne s'applique pas aux personnes qui travaillent.

Mme Corinne Bourcier. – Madame la ministre, depuis plusieurs mois, les acteurs du médicament nous alertent sur les conséquences de la politique américaine de la *Most Favoured Nation* (MFN) tant sur l'accès des patients aux traitements innovants que sur les investissements des entreprises en Europe et en France.

Comment ces inquiétudes ont-elles été prises en compte dans l'élaboration du PLFSS pour 2027 ? Quels leviers entendez-vous mobiliser pour concilier la maîtrise des dépenses de santé, l'accès à l'innovation et l'attractivité de la France pour les investissements industriels dans ce secteur ?

Les entreprises du médicament jouent un rôle essentiel dans la recherche, le développement de nouveaux traitements et la réponse aux besoins des patients, notamment dans le domaine du cancer et des maladies rares. Pourtant, les délais d'autorisation, d'évaluation et de remboursement peuvent retarder l'accès aux innovations thérapeutiques et fragiliser l'attractivité de notre pays. Comment le PLFSS pour 2027 entend-il concilier la maîtrise des dépenses de santé avec un soutien durable à la recherche, à l'investissement et à la production de médicaments en France et en Europe ?

Quels moyens seront consacrés à l'accès précoce aux traitements innovants, à la sécurisation des approvisionnements ainsi qu'au développement des biothérapies et des médicaments de thérapie innovante ?

Enfin, quelles garanties le Gouvernement entend-il apporter aux entreprises du médicament pour leur donner une visibilité suffisante sur les prix, les conditions de remboursement et les investissements nécessaires, tout en veillant à ce que l'innovation reste accessible à tous les patients et soutenable pour l'assurance maladie ?

Mme Anne-Sophie Romagny. – Mes questions rejoignent celles de ma collègue Corinne Bourcier. C'est bien évidemment au titre de mes fonctions de présidente du groupe d'études Industrie que je souhaite exprimer mes inquiétudes.

Le PLFSS constitue certes un exercice comptable. Faisons toutefois en sorte d'élargir notre vision court-termiste afin de tenir collectivement compte des réalités industrielles qui découlent de ce texte ou des contraintes qu'il fait peser sur nos industries.

En application des articles R. 163-19 et R. 163-21 du code de la sécurité sociale, la Haute Autorité de santé (HAS) peut déjà réévaluer les médicaments remboursés, de sa propre initiative ou sur saisine des pouvoirs publics. L'article 30 confère à cette compétence un fondement législatif et en élargit l'objet. Au-delà du service médical rendu, la HAS pourra se prononcer sur la pertinence de la prise en charge, notamment au regard des alternatives et des critères médico-économiques. Selon l'étude d'impact, ces réévaluations seront également plus régulières et plus dynamiques.

Cette démarche me paraît pertinente et je vous en remercie, puisque je vous avais alertée sur ce point lors de l'examen du précédent PLFSS.

L'étude d'impact indique que ces réévaluations cibleront en priorité les médicaments dont le SMR est faible ou modéré, soit environ 250 molécules. Or cette priorité ne figure pas dans le texte : en l'état, tous les médicaments remboursés pourraient être concernés, y compris les médicaments matures, souvent produits en France et essentiels à notre souveraineté sanitaire.

Pouvez-vous nous confirmer que ce dispositif sera strictement ciblé sur les médicaments dont le SMR est faible ou modéré ? La rédaction ne devrait-elle pas être clarifiée afin de ne pas fragiliser le modèle des médicaments matures essentiels, indispensables à la prise en charge des patients et à notre souveraineté sanitaire ?

Cette question m'amène à revenir sur la situation de ces médicaments matures essentiels, aujourd'hui fragilisés par une politique de prix restrictive et une fiscalité élevée, qui menacent la rentabilité de leur production en France.

C'est regrettable, alors que nous avons tous œuvré collectivement, dès la sortie de la crise de la covid-19, pour relocaliser la production de matières premières et de certains principes actifs sur notre sol. Il faut désormais veiller à ce que nos industries du médicament disposent des moyens nécessaires pour acheter leurs matières premières en France, afin d'éviter que des millions, voire des milliards d'euros d'investissements ne soient anéantis.

Alors que les médicaments innovants et coûteux contribuent fortement à la hausse des dépenses de santé, les médicaments matures, caractérisés par des volumes importants et de faibles marges, restent soumis à une régulation inadaptée à leur modèle économique. Cette situation risque d'aggraver les pénuries et la dépendance aux importations.

Dès lors, madame la ministre, quelles mesures le Gouvernement entend-il prendre pour instaurer une régulation différenciée entre médicaments matures et médicaments innovants, sans les opposer, afin de mieux tenir compte de leurs modèles économiques respectifs, de préserver la production nationale et de garantir durablement l'accès des patients aux médicaments essentiels ?

Mme Annie Le Houérou. – Madame la ministre, vous nous présentez un PLFSS dont le budget ne réduit pas les dépenses, mais vise à en freiner la progression. Cette orientation nous paraît très insatisfaisante et ne correspond absolument pas aux besoins de soins de la population.

Vous présentez un Ondam en hausse de 2 %, soit un niveau supérieur à l'inflation, évaluée à 1,8 %. Toutefois, la Cour des comptes mesure une croissance naturelle des dépenses de 3,7 % en ville et de 5 % à l'hôpital. Freiner leur progression dans un contexte de vieillissement de la population revient donc à réduire les moyens par patient, sans même tenir compte des mesures d'économies de plus de 5 milliards d'euros nécessaires au respect de l'Ondam.

Votre propre annexe reconnaît que l'évolution tendancielle de l'Ondam atteindrait 3,4 %. Comment parvenir à s'en sortir avec un Ondam limité à 2 % alors que les hôpitaux et les services de soins sont déjà complètement asphyxiés par le manque de moyens ?

Vous parlez également d'un effort collectif. Or cet effort n'a rien de collectif lorsqu'il repose sur les malades et sur les assurés. Je pense aux franchises médicales, dont le montant a été relevé : 700 millions d'euros transférés aux complémentaires santé, environ 1,5 milliard d'euros de déremboursements, 400 millions d'euros de CSG sur les indemnités journalières et 900 millions d'euros d'efforts demandés aux hôpitaux et aux Ehpad. Je ne vois pas comment nous pourrons boucler ce budget sans conséquences sur l'accès aux soins de nos concitoyens.

En matière de prévention, ce PLFSS prévoit d'étendre la taxe sur les produits sucrés, une mesure comportementale que nous soutenons, tout comme nous soutenons la facilitation de l'accès au dépistage et à la vaccination.

Dans le même temps, nous constatons une baisse de 10,6 % des crédits de Santé publique France et de 34,2 % de ceux de l'Agence du numérique en santé, alors même que les travaux sur les usages du numérique en santé sont indispensables, notamment pour optimiser les pratiques et développer l'utilisation de l'intelligence artificielle. J'ai du mal à comprendre ces diminutions budgétaires particulièrement sensibles. Peut-être pourrez-vous nous éclairer sur ce point.

Vous présentez également la protection des enfants et des familles parmi vos grandes priorités. Or les décisions que vous prenez concernant la baisse de l'allocation de rentrée scolaire ou le délai de carence que vous venez d'évoquer pour les étrangers extraeuropéens en situation régulière sont préoccupantes. Vous réalisez ainsi une économie de quelques dizaines de millions d'euros. En réalité, il s'agit d'une mesure très politique, qui répond à des propositions relevant de l'extrême droite et du Rassemblement national, auxquelles nous nous opposons et qui pénaliseront d'abord les enfants.

Pourquoi viser la branche famille, pourtant excédentaire ? Pourquoi cibler ces prestations familiales, notamment l'allocation de rentrée scolaire, mais aussi les autres prestations que je viens d'évoquer ?

Par ailleurs, je souhaiterais obtenir une précision sur les propos que vous avez tenus au sujet des moyens nécessaires aux départements pour assurer le versement de l'APA. Aucune nouvelle recette n'est prévue, hormis, si j'ai bien compris, un transfert de la CNSA.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir préciser ce mécanisme. Selon mon interprétation, il ne s'agit pas de moyens supplémentaires destinés à accompagner les départements face au mur démographique auquel ils se heurtent, avec l'augmentation des besoins liés à l'APA et à la PCH.

En définitive, votre budget ne comporte aucune réforme structurelle – vous le reconnaissez vous-même. Il laisse les professionnels de santé et du secteur médico-social aux prises avec les immenses difficultés qu'ils rencontrent déjà. Surtout, il ne répond absolument pas aux besoins de soins des Français, qui renoncent de plus en plus à se soigner, ce qui entraîne, par ailleurs, une augmentation des besoins de financement de ces soins.

Mme Monique Lubin. – Avez-vous d'ores et déjà décidé que les cures thermales ne seraient plus remboursées et que leur prise en charge serait transférée aux complémentaires santé ? Cette décision est-elle ferme et définitive ou allons-nous reprendre la discussion comme l'an dernier ?

M. Martin Lévrier. – J'ai plusieurs questions à vous poser. La première concerne la mission chargée de l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, qui a rendu ses conclusions le 22 septembre dernier. Une vingtaine de propositions sont sur la table et doivent servir de base à une réforme d'ampleur. Quelles propositions retenez-vous à ce stade ? Quelles pistes envisagez-vous de privilégier ?

J'irai un peu plus loin sur la question des complémentaires santé. La réflexion porte-t-elle sur leur gestion générale et sur leurs frais de gestion, parfois dispendieux au regard de leur mission de service public ? Je m'interroge également sur leurs activités de sponsoring, qui m'étonneront toujours, qu'il s'agisse de bateaux aux couleurs d'une complémentaire santé ou d'équipes de football.

J'en viens au rattrapage vaccinal. J'aimerais vous interroger sur les choix que vous avez faits pour accélérer la prise en charge, par l'assurance maladie, des vaccins administrés dans les établissements de santé disposant d'une pharmacie. L'étude d'impact précise que la mesure concerne, dans un premier temps, les vaccins contre la grippe, la covid-19 et le pneumocoque, ainsi que l'immunisation contre le virus respiratoire syncytial (VRS). Cette liste a-t-elle vocation à évoluer ? À combien estimez-vous l'augmentation de la couverture vaccinale susceptible de résulter de cette mesure ? Vous savez que j'étais favorable à la vaccination obligatoire en Ehpad.

Autre sujet : les négociations conventionnelles. Le PLFSS doit servir de cadre aux négociations conduites par l'assurance maladie avec les pharmaciens, les entreprises de transport sanitaire, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes. À quelle échéance estimez-vous qu'elles pourraient aboutir ? En avez-vous déjà défini le cadre ?

Ma dernière question porte sur la mise en place d'une complémentaire santé dans la fonction publique hospitalière (FPH). À combien estimez-vous le montant du forfait transitoire qui sera versé l'année prochaine aux agents de la FPH au titre de la participation de leurs employeurs à leurs contrats de protection sociale complémentaire ? Où en sont les négociations sur ce sujet, qui revêt également une grande importance ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Madame Bourcier, je vous remercie de votre question sur la *Most Favoured Nation*, sur la manière dont nous tenons tête dans un monde complexe et, plus particulièrement, sur la politique du médicament.

La France est pionnière en matière d'accès à l'innovation. Nous disposons aujourd'hui de traitements innovants. La question est de savoir comment nous pourrons encore en bénéficier dans dix ans. Les décisions doivent être prises dès maintenant, face à une concurrence difficile, notamment avec les États-Unis.

Nous disposons de deux leviers. Nous défendons la mise en place d'un dispositif national d'accès au marché prévisible, robuste et, bien évidemment, fondé sur l'évaluation de la valeur clinique. C'est ce que nous avons inscrit dans l'accord-cadre signé il y a quelques jours par les différents laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Cet accord-cadre est important, car il fera évoluer la régulation des prix. Il prévoit notamment une trajectoire pluriannuelle de baisse tarifaire pour chaque spécialité, ce qui donne de la visibilité, ainsi que l'introduction d'un prix de lancement, mesure particulièrement attendue, qui valorisera notamment la réalisation d'essais cliniques en France. C'est dans cette perspective que j'ai pu annoncer plusieurs mesures en faveur du développement de la recherche clinique dans notre pays.

L'accord-cadre prévoit également l'arrêt de la régulation des prix des médicaments matures après plusieurs baisses, après la perte du brevet ou lorsque les conditions économiques ne sont plus tenables. Il élargit aussi la prise en compte de la localisation des sites de production dans la tarification des médicaments matures, ce qui relève directement de notre souveraineté.

Enfin, cet accord-cadre fait évoluer les procédures de négociation du CEPS afin de réduire la durée des négociations tarifaires et d'accélérer l'accès aux médicaments. Il s'agit donc d'un accord-cadre réellement important.

Par ailleurs, je travaille étroitement avec nos partenaires européens et les autres ministres de la santé, notamment en Allemagne, pour élaborer des réponses européennes qui renforcent l'attractivité de notre pays auprès des laboratoires pharmaceutiques. Nous devons absolument poursuivre nos efforts pour que la France reste un marché permettant encore, dans dix ans, l'accès aux médicaments innovants.

Cette question devrait également figurer parmi les thèmes du débat de la prochaine campagne électorale.

Ces éléments répondent en partie aux questions de Mme Romagny sur la réévaluation des médicaments. La HAS dispose déjà de la possibilité de réévaluer un médicament lorsqu'elle décide de modifier son service médical rendu. Nous souhaitons que cette liste soit actualisée beaucoup plus régulièrement, au fil de l'eau, plutôt que par à-coups.

La mesure proposée vise à instaurer une dynamique de réévaluation continue : celle-ci pourra et devra intervenir beaucoup plus régulièrement, afin que nous puissions continuer à rembourser les innovations.

J'en viens aux questions de Mme Le Houérou, qui a notamment évoqué la trajectoire de l'Ondam. La Cour des comptes relève effectivement une progression tendancielle des dépenses. Pour la branche maladie, cette progression atteint 10 milliards d'euros. Or nous ne proposons que 6 milliards d'euros de dépenses supplémentaires dans ce PLFSS. Nous savons toutefois, comme le souligne également la Cour des comptes, que certaines dépenses peuvent être évitées.

La réduction des hospitalisations évitables permet ainsi de réaliser 1 milliard d'euros d'économies. Par conséquent, ce n'est pas parce que la progression naturelle des dépenses atteint 10 milliards d'euros et que nous n'en finançons que 6 milliards que nous ne répondrons pas aux besoins de soins ! Nous pouvons également mener des travaux d'efficience. C'est ce que nous avons engagé avec les établissements de santé pour continuer, bien évidemment, à soigner les patients.

Comme je l'ai indiqué, un Ondam en hausse de 3 % pour les établissements de santé permet de maintenir des tarifs globalement stables. C'était l'une des conditions que j'avais fixées, avec l'accès aux soins et la protection des enfants.

Concernant les franchises médicales, des décrets ont été pris cet été en raison de contraintes économiques imprévisibles pour notre pays, qui n'étaient pas anticipées lorsque nous nous sommes réunis l'année dernière pour examiner le précédent PLFSS. À cette occasion, je m'étais engagée, avec Amélie de Montchalin, à ne pas toucher au plafond des franchises. J'ai néanmoins revu cette décision en responsabilité, compte tenu de la situation budgétaire de la France, de la crise, notamment dans le détroit d'Ormuz, et de la nécessité de maintenir un déficit soutenable.

Il s'agit donc de transferts visant à réduire le remboursement, par l'assurance maladie, des médicaments dont le SMR est modéré, pour l'aligner sur celui des médicaments dont le SMR est faible. La prise en charge correspondante est ainsi transférée aux complémentaires santé, qui constituent les deuxièmes financeurs.

Je rappelle également que 97 % des Français disposent d'une complémentaire santé susceptible de prendre en charge ces dépenses. Quant au plafond des franchises, qui passe de 50 à 70 euros, il s'agit effectivement d'un effort demandé aux patients, mais cet effort s'élève à 10 euros par an en moyenne pour les Français.

Concernant la taxe sur le sucre, je vous remercie de votre soutien à cette mesure.

S'agissant de l'Agence du numérique en santé, il existe effectivement un effort collectif d'économies dans ce PLFSS. Les enjeux du numérique restent majeurs. L'agence dispose d'une trésorerie liée à une sous-exécution de ses crédits ; nous prélevons donc une partie de ces crédits non consommés.

Je rappelle également que, compte tenu de l'importance des enjeux numériques, la direction de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé a été créée et est opérationnelle depuis le début du mois de septembre. Cette organisation nous permettra de gagner en efficacité sur un sujet majeur, comme vous l'avez souligné.

Madame Lubin, concernant les cures thermales, le texte prévoit effectivement, comme je l'ai indiqué, 200 millions d'euros d'économies correspondant à un transfert de prise en charge vers les complémentaires santé. Le taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire passerait de 65 %, niveau correspondant à celui des médicaments dont le SMR est modéré, à 15 %, soit le taux applicable aux médicaments dont le SMR est faible.

Les cures thermales seraient donc remboursées à hauteur de 15 % par l'assurance maladie obligatoire. Les complémentaires santé qui prennent en charge les cures couvriraient la part restante.

L'année dernière, j'avais saisi la HAS, qui doit se prononcer dans les mois à venir. Vous savez qu'elle a défini une méthode d'évaluation adaptée, puisque les cures thermales ne constituent pas des médicaments et ne peuvent donc pas être évaluées comme tels. L'avis de la HAS permettra de déterminer s'il convient de continuer à rembourser les cures thermales ou de mettre fin à leur prise en charge.

Mme Monique Lubin. – On reviendra donc en arrière ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Si la HAS conclut à un service médical rendu très important, la question pourra être réexaminée. Cette décision relève du domaine réglementaire. Le prochain Président de la République ou le gouvernement qui me succédera pourra également se saisir de cette question. Le décret correspondant n'a pas encore été publié, mais nous proposons cette mesure au titre des économies prévues dans le présent PLFSS.

Monsieur Lévrier, vous avez soulevé la question des réformes structurelles des relations entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, ainsi que celle de l'évolution de notre mode de financement.

À mon sens, ces sujets doivent faire l'objet d'un débat présidentiel, car ils concernent la manière dont nous financerons demain notre modèle social. Il faut notamment réfléchir à l'articulation entre les deux financeurs qui interviennent dans notre pays : l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Pour alimenter cette réflexion, j'avais proposé de confier un rapport à quatre personnalités qualifiées. Celles-ci ont formulé des propositions particulièrement intéressantes et pragmatiques, qui permettent à chacun d'approfondir sa réflexion sur la place respective des deux financeurs, leur coordination et les évolutions possibles de notre modèle.

Concernant la vaccination dans les établissements de santé, plusieurs mesures prévues par cet article permettront d'élargir l'accès à la vaccination. L'une d'elles répond à une situation assez illogique : lorsqu'un patient venait en consultation, par exemple dans un service de maladies infectieuses, le vaccin ne bénéficiait pas d'un remboursement s'il lui était administré au cours de cette consultation. Les dispositions proposées permettront désormais aux médecins de vacciner les patients qu'ils reçoivent en consultation. Ce sont des mesures pragmatiques.

Pour 2027, elles concernent effectivement la grippe, la covid-19 et le VRS. Nous examinerons ensuite les possibilités d'élargissement : les textes ultérieurs pourront prévoir d'autres modalités.

S'agissant des négociations conventionnelles, nous les inscrivons dans ce budget afin qu'elles puissent débuter en 2027. Je ne dispose pas, à ce stade, d'une date plus précise au cours de l'année.

Enfin, concernant la PSC des professionnels hospitaliers, un forfait de 20 euros est prévu pour 2027. Encore faut-il que les représentants concernés acceptent cette proposition : j'ignore quelle sera leur décision. En tout état de cause, la proposition actuellement formulée prévoit un forfait de 20 euros pour 2027, puis le démarrage de la PSC en 2028.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. – Madame la sénatrice Le Houérou, en réponse à votre question sur les départements, l'article 13 et les 300 millions d'euros qui leur sont destinés, je vous confirme que cette somme leur sera bien affectée en supplément.

En 2026, la CNSA a pris en charge 6 milliards d'euros au titre de ses concours, soit 2,5 milliards d'euros de plus qu'en 2021. Les 300 millions d'euros affectés aux départements constitueront donc une somme supplémentaire, mais surtout pérenne et dynamique, puisqu'elle pourra être indexée chaque année sur l'inflation.

Cette somme sera fléchée vers la prise en charge des politiques de l'autonomie. Elle sera répartie entre les départements, globalement en fonction de leur part dans le montant des concours déjà versés. Son montant sera donc indexé sur l'inflation.

M. Philippe Mouiller, président. – Vous avez affirmé tout à l'heure que l'opération était neutre puisqu'il s'agissait d'un nouveau canal de recettes pour les départements, qui s'accompagnait d'une diminution à due concurrence des concours versés par la CNSA. Or vous indiquez maintenant qu'il s'agirait d'une recette supplémentaire.

Les départements bénéficieront-ils, au total, de 300 millions d'euros supplémentaires ou s'agit-il, à l'instant T, d'une opération blanche, même si nous comprenons que ce nouvel outil permettra une évolution dynamique de cette recette dans le temps ?

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. – Le montant des concours n'évoluera pas. En tout état de cause, 300 millions d'euros seront directement affectés aux départements.

M. Philippe Mouiller, président. – Il s'agit donc bien de 300 millions en plus ?

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. – Oui, si l'on se place par rapport à 2026.

M. Philippe Mouiller, **président**. – Il faudra clarifier ce point au cours des débats.

Mme Nadia Sollogoub. – J'ai deux questions concernant la prévention.

La première porte sur l'article 29. L'an dernier, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) a mis en évidence une augmentation des dépassements d'honoraires pour les actes liés au dépistage organisé du cancer du sein, alors même que ces actes ne permettent, en théorie, aucune facturation de dépassements. Le PLFSS pour 2027 propose de répondre à cette problématique en instaurant une obligation de participation des professionnels de santé aux campagnes de dépistage, éventuellement assortie de sanctions.

L'objectif est bien sûr louable, et nous le partageons. Pourquoi, toutefois, choisir une obligation hypothétique, qui ne serait mise en œuvre que lorsque l'accès de la population au dépistage serait jugé insuffisant ? Par ailleurs, la désertification médicale constitue elle-même un facteur de difficulté d'accès aux soins, notamment aux actes de dépistage. Cette obligation pourrait en outre s'accompagner de sanctions, ce qui risque de crisper une nouvelle fois les professionnels de santé, alors que l'accès au dépistage devrait faire l'objet d'un véritable consensus.

Pourquoi avoir privilégié l'obligation de participer aux campagnes de dépistage plutôt que la proposition formulée par la Cnam l'an dernier, qui consistait à interdire les dépassements d'honoraires pour les actes liés aux dépistages organisés ?

Ma seconde question porte sur la prévention et sur l'article 8, relatif à l'extension de la taxe aux produits sucrés et transformés. Là encore, je partage l'objectif. Toutefois, je lis que la taxe s'appliquera aux fabricants et aux producteurs. Si le but est d'amener les enfants à cesser de consommer des produits sucrés, il faudrait éviter qu'ils se tournent exclusivement vers des produits sucrés importés.

Mme Corinne Imbert. – L'antibiorésistance constitue un enjeu majeur de santé publique. En quoi la dispensation à l'unité permettra-t-elle de lutter contre ce phénomène ?

L'encadrement de la prescription me paraît essentiel. L'ANSM travaille d'ailleurs depuis plusieurs années sur ce sujet et a publié des travaux. Dès lors, une fois les antibiotiques concernés identifiés, pourquoi ne pas exiger, plutôt que la présentation à l'officine d'un justificatif délivré par le médecin et apporté par le patient, une ordonnance de prescription particulière pour ces médicaments ? Sur le plan pratique, cette solution me semblerait beaucoup plus pertinente.

Le manque d'observance des patients contribue également à l'antibiorésistance. C'est bien ce qui se passe lorsqu'un patient se dit : « Il me reste quelques comprimés dans l'armoire à pharmacie, j'ai un peu mal à la gorge, je les prends. » La campagne du ministère, « Les antibiotiques, c'est pas automatique ! » avait permis de sensibiliser nos concitoyens sur cet aspect. Il me semble nécessaire de relancer une campagne de ce type.

Enfin, je souhaite formuler une remarque sur la sérialisation. Quelle est la position du ministère à ce sujet ? Je rappelle que cette procédure est obligatoire pour assurer la traçabilité de la chaîne du médicament et lutter contre la contrefaçon.

Par ailleurs, plus de 90 % des antibiotiques sont destinés aux animaux, faisant également de l'antibiorésistance un enjeu majeur dans ce secteur.

M. Bertrand Dupont. – Vous avez évoqué l'instauration de délais de carence pour certaines aides destinées aux personnes qui immigrent en France, à l'exception, bien sûr, de celles qui travaillent. Aujourd'hui, l'accès aux soins est immédiat et couvert pour nombre d'entre elles. Or les Français de l'étranger qui souhaitent revenir en France sont soumis, pour l'accès aux soins, à un délai de carence de trois mois, ce qui constitue non seulement une iniquité entre Français, mais est également inacceptable, puisque les étrangers ne subissent pas cette contrainte.

De plus, vous savez certainement que la Caisse des Français de l'étranger (CFE) est en déficit, principalement du fait du désengagement de l'État pour les catégories dites « aidées ». Quelles mesures comptez-vous prendre pour corriger cette injustice et soutenir cette caisse ?

Enfin, sauf erreur de ma part, je n'ai pas entendu votre réponse sur la manière dont vous comptiez transcrire les mesures dont vous avez parlé dans les accords bilatéraux conclus entre la France et de nombreux pays, qui bénéficient aux Français de l'étranger. Plus généralement, je souhaiterais savoir s'il y a une volonté d'accroître le nombre de ces accords bilatéraux, qui sont extrêmement importants pour nos compatriotes établis hors de France.

Mme Brigitte Bourguignon. – Mes premières remarques s'adressent à Mme la ministre Rist. Comme je l'ai indiqué hier au ministre Amiel, notre commission et le Sénat sont attachés à la maîtrise de la dépense sociale, dans un souci d'équité sociale.

J'ai entendu vos explications sur l'Ondam. Sans formuler véritablement une question, je souhaite relayer les préoccupations exprimées par mes collègues. Nous savons tous qu'un Ondam aussi restrictif que celui qui nous est proposé ne constitue pas seulement un outil macroéconomique : ses conséquences sont microlocales. Dès lors, comment garantir à nos concitoyens que cet effort de maîtrise ne se traduira pas par un rationnement silencieux de l'offre de soins, déjà particulièrement fragilisée dans les territoires ruraux et les villes moyennes ?

Nous n'avons pas abordé la prise en charge des troubles sévères de santé mentale. Or le rapport de l'assurance maladie *Charges et produits pour 2026* souligne les insuffisances de la prise en charge des troubles psychiatriques sévères chez les jeunes, auxquels le dispositif « Mon soutien psy » répond moins directement. Il recommande notamment d'étendre les expérimentations prometteuses menées dans le cadre de l'article 51, comme le dispositif d'intervention précoce (DIP), qui propose une prise en charge précoce et intensive des troubles psychotiques émergents chez les jeunes de quinze à trente ans. Cette possibilité fait-elle partie des pistes que vous envisagez de retenir ?

Madame la ministre chargée de l'autonomie, je crains un effet de trompe-l'œil. Vous mettez en avant, comme l'ont relevé de nombreux collègues, la pérennisation des concours de la CNSA. Toutefois, soyons clairs : cette mesure ne suffira pas à résoudre l'effet de ciseaux mortifère qui étrangle les départements, pris au piège entre l'explosion de leurs dépenses et l'atonie de leurs recettes. Puisque les circuits de financement sont grippés, donnons au moins davantage de souplesse aux acteurs locaux.

D'une part, êtes-vous prête à assouplir et à faciliter le recours aux expérimentations, notamment pour toutes les formes d'hébergement et d'accompagnement alternatives aux Ehpad, comme nous l'avions souhaité ? Je vous l'assure, les territoires sont prêts à s'engager dans cette voie, selon un modèle comparable à celui du plan « 50 000 solutions ».

D'autre part, où en est le projet de transformation des Ehpad en maisons France Autonomie ? Nos aînés et nos soignants ont besoin de savoir s'il s'agit d'un véritable changement de modèle, auquel nous aspirons toutes et tous et dont la mise en œuvre a commencé depuis le Ségur de la santé, notamment dans son volet consacré à l'investissement, ou s'il ne s'agit que d'un label supplémentaire – hypothèse que je n'ose imaginer.

Mme Corinne Féret. – Mesdames les ministres, je souhaite intervenir sur la situation des personnes en perte d'autonomie, plus particulièrement sur l'article 39 du PLFSS, qui vise à instaurer un intéressement à l'efficience des Ehpad et des services autonomie à domicile (SAD). Cet article prévoit la possibilité d'attribuer une dotation financière complémentaire aux Ehpad et à certains services médico-sociaux, en fonction de leurs résultats en matière d'efficience et de pertinence des soins, ainsi que de prévention de la perte d'autonomie.

Or le scandale Orpea a mis en lumière les risques d'une recherche excessive de rentabilité, au détriment de la qualité de l'accompagnement et du bien-être des résidents en Ehpad. Dans ce contexte, votre objectif annoncé de 900 millions d'euros d'économies suscite des inquiétudes quant aux conséquences d'un mécanisme de financement fondé sur la performance. La rédaction actuelle de l'article ne fait aucune référence explicite à la qualité de la prise en charge ni au bien-être des personnes accueillies.

Ne vous semble-t-il donc pas essentiel d'intégrer ces critères, afin que la recherche d'efficience ne se fasse pas au détriment des besoins et de la dignité des résidents ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Pour répondre à Mme Sollogoub sur la prévention, un article me tient particulièrement à cœur : celui visant à améliorer le dépistage organisé du cancer du sein, qui repose notamment sur une seconde lecture des mammographies. Nous constatons en effet que, malgré l'augmentation du nombre de radiologues dans notre pays, le nombre de dépistages diminue. À cela s'ajoutent des inégalités territoriales et sociales.

Après avoir échangé avec des radiologues, notamment ceux qui travaillent sur le cancer du sein, nous soumettons au débat une mesure incitative destinée à rappeler aux praticiens qui réalisent des mammographies et prennent en charge les cancers du sein la nécessité de participer également au dépistage organisé. Celui-ci, vous le savez, s'effectue sans dépassement d'honoraires. Cette mesure vise donc à inciter tous les radiologues qui réalisent des mammographies à prendre part à ce dépistage.

Si la situation ne s'améliorait pas, nous pourrions renforcer considérablement ces incitations, jusqu'à conditionner les autorisations d'exercice, d'installation ou de poursuite d'activité. Il s'agit d'une mesure forte, qui vise à rappeler à tous la nécessité de participer au dépistage organisé.

S'agissant des dépassements d'honoraires, des travaux sont en cours entre les professionnels de santé et la Cnam afin de mieux les maîtriser. Nous en avions déjà parlé lors du débat de l'année dernière. Ces travaux ont commencé, puis ont été interrompus ; ils reprennent désormais avec vigueur.

Concernant la taxe sur le sucre, tous les produits ne seront pas concernés. Seuls seront taxés les produits emballés qui contiennent plus de 10 grammes de sucre pour 100 grammes et au moins un additif. Il ne s'agit pas d'une taxe comportementale visant à inciter les enfants à arrêter de manger des bonbons, mais d'une taxe destinée à dire aux industriels : « Vous avez la capacité de diminuer la quantité de sucre dans vos recettes. »

Cette taxe, dont le rendement est estimé à 300 millions d'euros, sera progressive : si un industriel réduit la teneur en sucre de ses produits pour 100 grammes, le montant de sa taxe diminuera. Il s'agit véritablement de sensibiliser les industriels à un problème majeur de santé publique.

Je rappelle que 80 % des enfants consomment davantage de sucre que les quantités recommandées. Cette surconsommation favorise le développement de maladies cardiovasculaires et du diabète, qui pèseront également, à terme, sur les dépenses de la sécurité sociale, si l'on se place d'un point de vue strictement économique. Nous devons donc regarder la réalité en face et demander aux industriels de réduire la quantité de sucre dans leurs recettes.

J'en viens à l'antibiorésistance. Nous proposons un arsenal de mesures qui feront l'objet d'une concertation avec les acteurs concernés lors de l'élaboration des décrets et de la mise en œuvre du dispositif. Nous avons annoncé la création d'un statut particulier pour les antibiotiques. Ces médicaments présentent en effet des spécificités liées au développement de l'antibiorésistance.

Vous avez raison : nous devons également traiter cette question avec le secteur agricole, selon l'approche *One Health*. C'est ce que nous faisons depuis plusieurs années : nous avons réduit de 50 % la quantité d'antibiotiques administrée aux animaux depuis 2011. Nous poursuivons également le plan ÉcoAntibio.

L'ordonnance prévue est bien une ordonnance renforcée, dont le modèle existe déjà. Il s'agit non pas des ordonnances bleues, mais des ordonnances sécurisées récentes. Je le répète, l'ensemble de ces mesures fera l'objet d'une concertation afin d'organiser la lutte contre l'antibiorésistance. Il est essentiel que nous progressions sur ce sujet.

Concernant la question de M. Dupont sur la CFE, une mission conjointe de l'Igas et de l'Inspection générale des finances (IGF) vient de s'achever. Les travaux se poursuivent, notamment sur les contrats aidés, mais ce dossier relève du ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Par ailleurs, la règle des trois mois vise à éviter les fraudes, mais nous pouvons élargir les possibilités de dérogation. Je vous propose que nous en débattions.

Madame Bourguignon, concernant l'Ondam, je rappelle tout d'abord que les baisses de prix décidées par décret cet été ont permis de réaliser 1,5 milliard d'euros d'économies. Cette mesure minore mécaniquement l'Ondam.

Cet Ondam permet néanmoins, et telle était ma volonté lorsque j'ai accepté de présenter ce texte – c'est d'ailleurs sur ce point que je me suis battue –, de maintenir des tarifs relativement stables. Comme vous l'avez souligné, les choix budgétaires ont des conséquences sur le terrain. Des tarifs stables permettent d'éviter de mettre les établissements de santé en difficulté avec un Ondam limité à 2 %. Cet élément me paraît important au regard de vos préoccupations.

L'Ondam est également minoré par les mesures prises cet été. Je l'ai notamment expliqué pour les soins de ville : le plan d'économies de 2 milliards d'euros sur les arrêts maladie réduit mécaniquement son montant.

Pour autant, ces économies ne portent pas sur l'accès aux soins, contrairement à ce que vous craigniez.

S'agissant de la santé mentale, nous finançons l'augmentation du nombre de professionnels, notamment de médecins et, en particulier, d'internes. Nous bénéficions d'une hausse des effectifs liée à la fin du *numerus clausus*. Une bonne nouvelle mérite d'être soulignée : 627 internes en psychiatrie seront formés en novembre. La psychiatrie devient ainsi la deuxième spécialité en nombre d'internes, après la médecine générale. Nous sommes sur une trajectoire de croissance très importante, qui donne de l'espoir.

De nombreuses mesures en faveur de la santé mentale ont également été annoncées dans le cadre du plan dédié. Leur traduction financière figure dans cet Ondam et dans ce budget. Nous avons notamment prévu des mesures en faveur de la santé mentale des jeunes, en particulier des lycéens. Nous aurons l'occasion d'approfondir ces sujets, puisqu'ils font partie des chantiers sur lesquels le Premier ministre nous a demandé de travailler d'ici à la fin du mois d'octobre. Certaines mesures ont déjà été annoncées avec Édouard Geffray ; nous les renforçons et les présenterons dans les prochains jours.

La santé mentale constitue une grande cause. Le détail de ces mesures ne figure évidemment pas explicitement dans le PLFSS, mais leur financement y apparaît. Je peux notamment citer le renforcement des centres médico-psychologiques (CMP), le dispositif « Mon soutien psy », les formations aux premiers secours en santé mentale ou encore le développement des infirmiers en pratique avancée (IPA), dont je propose de doubler le nombre.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. – Madame Bourguignon, vous mettez l'accent sur les concours de la CNSA. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, ils représentaient 6 milliards d'euros l'année dernière, avec un taux de couverture de 49,5 % pour l'APA et de 34 % pour la PCH.

Je tiens à le rappeler pour que les choses soient parfaitement claires : les 300 millions d'euros prévus à l'article 13 constituent bien des moyens supplémentaires par rapport à 2026. Il s'agit également de moyens pérennes, propres et dynamiques, contrairement à certaines ressources actuelles qui ne présentent pas ces caractéristiques, et ce, sans augmentation des concours. Ces précisions répondent à l'ensemble de vos questions sur ce sujet.

Vous avez parfaitement raison concernant les expérimentations. C'est grâce à l'innovation sociale que nous parvenons à développer des solutions permettant d'accompagner les personnes différemment et, parfois, de manière plus pertinente. Le Village landais Alzheimer en constitue une parfaite illustration. Nous comptons aujourd'hui 426 expérimentations sur le territoire.

C'est précisément ce que j'indiquais tout à l'heure au sujet de la proposition de loi visant à assouplir la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux à caractère expérimental de M. Mouiller et de Mme Lubin, adoptée par les deux chambres. Alors que ces expérimentations étaient jusqu'à présent limitées à cinq ans, avec une durée maximale de dix ans, elles pourront désormais s'étendre sur vingt-cinq ans.

Les porteurs de projets pourront ainsi inscrire leur action dans le temps long, avec l'appui des ARS, qui sont au plus près du terrain. Le rôle de leurs délégués départementaux sera également renforcé : ceux-ci disposeront de la maîtrise du fonds d'intervention régional (FIR) et seront ainsi davantage en prise avec les territoires et les initiatives qu'il convient de soutenir pleinement.

S'agissant de la transformation des Ehpad, je vous confirme que la dénomination « maisons France Autonomie » ne constituera pas un simple label. En vertu d'un texte sur lequel nous travaillons, tous les Ehpad porteront demain ce nom. Ils accompagneront naturellement la transformation du modèle que nous appelons tous de nos vœux. La Conférence nationale de l'autonomie, actuellement en préparation, permettra précisément d'en définir les principes directeurs.

Là encore, des initiatives émergent dans tous les territoires. Les Ehpad ont commencé à engager cette transformation à des rythmes différents et autour de projets variés, mais particulièrement prometteurs.

Je le constate à chacun de mes déplacements. Cette évolution concerne les modalités d'accompagnement, notamment avec les méthodes Montessori, mais aussi l'ouverture d'établissements sur leur territoire. La semaine dernière encore, un café a été inauguré au sein d'un Ehpad. Ailleurs, une école de musique s'est installée dans un établissement. Des centres de ressources territoriaux voient également le jour dans les Ehpad, parfois accompagnés de chambres destinées aux étudiants, de projets intergénérationnels ou de crèches. C'est bien ce modèle que nous souhaitons développer demain, au bénéfice des personnes accueillies comme des professionnels.

La valorisation des lieux de travail participe de notre devoir de valoriser ces métiers. Elle contribuera certainement à fidéliser les personnels dans les établissements, notamment grâce à une attention accrue à la qualité de vie au travail. Il faut rappeler que ces professions connaissent un taux de sinistralité particulièrement élevé. Nous devons donc poursuivre notre action. Les maisons France Autonomie s'adresseront ainsi aussi bien aux résidents qu'aux professionnels.

Madame Féret, votre question me permet de préciser la portée de l'article 39. Vous avez évoqué tout à l'heure le modèle Orpea, ou, plus largement, un type d'établissement auquel nous souhaitons mettre fin. C'est précisément l'objet de cet article.

Il ne s'agit pas de réaliser 900 millions d'euros d'économies : ces 900 millions d'euros correspondent, au contraire, à des ressources supplémentaires que nous allouons à la branche autonomie. Par ailleurs, grâce au fonds prévu à l'article 39, nous attribuons 140 millions d'euros supplémentaires aux Ehpad. Ces moyens additionnels viendront soutenir la qualité de l'accompagnement, en plaçant les personnes au cœur des projets, grâce aux initiatives portées par les territoires et à la possibilité de continuer à accompagner les établissements.

Il s'agit véritablement d'encourager toutes les démarches qui contribueront à cette transformation du modèle. J'ai déjà cité plusieurs exemples : la prévention, la lutte contre les chutes, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, mais aussi la réduction des hospitalisations évitables et de leur durée.

Vous souhaitez que les personnes soient mieux accompagnées et placées au centre des préoccupations de ces établissements, qui sont avant tout des lieux de vie, mais aussi des lieux de soins. C'est précisément ce type d'initiatives que ces moyens supplémentaires permettront d'encourager, les financements pouvant être attribués aux établissements en fonction des projets qu'ils développent.

La qualité de l'accompagnement constitue donc véritablement le cœur de l'article 39.

M. Philippe Mouiller, **président**. – Le chantier est désormais engagé : nos travaux vont donc se poursuivre, et nous aurons certainement des échanges avec les différents ministères pour faire avancer ces dossiers.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités

Réunie le jeudi 15 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités.

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, dans le cadre de nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027, nous accueillons ce matin M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités. Nous profiterons de sa présence parmi nous pour évoquer également des sujets propres au projet de loi de finances (PLF), que notre assemblée examinera dans quelques semaines.

Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir accepté l'invitation de notre commission. Dans le cadre du PLFSS, vous êtes plus particulièrement chargé des branches vieillesse et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Pour ce qui concerne la branche vieillesse, le déficit serait ramené de 8 milliards d'euros en 2026 à 4,8 milliards d'euros en 2027, principalement sous l'effet d'une mesure permettant de déroger à l'indexation automatique des pensions de retraite sur l'inflation et renvoyant à un décret la fixation des coefficients de revalorisation des pensions de retraite d'un montant supérieur à 1 260 euros par mois. On relève aussi la prise en charge par la branche famille des majorations de pensions pour enfants versées par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), qui se traduirait par une économie de 0,8 milliard d'euros à partir de 2027.

Quant à la branche AT-MP, qui a longtemps fait figure de régime en bonne santé au sein de la sécurité sociale, elle serait placée, à compter de 2027, dans une situation de déficit structurel, qui atteindrait 1,5 milliard d'euros dès l'année prochaine.

En outre, vous pourrez bien sûr compléter votre propos en évoquant le projet de loi de finances, en particulier les missions « Travail, emploi et administration des ministères sociaux » et « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités. – Je le dis d'emblée, en tant que ministre du travail et des solidarités, je souhaite poursuivre le travail fructueux que j'ai engagé depuis maintenant plus d'un an avec le Sénat, en particulier avec votre commission des affaires sociales, sur l'ensemble des textes qui relèvent de mon périmètre, selon une méthode chère à votre assemblée et qui privilégie le dialogue, l'écoute et le respect.

Je tiens d'abord à dresser un bref état des lieux de l'année 2026, particulièrement difficile, marquée par des tensions internationales liées au conflit entre les États-Unis et l'Iran et le blocage du détroit d'Ormuz, qui ont handicapé notre économie dans la durée. Je pense naturellement à la hausse des carburants, véritable enjeu pour nos concitoyens.

Le réchauffement climatique n'a pas non plus épargné notre pays : incendies, canicules, sécheresse particulièrement sévère, et ce, dès le mois de mai, dans des régions qui, jusqu'alors, avaient été quelque peu épargnées. Ces événements ont eu un impact très négatif à la fois pour les entreprises et les salariés, ce qui a inévitablement conduit à un ralentissement de la croissance. La partie recettes du projet de loi de finances et celle du projet de loi de financement de la sécurité sociale s'en sont naturellement trouvées affectées.

Pour autant, le Gouvernement ne s'est pas contenté de gérer la crise : il a fait en sorte de faire avancer un certain nombre de réformes structurelles.

Ainsi, l'an dernier, nous sommes parvenus à faire voter une loi de financement de la sécurité sociale qui a eu le grand mérite d'empêcher un dérapage de nos finances sociales. Sans cela, le déficit de la sécurité sociale aurait atteint près de 30 milliards d'euros. J'en profite pour rendre hommage à Élisabeth Doineau, qui officiait en tant que rapporteure générale de votre commission l'an passé, et qui a notamment contribué à la validation par votre assemblée du transfert, ô combien important, de 15 milliards d'euros des comptes de la sécurité sociale vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Il était indispensable pour préserver la trésorerie de notre système de protection sociale.

Je veux également revenir sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, adopté en juin dernier, et dont Olivier Henno et Frédérique Puissat étaient les rapporteurs pour la commission des affaires sociales du Sénat. Ce texte nous permet de mettre en œuvre de nouveaux outils pour lutter plus efficacement contre le travail dissimulé et la fraude à la formation, ce qui devrait nous permettre, j'en forme le vœu, de récupérer plus de 300 millions d'euros.

Le Sénat a également joué un rôle essentiel dans l'adoption du projet de loi portant transposition de l'avenant n° 3 du 25 février 2026 relatif à l'assurance chômage, qui a contribué à une hausse des revenus de l'Unédic de l'ordre de 1 milliard d'euros.

Concernant l'Unédic toujours, je n'ai pas ménagé mes efforts pour revenir sur un règlement européen très injuste de mon point de vue, puisqu'il contraignait les instances françaises à régler les indemnités chômage des travailleurs transfrontaliers, même dans le cas où ceux-ci étaient licenciés par un employeur localisé au Luxembourg ou en Suisse, pays dans lequel ils cotisaient durant leurs années d'activité…

Cette année, le Gouvernement affiche une ambition forte, à la fois dans le cadre du PLF et du PLFSS. Nous visons un déficit de 5 % du PIB pour 2027, ce qui représente un effort énorme – 1 point de PIB ! – par rapport à l'évolution tendancielle de nos comptes. Cela se traduit par des économies importantes que nous entendons réaliser : 11 milliards d'euros résultant de décisions déjà prises, et 43 milliards d'euros liés à des mesures nouvelles inscrites dans les textes fiscaux et sociaux de cette fin d'année. Il y a là un enjeu de sauvegarde nationale : il faut absolument que nous parvenions à maîtriser nos déficits. Nous sommes actuellement scrutés et malmenés par les marchés financiers : nous n'avons d'autre choix que de réagir pour éviter que la situation s'aggrave.

Dans le cadre du PLFSS pour 2027, le Gouvernement prévoit de réduire par deux le déficit des comptes de la sécurité sociale. Permettez-moi de rappeler un poncif : notre système de sécurité sociale se doit d'être à l'équilibre. On le sait, cet équilibre a été presque atteint en 2019, mais la pandémie de covid-19 est passée par là, et nous ne sommes pas parvenus à rétablir nos comptes sociaux depuis lors. Nous n'avons pas réussi à revenir à l'équilibre de nos comptes sociaux. La situation est aujourd'hui inquiétante, puisque nous observons chaque année un déficit de 20 milliards d'euros supplémentaires. Votre commission, je le sais, sera sensible à cet enjeu majeur.

Qui dit réduction du déficit social dit donc économies. Pour autant, le Premier ministre a demandé à chaque membre de son gouvernement de fixer des priorités.

Pour ce qui me concerne, ma première priorité, c'est la jeunesse – j'ai pris cet engagement, je le précise, bien avant le déclenchement du mouvement de grogne des lycéens : mon ministère s'est ainsi fixé pour objectif 800 000 nouveaux apprentis et 270 000 nouveaux contrats d'engagement jeune chaque année. C'est un effort important en direction de nos jeunes.

Ma deuxième priorité est de préserver les plus démunis dans ce contexte budgétaire difficile. C'est pourquoi nous avons maintenu l'indexation du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et du minimum vieillesse sur l'inflation. De la même manière, nous avons souhaité protéger les retraités les plus fragiles en ne désindexant pas les pensions en deçà d'un seuil de 1 260 euros, ce qui représente 85 % du Smic.

Ma troisième priorité concerne l'égalité professionnelle femmes-hommes, une cause importante, pour laquelle il reste beaucoup à faire. Nous avons pris plusieurs mesures en matière d'égalité salariale et d'orientation, mais nous entendons aussi agir en matière de retraites : les femmes ont généralement des métiers moins rémunérateurs et des carrières nettement plus hachées que les hommes. Aujourd'hui, la pension de retraite des femmes est en moyenne inférieure d'environ 35 % à celle des hommes – un peu moins, 20 %, si l'on tient compte des pensions de réversion.

Nous avons la volonté de travailler sur ce sujet, et notamment – c'est directement lié – sur une problématique qui fait débat aujourd'hui, celle des droits familiaux bénéficiant aux foyers ayant trois enfants et plus. J'ai considéré que, compte tenu des réalités sociologiques et économiques propres à notre pays, il convenait de réformer la majoration de pension de retraite accordée aux parents ayant élevé trois enfants et plus, et cela dans le sens d'une forfaitisation, à l'image de ce qui se pratique pour les allocations familiales. Cette mesure, inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, suscitera, je n'en doute pas, de nombreuses discussions au Parlement.

Après les priorités, permettez-moi de vous présenter les mesures les plus ambitieuses du PLFSS pour 2027.

La disposition la plus symbolique est sans conteste le gel des pensions de retraite de base. Soyons parfaitement clairs, nous n'avons rien contre les retraités ; simplement, nous privilégions un effort partagé par tous pour réaliser les économies que j'évoquais précédemment. Chacun doit donc contribuer à l'effort commun.

En France, les retraités représentent 25 % de la population totale. Nous attendons de leur part une contribution de l'ordre de 5,5 milliards d'euros – un chiffre à comparer aux 400 milliards et quelques d'euros de dépenses de retraite chaque année ! Cet effort budgétaire, qui concerne un quart de la population donc, ne constitue que 10 % de l'effort total demandé. La mesure ne nous semble donc pas incohérente.

La réforme envisagée par le Gouvernement dans ce domaine, qui constitue naturellement une copie de départ et qui fera sans aucun doute l'objet de modifications ou de retouches, repose sur deux dispositifs principaux, l'un dans le PLFSS pour 2027 – la fin de l'indexation automatique des pensions de retraite sur l'inflation pour les pensions au-delà de 1 260 euros, pour un gain estimé à environ 4 milliards d'euros –, l'autre dans le PLF pour 2027 – la réduction de l'abattement sur l'impôt sur le revenu, pour une économie évaluée à près de 1,5 milliard d'euros.

Je me dois aussi d'évoquer devant vous le maintien du gel des allègements généraux de cotisations sociales pour les entreprises. Je suis, certes, le premier défenseur des entreprises – n'oublions pas que ce sont elles qui créent l'emploi ! –, en particulier dans le contexte de crise sévère et de concurrence internationale que nous connaissons, mais il me semble normal de faire appel à elles pour contribuer à l'effort national.

L'article 7 du PLFSS prévoit d'intégrer à l'assiette intervenant dans le calcul de ces allègements des éléments variables de rémunération, notamment ceux qui sont liés à l'intéressement. Un dispositif du même ordre concernant la prime de partage de la valeur avait d'ailleurs été voté en 2024. Cela représenterait des recettes supplémentaires de 3,6 milliards d'euros. Pour autant, je le précise, les avantages fiscaux relatifs au dispositif de partage de la valeur ne seraient pas affectés.

S'agissant de la branche AT-MP, nous observons effectivement, monsieur le président, un dérapage des comptes et l'apparition d'un déficit. Cela doit nous inciter à poursuivre nos efforts en matière de prévention. Surtout, le Gouvernement n'a eu d'autre choix que de proposer des mesures paramétriques de régulation de la dépense. Nous avons soumis plusieurs axes de travail aux partenaires sociaux qui, pour faire bref, ont globalement validé le plan que nous leur proposions.

Celui-ci se fonde sur deux mesures sociales et deux mesures fiscales, pour un total d'un peu plus de 800 millions d'euros d'économies qui profiteront au budget de la branche et qui, si elles ne permettent pas un retour à l'équilibre, le comblent au moins partiellement.

Par ailleurs, ma collègue Stéphanie Rist et moi-même sommes favorables à une réforme de la durée des arrêts de travail. Ce poste budgétaire représente aujourd'hui 18 milliards d'euros, un montant en hausse d'un milliard d'euros chaque année. On ne peut pas continuer ainsi, c'est pourquoi nous proposons de moins protéger les arrêts de travail les plus courts et de réfléchir à la meilleure manière de réduire le nombre des arrêts longs. Il existe désormais des réponses thérapeutiques pour lutter contre les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou les dépressions, par exemple.

Enfin, nous voulons combler un trou dans la raquette connu de tous : 3 millions de salariés, intérimaires, intermittents, agents d'entretien, ne bénéficient actuellement d'aucune complémentaire santé d'entreprise.

Pour conclure, l'objectif du Gouvernement est avant tout de trouver des économies pour permettre un retour à l'équilibre de nos comptes sociaux, en faisant en sorte que les efforts soient répartis le plus équitablement possible. L'État lui-même prend sa part ; tout le monde doit donc prendre la sienne. La situation budgétaire de la France est sérieuse : la charge de la dette est devenue le premier budget de l'État.

Au-delà des réformes de fond qu'il importe de mener à bien, il nous faut voter les textes fiscaux et sociaux cet hiver. Il faut absolument un budget à notre pays, car, j'insiste sur ce point, une loi spéciale ne permet pas – on l'a bien vu – à un État de fonctionner durablement.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Merci, monsieur le ministre. La majorité sénatoriale aborde ce débat avec gravité et responsabilité, consciente de l'ampleur du déficit de la sécurité sociale, qui est estimé à plus de 20 milliards d'euros cette année, ce qui représente près de 700 euros par foyer. Un tel montant est bien évidemment considérable et cette situation ne peut plus durer.

S'ajoute à cela le fait que la dette ne peut plus servir de variable d'ajustement, d'autant que les taux d'intérêt auxquels notre pays emprunte ont atteint un niveau insoutenable. Aujourd'hui, réaliser des économies relève d'une obligation morale vis-à-vis des générations futures.

La principale difficulté à laquelle nous sommes confrontés est que nous sommes contraints de donner un coup de frein sans pouvoir mener de réformes structurelles. Telle est la réalité politique dans laquelle nous nous trouvons.

Monsieur le ministre, je ne voudrais pas empiéter sur les compétences de mes collègues rapporteurs de branche ; mes interrogations se limiteront donc à la méthode que vous prônez, celle de l'écoute et du dialogue, notamment dans les négociations avec les partenaires sociaux.

En ce qui concerne les indemnités journalières, d'abord, comment comptez-vous atteindre 1 milliard d'euros d'économies l'an prochain ? De la même façon, comment parvenez-vous aux économies annoncées sur l'Unédic ?

Ma deuxième question porte sur l'article 6 du PLFSS, relatif au régime social applicable aux indemnités de rupture, qui doit également rapporter 300 millions d'euros en 2027. Si la rationalisation du régime social applicable poursuit un objectif louable de simplification et présente un rendement élevé et concentré sur les très hauts niveaux d'indemnités de rupture, elle présente deux inconvénients.

Premièrement, elle conduira à renchérir le coût du licenciement et des ruptures conventionnelles pour l'employeur ; deuxièmement, elle minorera l'indemnisation reçue par le salarié. Comment réagissent les partenaires sociaux, et notamment les organisations d'employeurs, face à une telle mesure ?

Enfin, en quoi consiste plus précisément la réforme de la tarification des AT-MP, qui, selon l'annexe 3 du PLFSS pour 2027, doit aussi permettre de réaliser un gain de 300 millions d'euros ? Quels seraient le véhicule juridique utilisé et le calendrier de mise en œuvre ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Vous avez raison de souligner l'importance de conduire des réformes structurelles. Les retraites en sont un bon exemple : tous les candidats à l'élection présidentielle y vont de leur réforme personnelle !

Je précise que le Gouvernement pourrait amender les mesures qu'il envisage dans le cadre de ce PLFSS, notamment autour d'un scénario alternatif relatif au mécanisme d'indexation automatique des pensions sur l'inflation. Ce mécanisme, je le rappelle, a alourdi les charges de retraite de plusieurs dizaines de milliards d'euros au fil des ans, dont 15 milliards d'euros pour la seule année 2024.

Peut-être est-il temps de remplacer le dispositif de revalorisation existant par un système reposant sur une décision prise par, ou en accord avec, les partenaires sociaux, à l'image de ce qui existe pour l'Agirc-Arrco, un régime pour lequel les organisations syndicales et patronales décident chaque année du niveau de revalorisation. Cela suppose que les partenaires sociaux puissent s'entendre et fassent preuve de maturité et d'un grand sens des responsabilités – après tout, c'est l'équilibre de notre régime de retraite qui est en jeu.

J'aimerais bien que les débats parlementaires nous permettent de réfléchir sur ce point : en prenant inspiration de cette méthode, on pourrait imaginer que, chaque année, ait lieu une sorte de négociation annuelle globale autour du niveau de revalorisation des pensions de retraite. Il faudrait sonder les partenaires sociaux, représentants des entreprises et des salariés, à ce sujet, car, après tout, ils sont les principaux contributeurs du régime à travers leurs cotisations.

Bien sûr, au terme du processus, il reviendrait à l'État de trancher, d'arbitrer ; c'est son rôle. Il s'agirait d'une rupture structurelle, disons-le, qui permettrait de repenser les choses et de s'appuyer sur le dialogue social, dont je suis un fervent partisan pour tout ce qui touche aux problématiques liées au travail.

D'après mon expérience, ce type de méthode fonctionne. Il y a quelques mois, nous avons demandé aux partenaires sociaux de s'entendre sur les ruptures conventionnelles. Ils l'ont fait, ce qui nous a permis de gagner un milliard d'euros. Pour ma part, je préfère que l'on économise moins, mais de manière certaine, plutôt que l'on se lance dans une réforme plus sévère, qui pourrait se révéler hypothétique.

S'agissant de la branche AT-MP, les partenaires sociaux se sont mis d'accord en deux mois pour réaliser 800 millions d'euros d'économies. C'est loin d'être négligeable. Un autre exemple : les partenaires sociaux se sont entendus dans le cadre de la conférence sur le travail, l'emploi et les retraites (CTER) sur ce que l'on a appelé des « voies de convergence ». Disons-le, cela ressemblait à une réforme des retraites pré-discutée, prémâchée, et, croyez-moi, ce n'est pas inintéressant par les temps qui courent.

Pour ma part, j'ai confiance dans leur capacité à se mettre d'accord. Ce sera le cas, j'en suis certain, sur les arrêts de travail : il faut réformer notre système qui protège trop les arrêts courts, si on le compare à ceux de nos voisins européens, sauf dans la fonction publique où des jours de carence sont prévus.

Pour faire bref, notre système surprotège ces arrêts, qu'il est pourtant très difficile de contrôler, compte tenu de leur faible durée, et protège insuffisamment les salariés en arrêt de longue durée, alors que la cessation d'activité, dans ce cas, résulte souvent de maladies graves. Il faut donc réfléchir sérieusement à cette question.

Je le répète, un second axe de travail devra être exploré : l'absence de couverture complémentaire pour environ 3 millions de salariés dans notre pays.

Enfin, troisième et dernier point, qui empiète un peu sur le périmètre de ma collègue ministre de la santé : on observe que les prescripteurs, les médecins, établissent des arrêts de travail d'une durée plus longue que ce que recommande la Haute Autorité de santé (HAS). Il faudra probablement trouver un moyen de mettre un terme à ce phénomène de surprotection.

Cela signifie non pas que les abus sont généralisés, mais qu'il faut davantage de dérégulation pour éviter des comportements préjudiciables à notre protection sociale. Notre système protège, c'est une bonne chose pour tout le monde, salariés comme entreprises, et pour les comptes publics. Il faut évidemment soigner les salariés malades quand c'est nécessaire, car cela est dans l'intérêt général. Je fais confiance aux partenaires sociaux pour trouver une solution dans ce domaine.

Concernant l'Unédic, appelons un chat un chat : les partenaires sociaux sont contre moi ! Après tout, peut-être est-ce la preuve que le dialogue social fonctionne. Quel est l'objet du désaccord ? Depuis quelques années, par principe, l'État demande une contribution à l'Unédic en contrepartie des efforts que celui-ci fournit pour réduire le chômage au travers notamment de France Travail, de la formation, de l'accompagnement par le RSA, *etc*. Nous estimons que, dans la mesure où ces efforts financiers de la puissance publique profitent à l'Unédic, il n'est pas anormal de lui demander une participation.

Reste la question du niveau de cette participation : c'est cela qui pose problème.

L'an passé, l'effort, de 4 milliards d'euros, était particulièrement élevé. Ce montant a même fait l'objet de débats au sein du Gouvernement, au sein duquel coexistent des sensibilités un peu différentes : j'ai obtenu que cette participation financière ne grève pas trop les comptes de l'Unédic, afin que ces derniers restent à peu près à l'équilibre.

Cette année, pour respecter ce même objectif de stabilité des comptes, le Gouvernement estime que la contribution devra s'élever à 2,1 milliards d'euros. C'est la réponse que je peux apporter à la question sous-jacente que vous me posiez, monsieur le rapporteur général.

J'ai oublié d'évoquer dans mon propos liminaire les salariés aisés, qui, comme les autres – entreprises, retraités, *etc*. – doivent contribuer aux efforts en vue du redressement de nos comptes sociaux et fiscaux. Or certains d'entre eux – dirigeants, cadres supérieurs – parviennent à pratiquer l'optimisation lorsqu'ils rompent leur contrat de travail. Il semble en effet qu'un licenciement soit davantage exempté de cotisations qu'une rupture de travail négociée, ce qui est évidemment anormal.

Pour éviter cela, nous souhaitons homogénéiser la fiscalité sociale et les exonérations de charges s'appliquant à l'ensemble des modalités de rupture des contrats de travail. Nous avons ainsi envisagé que, au-delà d'un plafond d'environ 50 000 euros, aucune exonération de cotisations ne soit plus possible, quel que soit le cas de figure. Si elle était adoptée, cette mesure ne concernerait que 5 % des cas de rupture de contrat de travail. À titre d'illustration, une indemnité de départ de 100 000 euros, dans le système que nous vous proposons, conduirait au paiement de 5 000 euros de cotisations. Cela ne nous paraît pas complètement déraisonnable, d'autant que cette disposition s'inscrit dans l'effort partagé dont j'évoquais l'importance.

Pour tout vous dire, j'ai eu des échanges à ce sujet avec les représentants du Mouvement des entreprises de France (Medef) pas plus tard que la semaine dernière. Ils ne sont pas satisfaits des choix du Gouvernement. Je peux les comprendre, car certains d'entre eux – la réforme des allègements généraux de cotisations notamment – renchérissent le coût du travail, mais il n'en reste pas moins que la gravité de la situation commande de faire des économies. Cela étant, nous en sommes au tout début du parcours parlementaire de ce PLFSS. Nous verrons bien par la suite comment les choses évoluent.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure pour la branche vieillesse. – Monsieur le ministre, je vous remercie pour ce point de méthode qui nous permet d'y voir clair sur la manière dont vous envisagez le déroulement des débats budgétaires à venir. Je vous remercie également d'avoir souligné que le Sénat, et singulièrement la commission des affaires sociales, était souvent un partenaire précieux pour apporter des réponses justes et responsables aux problèmes posés, et proposer des solutions à la hauteur des enjeux.

En ma qualité de rapporteure pour la branche vieillesse, je souhaite vous interroger sur l'article 35 du PLFSS pour 2027, qui prévoit de déroger au droit commun en matière d'indexation automatique de la revalorisation des pensions sur l'inflation. Le texte prévoit ainsi plusieurs seuils fixés par décret. Le Gouvernement a-t-il l'intention de revaloriser certaines pensions dont le montant est supérieur au seuil de 1 260 euros par mois que vous avez mentionné ?

Vous avez également prévu de fixer à 2 000 euros par mois le seuil en deçà duquel un prochain gouvernement pourrait modifier le montant des pensions dans le cadre du budget dit « réversible ». Sur quels critères ces deux seuils de 1 260 euros et de 2 000 euros de pension par mois ont-ils été retenus ? Il s'agit d'un point important pour que nous puissions juger de la pertinence de ces mesures. Sur la population totale des retraités, combien de personnes seraient-elles concernées par l'application de chacun de ces seuils ?

Monsieur le ministre, il convient de tenir compte de l'acceptabilité des mesures. Il faut à la fois expliquer, informer nos concitoyens et leur faire prendre conscience des enjeux avec pédagogie, afin de faire accepter l'effort collectif demandé.

J'en viens à l'article 34 et notamment à la substitution de la majoration de 10 % des pensions versées aux parents ayant trois enfants ou plus par une majoration forfaitaire. D'après l'étude d'impact, cette mesure aurait un coût nul, ce qui conduit à s'interroger sur son intérêt : à quoi bon une mesure qui ne permet pas de faire des économies ? J'en comprends cependant l'idée sous-jacente : rétablir une forme d'équité entre pensionnés. La disposition devrait en effet contribuer à revaloriser les petites pensions, notamment celles des femmes.

Nous sommes très nombreux à partager cet objectif, mais des voix se sont élevées pour remettre en cause ce choix, et nous nous devons de les entendre. Je pense en particulier au chef d'état-major des armées, M. Fabien Mandon, qui s'est récemment ému de cette réforme devant la commission de la défense de l'Assemblée nationale, considérant qu'elle pourrait avoir des conséquences désastreuses pour les militaires. Or le budget de la défense est au cœur des priorités du Gouvernement et des nôtres, ces propos doivent donc être entendus : M. Mandon considère que la disposition que vous proposez conduirait un sous-officier à perdre jusqu'à 90 000 euros sur l'ensemble de sa retraite, une somme considérable, et pourrait, de ce fait, entraîner le départ massif des cadres de l'armée et nuire à l'attractivité des métiers.

Pourriez-vous nous indiquer la proportion des majorations versées aux hommes militaires parmi l'ensemble des majorations de pensions versées aux parents de trois enfants et plus ? À titre d'information, quels seraient les effets d'une exclusion des militaires de ce dispositif ? Enfin, de manière plus générale, disposez-vous d'une vision précise des gagnants et des perdants de cette réforme ? Pourriez-vous par ailleurs nous transmettre des études statistiques pour compléter notre information ?

Mme Micheline Jacques, rapporteur pour avis de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». – Les crédits du programme 157 « Handicap et dépendance » augmentent de 5,5 % pour atteindre 17,3 milliards d'euros en 2027, une hausse principalement portée par la dynamique des dépenses d'allocation aux adultes handicapés (AAH), dont le nombre de bénéficiaires devrait croître de 1,9 %.

Pourtant, les objectifs d'insertion professionnelle demeurent modestes : le taux de bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité en milieu ordinaire ne progresserait que de 0,2 % entre 2025 et 2027. Le projet annuel de performances (PAP) reconnaît par ailleurs que le moratoire sur les créations de places en établissements et services d'accompagnement par le travail (Ésat), en vigueur depuis 2013, pèse sur les perspectives d'emploi en milieu protégé.

Si la progression continue des dépenses d'AAH répond naturellement à d'importants besoins sociaux, elle ne saurait dispenser le Gouvernement d'une politique ambitieuse d'insertion professionnelle. Comment expliquez-vous la faiblesse des perspectives de progression de l'emploi des allocataires en milieu ordinaire ? Envisagez-vous de lever le moratoire sur les créations de places en Ésat et de renforcer les passerelles vers le milieu ordinaire ?

Plus fondamentalement, comment entendez-vous faire évoluer notre politique du handicap afin que l'accompagnement vers l'autonomie et l'emploi constitue un objectif aussi central que le soutien financier ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Notre proposition initiale de revalorisation ajustée des retraites pour l'année prochaine, dont nous attendons un rendement de 4 milliards d'euros, repose sur deux seuils fixés par la loi : 1 265 euros et 2 000 euros. Le premier, qui correspond à 85 % du Smic, est un seuil historique dans le domaine pour définir administrativement la notion de « petite retraite », bien que l'on puisse en débattre à l'infini ; le second ne répond à d'autre logique que celle d'un compte rond. Si vous souhaitez modifier ces seuils, ils relèvent de la loi et donc de l'amendement.

En revanche, nous proposons que le taux soit fixé par décret, nous verrons comment la discussion évoluera à ce sujet. L'idée est celle d'un décret réversible : comme l'a souligné le Premier ministre, il s'agit d'un budget pour quelques mois, compte tenu de l'élection présidentielle de l'année prochaine. Procéder par voie réglementaire permettrait au nouveau gouvernement, s'il estimait insuffisants les niveaux que nous avons arrêtés et souhaitait les modifier, de réagir très vite pour mettre en œuvre la politique pour laquelle il aura été élu. Ce mécanisme ne pourrait jouer qu'à la hausse : pour ajouter et non pour diminuer. Tel est le sens de cette proposition : si le Parlement n'en veut pas, elle ne figurera pas dans le texte. Dans le cadre des amendements à venir, l'attitude du Gouvernement consistera à préserver le quantum.

Nous additionnons au fond deux instruments distincts : l'indexation partielle et la révision à la baisse de l'abattement. Pour freiner la dépense sociale l'année prochaine, nous devons tenir compte du fait que, sans mesure nouvelle, les dépenses de retraite augmenteront de 13 milliards d'euros, répartis en deux moitiés à peu près égales.

La première résulte mécaniquement du vieillissement : les entrées en retraite sont plus nombreuses que les sorties, et les nouveaux pensionnés disposent de revenus moyens légèrement supérieurs en raison de la progression des salaires au fil des ans. Hors réforme – un sujet dans lequel je n'entrerai pas à ce stade –, nous n'avons aucune prise sur cet effet mécanique. Le seul frein disponible réside donc dans l'indexation partielle ou l'abattement.

La compréhension et l'acceptabilité de cet effort sont effectivement importantes. Il ne faut toutefois pas nous caricaturer en nous accusant de nous acharner contre les retraités : ceux-ci représentent 25 % de la population et contribuent à hauteur de 10 % de l'effort, soit un peu plus de 5 milliards d'euros sur un total de 54 milliards.

En outre, même s'il convient de manipuler ce sujet avec précaution sans jamais opposer les générations, nous entendons le souci des actifs de ne pas être les seuls sollicités et de voir l'effort partagé. Il ne me paraît dès lors pas anormal de faire appel aux retraités, bien que ce débat de fond exige du dialogue et de la pédagogie, à laquelle les travaux parlementaires contribueront peut-être. Il me semble que certains retraités commencent, du reste, à le comprendre et souhaitent participer à l'effort général pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

S'agissant des majorations pour enfants, il me semble que vous partagez le principe d'une plus grande équité. Historiquement, la répartition présente un écart très marqué, 62 % du total pour les hommes contre 38 % pour les femmes, que rien ne justifie. Je tiens à rassurer chacun : contrairement à ce que certains ont cru au début en nous prêtant l'intention d'être créatifs, cette mesure ne poursuit aucun objectif budgétaire ; elle est réalisée à masse constante dans un but de justice. Dès lors, les femmes en sont les gagnantes et les hommes les perdants.

Par ailleurs, la forfaitisation induit un second mouvement entre les petites retraites, gagnantes, et les hautes retraites, perdantes.

Or, si l'on entend peu les gagnants, les perdants s'expriment, en l'occurrence les militaires. Je pèserai mon commentaire : j'eusse préféré que cette discussion eût lieu au sein du Gouvernement entre les ministres concernés. Si le chef d'état-major des armées, personnage militaire le plus élevé du pays, a naturellement le droit d'avoir des préoccupations et des désaccords, la bonne manière de les traiter ne passe pas, à mon sens, par des articles dans les journaux. Le débat démocratique, interne ou partagé au Parlement, me semble de meilleure nature pour aborder de tels sujets, qui prennent, à défaut, très rapidement un tour passionnel.

Au demeurant, si notre mesure désavantage, certes, les officiers supérieurs, elle avantage à coup sûr les hommes de troupe. L'institution forme une pyramide : il revient aux chefs militaires d'apprécier où réside l'intérêt général de leur corps.

Ne disposant pas ici de la part que représentent dans le total les militaires, lesquels relèvent d'un système à part, je retiens la proposition du président de vous transmettre cette réponse par écrit, assortie d'un calcul plus précis des gagnants et des perdants. Dans la mesure où le forfait s'élève à 200 euros pour la fonction publique, dont font partie les militaires, un taux de 10 % situe le point de bascule à 2 000 euros : en deçà, on est à peu près assuré d'être gagnant ; au-delà, on perd, peu lorsque l'on dépasse légèrement ce seuil, davantage avec une pension de 7 000 euros. Mathématiquement, le quantum de perte croît en proportion du niveau de la pension et du nombre d'enfants.

Enfin, le régime des militaires étant déjà détouré au sein du calcul des retraites, il demeure techniquement possible de les exclure du périmètre, tout en maintenant la mesure générale.

Madame la rapporteure, il n'est pas dans mon style de me défiler : n'étant pas le ministre délégué chargé des personnes en situation de handicap, je vous répondrai sur le champ du ministère du travail, avec une bonne nouvelle dont je ne me priverai pas, tant elles sont rares : les crédits des entreprises adaptées, dont les Ésat, relèvent de mon périmètre et vont augmenter de 1,36 % pour atteindre 432 millions d'euros. Par les temps qui courent, préserver et même accroître une ligne budgétaire traduit l'importance que nous accordons à cette politique.

Plus largement, la situation s'améliore, mais il faut poursuivre nos efforts. Le taux de chômage des personnes en situation de handicap a reculé de 17 % à 11 %, mais il demeure supérieur d'environ 3 points au taux de chômage général, lequel avoisine 8 %. Notre objectif est très clair : aligner ces deux taux, au niveau le plus bas possible.

Les personnes en situation de handicap ont le droit de travailler ; nous y tendons, mais un effort reste à accomplir avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), le Conseil national handicap et emploi des organismes de placement spécialisés (Cheops), France Travail et les entreprises, afin d'accueillir chacune d'entre elles, quel que soit son handicap, et de lui trouver un emploi.

Mme Monique Lubin. – Monsieur le ministre, mes collègues et moi-même aurons beaucoup à dire lors des débats ; je souhaite commencer par revenir sur votre affirmation initiale selon laquelle votre projet de budget épargnerait les plus démunis.

Non : en ne touchant pas aux prestations telles que le revenu de solidarité active (RSA), il épargne les plus démunis des plus démunis, mais non les plus modestes, que le gel des prestations frappera nécessairement.

Lorsque vous appelez à partager l'effort, je constate quant à moi que celui-ci repose toujours sur les mêmes : ceux qui ne perçoivent pas de prestations disposant de revenus un peu plus élevés, leur gel touche forcément les plus modestes. Ne dites donc pas que ce projet de budget ne concernera pas essentiellement les plus pauvres, car tel sera bien le cas.

Le seuil de 1 260 euros pour les retraites fera également débat. Peut-on se dire non pas aisé, mais simplement tranquille, avec 1 260 euros lorsque l'on vit seul – vous avez notamment évoqué les femmes – et que l'on doit encore acquitter un loyer, tous les Français n'étant pas propriétaires de leur logement ? Comment vit-on avec une telle somme ? Vous me répondrez que ces pensions seront revalorisées ; toutefois, entre 1 260 et 2 000 euros, la revalorisation sera moindre. Or, en deçà de 2 000 euros, une personne seule qui paie un loyer n'est pas un retraité aisé.

Ces discussions auront lieu et nous n'en sortirons pas. Pour autant, nous aurons l'occasion de rappeler comment nous en sommes arrivés à la situation budgétaire effectivement dramatique de notre pays. Face à cela, vous n'évoquez que des baisses de dépenses, qui frappent toujours les mêmes, sans jamais parler de hausses de recettes ni des Français les plus aisés. Je regrette de devoir relever que l'effort, dont vous dites qu'il doit être partagé, l'est toujours par les mêmes classes sociales !

Quant à l'Unédic, je sais que la présentation de certains budgets exige des efforts de langage, mais j'admire les vôtres : le Gouvernement organise en réalité sa faillite. Vous ponctionnez chaque année ses caisses de sorte que son budget diminue, après quoi vous expliquez aux demandeurs d'emploi qu'ils doivent consentir des efforts. La durée d'indemnisation ne cesse d'être réduite, jusqu'à atteindre aujourd'hui quinze mois.

Nous verrons ce que cela produira, dans la conjoncture économique, pour certaines catégories de chômeurs, notamment les plus de 50 ans, alors même que le Medef, qui nous enjoint de travailler plus longtemps, se refuse à employer les plus de 55 ans, voire les met à la porte dès qu'il en a l'occasion – c'est un autre débat.

Sur l'Unédic, j'avoue peiner à trouver les mots, tant la ficelle est énorme. Nous aurons de riches débats !

M. Martin Lévrier. – Je suis convaincu de la nécessité de trouver une solution afin que les retraités participent davantage à la solidarité nationale. Pour autant, je rappelle qu'en 2018, lors de notre première réforme transférant les cotisations d'assurance chômage et d'autres prélèvements vers la contribution sociale généralisée (CSG), nous avions déjà envisagé d'appliquer la hausse de CSG à tous les retraités ; après le mouvement des gilets jaunes, fin 2018, le seuil a été relevé, de mémoire, à 2 000 euros, alors que notre groupe demandait 1 800 euros dès l'origine du débat.

Je rejoins donc mes collègues socialistes pour vous appeler à la vigilance : le seuil de 1 260 euros constitue un sujet très sensible. Je ne suis pas certain que commencer au plus bas soit bien compris ; or nous avons besoin de l'être. Il faut peut-être demander davantage à d'autres.

Peut-être faudrait-il également interroger le niveau du minimum vieillesse, quasi identique à celui de la retraite minimale. Je le dis clairement : j'ai du mal à comprendre qu'une personne n'ayant pas cotisé, n'ayant donc pas participé à la solidarité nationale, durant toute sa vie, perçoive autant qu'un retraité touchant la pension minimale. Ce vrai sujet mériterait, à mon sens, d'être abordé, peut-être au cours de ces discussions.

Vous savez, par ailleurs, combien je suis attaché à l'apprentissage, pour lequel je me battrai jusqu'au bout : je vous remercie d'avoir évoqué ce dispositif et de poursuivre le développement de ces formations, qui constituent une richesse pour nos jeunes, d'abord, et pour notre pays, ensuite.

J'ai toutefois une question à la marge concernant les annonces relatives à la formation continue. Alors que la réforme de 2018 reposait sur une philosophie dans laquelle chaque individu prenait la main sur sa formation, maintenons-nous cette orientation, revenons-nous progressivement à la logique ancienne confiant bien davantage la main à l'employeur, ou recherchons-nous un juste équilibre ? Il me semble important que vous nous précisiez vos propositions en la matière.

Sur le chômage, vous aviez créé l'an dernier une sorte de *task force* avec les industries désireuses de recruter, notamment dans le secteur de la défense. Ce dispositif a-t-il été évalué et poursuivons-nous dans cette voie ?

Conduisant actuellement des auditions en tant que rapporteur sur un sujet relatif au temps de travail, je mesure le nombre d'entreprises qui cherchent des salariés sans en trouver : cette dissonance nous échappe complètement et appelle sans doute d'importants efforts pour susciter l'envie de rejoindre ces métiers. Continuez-vous d'y travailler ?

Enfin, ma question paraîtra peut-être idiote, mais vos propos sur les accidents du travail m'ont conduit à rapprocher ceux-ci de la maladie. C'est la collectivité, la solidarité nationale, qui finance tant l'accident du travail que l'arrêt maladie. Face à des générations que l'on dit, non sans raison, de plus en plus individualistes, ne serait-il pas pertinent de diffuser des messages de prévention, à l'image de la campagne « Les antibiotiques, ce n'est pas automatique », qui avait bien fonctionné ? Sans culpabiliser quiconque, il s'agirait de rappeler que la solidarité paie ces arrêts et que chacun doit prêter attention à la manière dont il aborde ce sujet.

Mme Nadia Sollogoub. – Je souhaite vous alerter sur la suppression, à l'article 5, des exonérations sociales bénéficiant aux ateliers et chantiers d'insertion. À l'issue du débat nourri que nous avons eu cet été sur les personnes les plus éloignées de l'emploi, j'ai compris combien ce sujet vous tenait à cœur, et je partage pleinement votre préoccupation. J'ai toutefois voulu faire passer le message que, face à la diversité des dispositifs permettant de ramener ces publics vers l'emploi, nous ne pouvons nous permettre d'en favoriser un au détriment d'un autre : tous doivent être traités à égalité.

Même s'il existe d'autres outils, les chantiers d'insertion jouent un rôle essentiel dans nos territoires. La suppression de ces exonérations, qui occupent une place très importante dans leur budget en raison du nombre de contrats concernés, provoquera assurément de la casse.

Alors que j'entends parler de milliards d'euros depuis le début de cette réunion, il s'agit ici de 15 millions d'euros : la mesure n'en est pas moins extrêmement grave pour nous. Soyez attentif à nos chantiers d'insertion, monsieur le ministre : on ne saurait déshabiller Paul pour habiller Pierre ou Jacques.

Mme Annie Le Houérou. – Je souhaite vous interroger sur les exonérations et exemptions de cotisations sociales, qui représentent un coût annuel de 75 milliards d'euros et constituent dès lors un gisement de recettes important pour rétablir les comptes de la sécurité sociale. Vous dénoncez vous-même la trappe à Smic créée par les allègements généraux – et généreux, pour certains ! –, dont le rapport Bozio-Wasmer ainsi que les travaux d'autres économistes ont démontré l'absence d'efficacité sur l'emploi au-delà de 1,6 Smic.

L'assiette des cotisations sociales devrait correspondre à celle de l'ensemble des revenus d'activité soumis à la CSG, en intégrant les compléments de salaire dans toute leur diversité : intéressement, actionnariat salarié, indemnités de rupture.

Ne serait-il pas plus efficace de borner simplement et clairement les allègements généraux à deux Smic, soit 3 734 euros bruts mensuels ? Outre leur manque de lisibilité et leur complexité, les exemptions d'assiette qui s'ajoutent aux exonérations profitent d'abord aux grandes entreprises et aux plus hauts revenus.

Puisque vous appelez à un effort collectif et partagé, pourquoi ne pas mettre ceux-ci à contribution avant de geler les prestations des familles et des retraités, lesquels seront affectés par la désindexation dès le seuil de pauvreté à 1 260 euros ?

Je m'interroge également sur la suppression des exonérations sociales destinées aux ateliers et chantiers d'insertion publics, acteurs absolument essentiels du retour à l'emploi des personnes les plus éloignées, qui emploient 9 000 salariés. Dans votre budget, cette économie, si l'on ose dire, ne représente que 15 millions d'euros, soit bien peu au regard de l'équilibre général.

Tout le monde doit participer à l'effort, dites-vous ; en réalité, certains y participent plus que d'autres dans ce texte.

M. Jean-François Rapin, rapporteur pour la branche assurance maladie. – J'aborderai deux points. Premièrement, comment le Gouvernement parvient-il à s'étonner que la branche AT-MP, bénéficiaire pendant plus de dix ans au point de contribuer à résorber le déficit de la sécurité sociale, soit brutalement devenue déficitaire depuis deux ans ? Ce basculement a des causes, parmi lesquelles, sans entrer dans le détail, une contribution très forte – quoique peut-être inférieure aux attentes de l'assurance maladie – ou la sous-déclaration d'accidents du travail passés en maladie. J'aimerais recueillir votre éclairage général sur ce sujet.

Deuxièmement, vous avez glissé vers la branche maladie à propos des arrêts de travail, en estimant que les professionnels de santé ne respectaient pas nécessairement les recommandations de la HAS, voire les interprétaient dans un sens plus protecteur.

Pour avoir l'expérience de ces logiciels, je voudrais vous faire remarquer, même s'il ne s'agit peut-être que d'un détail dans la masse globale des indemnités journalières, que les référentiels de la HAS ne prennent pas en compte, ou très peu, la polypathologie. Or il est assez fréquent que celle-ci, malgré un diagnostic précis sur une affection donnée, donne lieu à un arrêt de travail beaucoup plus long.

Mme Ghislaine Senée. – Parmi la multitude de sujets dont nous débattrons lors de l'examen du PLFSS, je souhaite vous interroger particulièrement sur l'article 37, qui restreint l'accès aux prestations familiales des ressortissants étrangers hors Union européenne.

Comme vous le savez, dès le mois de septembre, vingt et un syndicats et organisations des secteurs de la lutte contre la pauvreté, du logement, de l'asile, de l'enfance, de la famille et du grand âge se sont élevés, dans un courrier qui vous a été adressé, contre ce projet instaurant un délai de carence pour l'ouverture des prestations sociales non contributives aux étrangers en situation régulière.

Bien que présentée comme ciblant des prestations indépendantes de l'activité professionnelle, cette mesure frapperait d'abord des travailleurs, notamment des salariés à bas revenus qui cotisent et paient l'impôt. Elle toucherait tout particulièrement les métiers en tension, aides-soignantes, cuisiniers, agents d'entretien, pour lesquels l'État organise lui-même le recrutement de main-d'œuvre étrangère. Priver ces salariés des aides au logement et des prestations sociales dont bénéficient leurs collègues placés dans une situation identique fragiliserait des secteurs qui peinent déjà à recruter et contredirait les objectifs mêmes de la politique de l'emploi.

Monsieur le ministre du travail et des solidarités, comment justifier que des salariés en situation régulière, qui cotisent et s'acquittent de l'impôt, soient exclus de droits ouverts à leurs collègues dans une situation strictement identique ?

Mme Monique Lubin. – Puisque cette audition porte tant sur le projet de loi de finances (PLF) que sur le PLFSS, ma question est simple : quand mettrez-vous fin à cette petite musique qui monte dans certains médias autour du coût de la retraite des fonctionnaires ?

On voit bien resurgir par là ce qui n'avait pas fonctionné il y a deux ans environ au Conseil d'orientation des retraites (COR), lorsqu'avait été évoquée une troisième convention intégrant les pensions de la fonction publique.

La publication actuelle de ce coût ministère par ministère laisse aisément deviner les commentaires et les calculs de pourcentages sur le déficit des retraites qui s'ensuivront. Une telle démarche ne servira qu'à monter les Français les uns contre les autres : ce n'est vraiment pas le moment, et je pense qu'il faut faire cesser très vite ces murmures.

M. Dominique Théophile. – Vos propos de ce matin sur le budget ne concernent presque pas l'outre-mer, en particulier pas les Antilles, car nous ne relevons pas du même paradigme.

Les chiffres nationaux ne parlent pas à nos territoires, caractérisés par la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté, l'exiguïté du marché, la faiblesse de l'industrie, une forte précarité et surtout un déclassement massif : pour avoir choisi de rester au pays, plus d'un tiers des débutants occupent un emploi inférieur à leur qualification, y compris des diplômés à bac + 5 dont leurs perspectives sont bloquées par l'étroitesse des opportunités.

Pour ne pas me borner à un constat, je réitère une suggestion : la France devrait modifier sa maquette budgétaire, conçue pour l'Hexagone alors que la réalité ultramarine est tout autre. Pour ce qui nous concerne, le document qui nous est soumis ne constitue pas un budget, mais une simple ligne, consacrée à la défiscalisation. Il faudrait ménager au sein de cette maquette un véritable débat sur l'outre-mer, afin d'aborder les mêmes problématiques à une autre échelle. Cela coûterait moins cher à la France, en permettant d'intégrer la coopération avec notre bassin géographique.

Il faut bien comprendre que cette ouverture représente non pas un danger, contrairement à l'appréhension qui régnait dans les années 1950 et 1960 quant à un éventuel départ de ces territoires vers d'autres pays, mais bien une chance d'entretenir avec nos voisins, sans même parler des États-Unis, une coopération aujourd'hui entravée par le veto de la France. Même en matière sportive, il nous est interdit de participer à des championnats extérieurs, de crainte que le drapeau français ne soit, dit-on, galvaudé de la sorte pour des territoires.

Le paradigme ayant également changé à l'échelle nationale, il importe de repenser ce cadre : les mouvements sociaux s'annoncent très durs et feront resurgir les revendications d'indépendance comme les enjeux d'insécurité.

C'est maintenant, au terme du double quinquennat d'Emmanuel Macron, qu'il convient, à mon sens, d'amorcer ce mouvement pour ouvrir une perspective, au lieu d'en laisser l'initiative à d'autres sans savoir à quel saint nous serons voués.

Nos concitoyens, lorsque nous tentons de leur restituer localement les débats nationaux, ne parviennent pas à saisir leur lien avec leur réalité. Accordez donc une attention particulière à l'outre-mer, car, en matière de travail et de solidarité, rien n'y correspond à votre description.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Sans surprise, quelques nuances nous séparent de Mme Lubin. Je ne souscris pas à l'idée que ce budget toucherait « essentiellement les plus pauvres » : nous ratissons large et, à écouter le Medef, celui-ci se sent lui aussi très concerné. J'ignore si l'on peut s'en consoler, mais le fait que cela râle partout est peut-être le signe que nous avons trouvé un point d'équilibre. J'entends votre ressenti et je conçois que la définition même du partage de l'effort fasse débat, mais telle est bien notre intention.

En revanche, j'assume notre désaccord sur le volet des recettes : nous cherchons effectivement à limiter le recours à l'impôt et à la taxe. Ce débat de fond, presque de société, que nous avons déjà eu l'an dernier, se poursuit : faut-il accroître les recettes par la fiscalité, sur quels contribuables et pour quel montant ? De manière générale, notre taux de prélèvements obligatoires étant déjà très élevé, nous ne sommes pas favorables à de nouvelles hausses de barème, indépendamment d'éventuels effets d'assiette. Nous avons d'ailleurs posé un acte en indexant le barème de l'impôt sur le revenu, afin d'éviter que de nouveaux ménages modestes n'y entrent.

Sur l'Unédic, chacun ayant exposé ses arguments, il n'est sans doute pas utile que je répète les miens. En revanche, vous avez entièrement raison de pointer le sujet majeur que constitue l'emploi des seniors dès 50 ans. Ceux qui, comme moi, estiment que la réforme des retraites impose de demander aux Français de travailler plus longtemps doivent impérativement traiter cette question, sous peine d'incohérence : il faut faire en sorte que l'on travaille à 48, 50, 52, 55, 60 et 62 ans. Je me bats sur ce point fondamental pour que les seniors trouvent un emploi, et les entreprises ont à cet égard un rôle important à jouer.

Je vous rejoins sur la piste que vous ouvrez : je souhaite qu'elles déploient à l'intention de leurs seniors une véritable politique de ressources humaines (RH), en les conservant, quitte à aménager les postes de travail et à identifier leurs besoins, en leur faisant confiance, en les formant et, pourquoi pas, en en recrutant à l'extérieur. Même s'il ne relève pas nécessairement du budget, cet enjeu de politique publique est essentiel.

Quant au chiffrage de la retraite des fonctionnaires, cela n'émane pas du ministère du travail.

Mme Monique Lubin. – Cela vient de Bercy.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Le mécanisme n'a rien de nouveau : chacun sait que ces pensions sont portées par le budget de l'État et retracées dans la comptabilité des ministères, lesquels ne sont pas logés à la même enseigne selon leurs effectifs. Les montants sont ainsi spectaculaires à l'éducation nationale, qui compte de nombreux agents, tandis qu'ils sont bien moindres dans mon ministère, par exemple.

Comme pour d'autres régimes, ce problème tient principalement à la démographie et traduit l'application du principe de solidarité, à ceci près que l'État, en qualité d'employeur, assume directement cette charge dans son budget.

Sur la formation continue, la question vise, je pense, le compte personnel de formation (CPF). Le principe selon lequel la décision appartient au titulaire du compte est maintenu.

Toutefois, face à un élargissement parfois excessif des formations éligibles, nous rappelons que l'esprit du dispositif réside dans l'accompagnement d'un projet professionnel, d'autant que ce financement provient des entreprises, avec un léger complément de l'État. Il n'est donc pas illogique d'adresser un signal en ce sens : si chacun demeure libre de puiser dans notre très vaste catalogue, nous instaurerons des tickets modérateurs modulés selon l'éloignement de la formation par rapport à un projet professionnel.

Ce reste à charge sera nul dès lors qu'un tel projet existe, sans pour autant que le salarié soit prisonnier de son entreprise, puisqu'il peut légitimement souhaiter changer de métier ou d'employeur. De même, aucun ticket modérateur ne s'appliquera à l'intelligence artificielle (IA), dont nous allons accélérer l'apprentissage afin d'inciter l'ensemble des salariés français à acquérir un socle minimal de compétences sur cet outil appelé à se généraliser dans toutes les entreprises.

Je vous remercie d'avoir soulevé ce sujet, qui emporte bien une traduction budgétaire. J'ai effectivement engagé dès mon arrivée une action en faveur des recrutements industriels. Comme je l'ai constaté, le risque que des secteurs porteurs, qui créeront, heureusement, dans notre pays de bons emplois industriels, plus qualifiés, mieux rémunérés et riches de sens, car essentiels à notre souveraineté, ne parviennent pas à recruter n'est pas nul.

D'ici à 2030, entre les créations nettes et les nombreux départs à la retraite, les besoins atteindront 100 000 emplois dans l'industrie de la défense et 500 000 dans le nucléaire, l'énergie et la transition écologique, sans oublier près de 200 000 chefs d'exploitation agricole qu'il faudra remplacer dans les prochaines années : à défaut de candidats, la machine ne tournera pas.

Sans nier le travail déjà accompli, il faut toujours rester humble, j'ai eu le sentiment, en partie justifié, qu'il fallait passer à la vitesse supérieure. J'ai d'abord expérimenté cette méthode dans l'industrie de la défense en recrutant une générale pour faire le pont entre le monde complexe du travail et le secteur un peu fermé de la défense, lequel fonctionne en autarcie sous le sceau du secret-défense ; ces deux univers collaboraient déjà, mais pouvaient le faire plus étroitement.

Six mois plus tard, nous avons mis au point un prototype dans le Var : nous disposons désormais d'un *process*, de données et d'une cartographie inédite des besoins par métier sur chaque territoire.

Mon tropisme de directeur des ressources humaines (DRH) reprenant le dessus, je suis dès lors en mesure de déployer une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) pour organiser la fabrication des ressources nécessaires : recrutements, formations, centres d'apprentissage, création d'écoles. J'ai d'ailleurs écrit à une vingtaine de préfets afin de décliner ces projets territoriaux autour des métiers de la défense, avant d'étendre la démarche au nucléaire et aux autres filières.

Nous obtenons ainsi de premiers effets très concrets, marqués par des passages à l'acte et une montée en échelle sur l'ensemble du territoire.

Pour rappel, les accidents du travail sont financés par les employeurs, tandis que les arrêts maladie relèvent pleinement de la solidarité nationale. La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles incombe à l'employeur, car il est chargé de la prévention : il est responsable à la fois juridiquement, moralement et techniquement de la santé de ses travailleurs. Il s'agit d'un principe fondamental dont découle une série

d'obligations, notamment l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp).

La responsabilité économique des entreprises les incite à faire davantage en matière de prévention, car, encore une fois, il faut éviter les accidents. Lorsque ces derniers surviennent, il faut les gérer et remédier à leurs conséquences, mais la priorité absolue reste la prévention. Or celle-ci peut exiger des moyens : adaptations des postes de travail ou équipements de sécurité supplémentaires pour le travailleur, par exemple. Il s'agit ici d'une forme d'application du principe pollueur-payeur, et c'est la raison pour laquelle les cotisations sont variables : une entreprise qui enregistre de nombreux accidents du travail voit son taux de cotisation augmenter, ce qui est une saine pénalisation permettant de rappeler aux employeurs qu'ils doivent veiller à la protection de leurs salariés.

L'arrêt maladie, en revanche, relève davantage d'une logique de solidarité : il n'est pas un congé, et il faut donc en appeler tant à la solidarité qu'au sérieux de chacun.

Concernant les ateliers et les chantiers d'insertion, vous avez évoqué un principe d'équité. Il est effectivement question d'une mesure de justice : les autres types de structures ne bénéficiaient pas d'exonérations, il s'agit donc d'un alignement sur le droit commun des employeurs publics.

J'en viens aux allègements généraux « purs », c'est-à-dire aux réductions de charges, qui représentent 65 milliards d'euros. Ils ont fortement diminué puisqu'ils s'élevaient précédemment à près de 90 milliards d'euros ; la tendance est donc bien à la réduction des allègements.

Il existe par ailleurs un débat sur les seuils, les industriels étant très attachés à un seuil de trois Smic, car de nombreux salariés du secteur se situent à ce niveau de rémunération. Il faudra donc manipuler ce levier avec précaution : alors que nous souhaitons promouvoir l'industrie, prenons garde aux signaux que nous pouvons envoyer.

Il me semble d'ailleurs que nous ne couperons pas à une réforme de fond des allègements généraux, en nous inspirant du fameux rapport Bozio-Wasmer. Comme cela a été souligné, l'effet de trappe à Smic est redoutable et est lié au fait que l'on envoie de mauvais *stimuli* aux patrons dans les entreprises : sortir quelqu'un du Smic et lui verser 100 euros de plus coûte 450 euros supplémentaires à l'entreprise, qui hésitera forcément. Il faudra nécessairement revenir sur cette barrière, parce qu'elle provoque une concentration des salaires autour du salaire minimum.

Il y a donc là un sujet qui supposera une réforme plus en profondeur du système, comme je l'ai indiqué aux représentants du Medef, qui le savent et qui, au fond, admettent la nécessité d'un changement, même si la réforme à mener reste à définir.

Quant aux causes du dérapage de la branche AT-MP, certains publics doivent être suivis de près, à commencer par les jeunes et les primo-arrivants dans l'entreprise. Dans le cadre du plan Santé au travail (PST) que nous avons lancé cette année, nous demandons aux entreprises de renforcer la prise en charge des nouveaux arrivants, car les statistiques montrent que ceux-ci sont particulièrement exposés aux accidents : nous ne voulons pas que des drames se produisent, à plus forte raison pour les jeunes.

La santé mentale constitue également un enjeu dans ce domaine : il peut s'agir de l'importation d'un problème de santé mentale dont la cause est extérieure à l'activité professionnelle, mais l'entreprise peut aussi en être responsable lorsque le management est toxique ou que les salariés sont exposés à une surcharge de travail. Les entreprises doivent reconnaître qu'elles peuvent être source de problèmes en termes de santé mentale, et mener des actions de prévention.

En outre, les TMS restent l'une des principales causes d'accidents du travail, ce qui est irritant alors que des moyens sont disponibles pour les réduire sensiblement, qu'il s'agisse des gestes et postures ou d'équipements tels que les exosquelettes.

S'agissant des travailleurs étrangers, je ne me déroberai pas en prétendant que le sujet ne relève pas de mon ministère : je suis partisan d'une immigration de travail, car les entreprises ont besoin de salariés étrangers. Les Français répugnent à effectuer certains métiers pourtant indispensables, qu'il s'agisse du ménage, du nettoyage du matériel roulant la nuit, ainsi que j'ai pu le constater lorsque j'étais à la SNCF, de la restauration ou encore des métiers du soin. Il ne s'agit d'ailleurs pas uniquement de métiers peu qualifiés, puisque nous sommes bien contents de disposer de médecins étrangers pour faire tourner nos hôpitaux.

Je suis donc très clair sur ce point : notre pays aura besoin d'immigration de travail. Compte tenu du vieillissement de la population, je ne vois guère comment nous pourrions nous en passer. En lien avec le ministre de l'intérieur, nous sommes d'ailleurs en train d'examiner les suites à donner à la circulaire Retailleau, qui arrive à terme en fin d'année, car nous devons absolument pouvoir procéder à des régularisations s'agissant de personnes qui exercent des métiers en tension, afin que ceux qui le méritent puissent travailler et s'insérer dans notre pays.

Pour ce qui est des outre-mer, enfin, je mesure bien les différences géographiques et culturelles qui les distinguent de l'Hexagone. Comme vous l'avez dit, monsieur Théophile, vous vous sentez peut-être autant américain qu'européen, et il faut l'entendre. Les outre-mer sont autant de cas particuliers : les Antilles ne sont pas La Réunion, qui n'est pas Mayotte, qui n'est pas la Polynésie, qui n'est pas la Guyane. Par conséquent, quand nous évoquons « l'outre-mer », et pour aller dans votre sens, il faudrait presque examiner la situation de chaque territoire ultramarin séparément.

Tout part de l'économie et je souhaiterais travailler avec chacun des territoires sur un projet de développement, en tenant compte de ses forces comme de ses faiblesses. Nous avons avancé sur l'outre-mer avec le dispositif d'exonération de cotisations patronales dit Lodéom – en référence à la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer – auquel nous ne touchons finalement pas.

M. Dominique Théophile. – Il suffirait d'élaborer une loi-programme par territoire !

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Mon ministère a un bilan s'agissant de l'outre-mer : nous allons donner un cadre pour la mise en œuvre de la convergence sociale à Mayotte, tandis que le dispositif Lodéom est stabilisé. De plus, les outre-mer ne sont pas concernés par la politique générale visant à diminuer le nombre de contrats aidés : nous tenons bien compte des spécificités de ces territoires, même si cela peut vous sembler insuffisant.

M. Dominique Théophile. – Il faut mener chaque année un combat pour maintenir un dispositif économique mis en place l'année précédente : ce n'est pas normal ! C'est la raison pour laquelle j'évoque une loi-programme : nous ne devrions pas avoir à nous battre pour maintenir un dispositif tel que Lodéom, que nous avons sauvé !

M. Philippe Mouiller, président. – Tous les allègements de charges font l'objet d'un débat chaque année.

Je vous remercie, monsieur le ministre.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

M. Guillaume Couillard, directeur délégué de la Caisse nationale de l'assurance maladie

Réunie le mercredi 21 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de M. Guillaume Couillard, directeur délégué de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous poursuivons ce matin nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027.

Pour débuter, nous accueillons M. Guillaume Couillard, directeur délégué de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), en remplacement de M. Thomas Fatôme, qui est empêché ce matin.

Je vous précise que cette audition est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et qu'elle sera consultable en vidéo à la demande.

Monsieur le directeur, dans le PLFSS pour 2027, le Gouvernement prévoit un redressement sensible de la situation de la branche maladie, dont le déficit serait ramené à 7,8 milliards d'euros l'an prochain, contre 12,5 milliards d'euros en 2026.

Cette nette amélioration découlerait notamment d'efforts portant sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), à hauteur de 3,9 milliards d'euros d'économies nettes des mesures nouvelles en dépenses ; de la reconduction de la contribution des organismes complémentaires pour 1,1 milliard d'euros ; de la contribution sur les produits transformés sucrés représentant un montant de 0,3 milliard d'euros.

Au total, l'Ondam s'établirait à 278,7 milliards d'euros en 2027, en progression de 2 % par rapport à 2026.

Le caractère réaliste d'une telle maîtrise de la dépense et l'acceptabilité des mesures qui la conditionnent constituent, bien sûr, des éléments clés de l'équilibre du texte, et nous allons avant tout vous interroger sur ces deux grands enjeux.

Je vous laisse sans plus attendre la parole pour un propos liminaire, dans lequel vous pourrez nous détailler les principales mesures, législatives et réglementaires – c'est important car cet aspect est aussi essentiel dans l'équilibre budgétaire. Je laisserai ensuite la parole au rapporteur général et aux rapporteurs de branche, suivis par les membres de la commission qui souhaiteront intervenir.

M. Guillaume Couillard, directeur délégué de la Caisse nationale de l'assurance maladie. – Je voudrais prendre quelques minutes pour faire le lien entre le PLFSS à venir et le rapport Charges et produits tel qu'il a été publié par la Cnam, comme chaque année, en juillet. Cela permettra de voir quelles dispositions du PLFSS sont issues de ce rapport et de mettre le texte en perspective avec la stratégie de la Cnam pour le système d'assurance maladie et sa pérennité.

Nous avons repris, pour ce rapport Charges et produits, la même méthodologie et la même approche que celles de l'an dernier, qui nous avaient conduits – je suis certain que vous vous en souvenez tous – à dresser certains constats sur l'urgence à agir pour améliorer la situation financière de la branche maladie.

Nos propositions s'appuyaient alors sur trois axes : le virage préventif, que nous avions qualifié de « défi de la décennie » ; la qualité des soins et des parcours de soins ; l'ensemble des problématiques de pertinence, volume des soins, niveau des tarifs et lutte contre la fraude, que nous avions regroupées sous le libellé « le juste soin au juste prix ».

Je mentionne ces trois axes car ce sont eux qui structurent l'action de la Cnam tout au long de l'année, tout comme le rapport Charges et produits que nous avons publié, avec, en soutien sur ces trois thèmes, un travail autour du numérique en santé. Je précise également, à l'attention des sénateurs intéressés par le sujet, que nous avons ajouté un développement spécifique aux outre-mer.

Le premier axe est celui de la prévention.

Comme les années précédentes, le rapport débute par des prévisions financières et des projections de déficit des comptes de l'assurance maladie. Dans ce cadre, nous avons pu apporter des éléments chiffrés sur un point qui vous paraîtra peut-être évident, c'est-à-dire la nécessité d'agir sur deux leviers complémentaires pour atteindre l'objectif de stabilité de la dépense de l'assurance maladie dans le PIB.

Le premier levier, la régulation prix-volume, ne suffit en effet pas à lui seul : une régulation de même niveau que celle de la période avant-covid, entre 2015 et 2019, permet d'économiser une quinzaine de milliards d'euros à l'horizon 2030, ce qui ne garantit pas une stabilité de la dépense de santé dans le PIB. Il faut donc y ajouter la prévention, car c'est elle qui permet de stabiliser la prévalence des maladies chroniques dans la population, un déterminant clé dans l'évolution de la dépense. Selon nos estimations, une bonne performance sur ce levier permettrait de dégager un rendement d'environ 10 milliards d'euros d'ici à 2030.

Ces éléments chiffrés illustrent bien l'importance du levier préventif et de notre capacité à agir collectivement sur les tendances de fond constatées depuis quelques années, à savoir la croissance des maladies chroniques et des polypathologies.

Le PLFSS qui vous est soumis reprend certaines des mesures que nous avons proposées en matière de prévention.

Premier sujet, qui nous est cher à la Cnam : la vaccination.

Nous insistons beaucoup sur l'importance de la vaccination et son impact sur le système de santé. Nous avons notamment proposé une mesure, reprise à l'article 27 du PLFSS, permettant la prise en charge de la vaccination pour les personnes hospitalisées ou celles résidant en Ehpad. Nous avons en effet constaté certains freins au rattrapage vaccinal, et il nous semble important qu'une personne en contact avec un hôpital soit vaccinée lorsque cela est pertinent. Nous espérons, avec cette mesure, gagner quelques pourcentages d'adhésion de la population aux campagnes de vaccination. Dans le rapport, nous évoquons aussi la vaccination contre le pneumocoque, ces infections représentant 3 milliards d'euros de dépenses en hospitalisation alors que moins de 20 % des plus de soixante-cinq ans sont vaccinés.

Deuxième sujet, nous avons fait appel cette année à l'OCDE pour tenter d'objectiver le retour sur investissement des mesures de prévention, en passant une dizaine d'entre elles au crible des critères de l'organisation.

Il ressort de cette étude que la mesure ayant le plus fort retour sur investissement est l'obligation d'affichage du Nutriscore sur les produits emballés, dispositif que nous avons proposé l'an dernier et que nous reprenons cette année. Cela me permet d'évoquer la question de la nutrition et la mesure d'élargissement de la taxe sur les produits sucrés que nous proposons pour tenter de limiter les conséquences négatives d'une alimentation trop riche, trop sucrée, trop salée, trop grasse. Pour celles et ceux que cela intéresse, nous avons également travaillé sur les produits ultra-transformés, dont, désormais, l'impact sur la santé est également bien documenté.

Le rapport Charges et produits comprend d'autres développements, notamment sur le tabac et l'interdiction générationnelle de la cigarette récemment adoptée par le Royaume-Uni. Nous avons aussi travaillé sur la possibilité pour les infirmières de faire le dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Je serai plus rapide sur le deuxième axe, concernant les parcours de soins, mais je tiens tout de même à vous donner quelques éléments, étant précisé que tous n'ont pas de traduction législative.

Je débuterai par le développement de la participation des patients à leurs soins, à travers les recueils de l'expérience patient et leurs résultats.

Certains d'entre vous ont sans doute déjà entendu les acronymes bizarres que sont Prems (*Patient-Reported Experience Measures*) et Proms (*Patient-Reported Outcomes Measures*). Ces dispositifs de recueil ont beaucoup progressé à l'hôpital au cours des dernières années. Nous appelons de nos vœux leur développement en médecine de ville.

J'insisterai par ailleurs sur la prise en charge des personnes âgées car c'est, dès aujourd'hui, l'un des enjeux majeurs pour notre système de santé.

En matière de bon usage du médicament, nous avons réalisé plusieurs études sur l'utilisation des benzodiazépines, notamment chez les plus de soixante-cinq ans, et nous avançons plusieurs propositions pour favoriser l'arrêt de ces traitements, comme faciliter le recours à « Mon soutien psy » ou permettre l'expérimentation de techniques de sortie de traitement par une diminution progressive des doses. Nous présentons également plusieurs études sur le dépistage des maladies neurodégénératives, en particulier sur l'accès à l'expertise, sur les personnes hospitalisées en établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou sur les hospitalisations potentiellement inappropriées pour les résidents d'Ehpad.

J'en viens au troisième axe – le juste soin au juste prix – qui nous ramène naturellement à l'examen du PLFSS.

Nous évoquons évidemment, dans le rapport Charges et produits, la question des arrêts maladie et des indemnités journalières (IJ).

Un article du PLFSS concerne la coordination entre le médecin du travail, le médecin-conseil et le médecin traitant. Il nous paraît important pour l'amélioration de la prise en charge et la prévention de la désinsertion professionnelle. Nous avons constaté, à partir de retours du terrain, qu'il y avait parfois des difficultés d'échanges entre ces professionnels, dont le rôle est pourtant essentiel dans le traitement des arrêts qui se prolongent. Nous espérons donc que la mesure sera adoptée.

Je signale également – et j'y reviendrai s'il y a des questions – d'autres mesures prises dans ce domaine, comme la généralisation en 2026 du dispositif « SOS IJ », qui permet au médecin traitant de faire appel au service médical de l'assurance maladie en cas de situation complexe.

Un autre article du PLFSS est directement issu des propositions du rapport Charges et produits : il concerne la lutte contre les fraudes.

Cet article, qui traite de la qualité de transmission des informations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, peut paraître affreusement technique et peu stratégique, mais notre conviction, fondée sur l'expérience opérationnelle, est qu'il peut avoir un impact extrêmement fort. En effet, l'utilisation de la norme SESAM-Vital ou des dispositifs numériques de transmission des pièces jointes permet de sécuriser les dossiers, d'éviter les rejets et de lutter contre les fraudes, qui, malheureusement, sont en augmentation.

Enfin, nous avons réalisé plusieurs études sur le médicament, dont une étude concernant la notion de désescalade thérapeutique. Il s'agit là de considérer que, dans certains cas, il est possible de réduire les doses de médicament, notamment de chimiothérapie, sans perdre de bénéfices cliniques, mais en diminuant les effets secondaires et le coût pour l'assurance

maladie. Nous traitons aussi des sujets de bon usage et de déprescription, en proposant notamment des consultations à l'entrée en Ehpad et les dispositifs d'arrêt de benzodiazépines que j'ai mentionnés précédemment.

Globalement, les propositions du rapport Charges et produits visaient une stabilisation de la dépense dans le PIB et ne traitaient pas explicitement la question du déficit. Mais, comme cela a été rappelé par le président, la copie proposée par le Gouvernement cette année affiche une augmentation de l'Ondam fixée à 2 %, permettant de réduire le déficit à moins de 8 milliards d'euros. C'est évidemment un élément important pour la pérennité du système à long terme.

Nous avons peu développé la partie concernant les complémentaires santé. Nous avançons simplement une proposition sur le système des contrats dits « responsables », c'est-à-dire des contrats respectant une liste de conditions et pouvant, à ce titre, bénéficier d'une réduction fiscale. Nous avons constaté qu'il existait très peu de contrats strictement responsables – qui présentent les garanties permettant d'être éligibles, mais rien de plus. Nous avons donc suggéré de leur offrir un peu plus de visibilité.

Tels sont les éléments, présentés selon la structure du rapport Charges et produits, que je peux vous communiquer en introduction.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Sans empiéter sur les compétences de mon collègue Jean-François Rapin, rapporteur pour la branche maladie, je souhaite limiter mes interrogations au chiffrage des économies.

Ma première question porte sur les indemnités journalières et les économies attendues dans ce domaine, à hauteur de 1 milliard d'euros en 2027. Quelle appréciation portez-vous sur cet objectif et sur la méthode envisagée ?

Ma deuxième question a trait aux transferts vers les complémentaires. Quelles sont les pistes à privilégier pour le transfert programmé à hauteur de 700 millions d'euros ?

Enfin, une troisième question plus technique. Selon l'annexe 5 au PLFSS, des économies de 1,5 milliard d'euros sont attendues sur les soins de ville, dont 1 milliard d'euros sur les IJ et, par déduction, 0,5 milliard d'euros hors IJ. Or dans l'annexe A, ne figure que 0,3 milliard d'euros d'économies au titre des soins de ville, le différentiel de 0,2 milliard d'euros correspondant à la réduction des dotations à deux fonds, le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS). Que doit-on comprendre ? Quels chiffres confirmez-vous ?

M. Guillaume Couillard. – S'agissant de la méthode retenue pour la réforme des IJ, vous avez, je crois, auditionné le ministre Jean-Pierre Farandou, qui est en charge de la concertation sur ce dossier. La Cnam n'est pas partie prenante à la négociation entamée avec les partenaires sociaux, même si nous nous mobiliserons évidemment pour mettre en œuvre les mesures qui en seraient issues. Nous avons compris des axes proposés par le Gouvernement qu'ils concernaient la politique de prévention, une approche structurelle de révision de certains paramètres du système et la responsabilisation des acteurs.

Je ne dispose aujourd'hui d'aucun élément concernant l'orientation de ces négociations, même si, au vu de l'importance des économies attendues, on peut s'attendre à l'adoption de mesures relativement structurelles en cas d'aboutissement.

En revanche, je peux vous parler de mesures qui sont déjà en cours de mise en œuvre. Je pense notamment à la limitation, en date du 1er septembre 2026, des durées initiales et de renouvellement des prescriptions, ainsi qu'à la réforme, par voie réglementaire, des affections de longue durée (ALD) dites « non exonérantes ».

Sur les transferts vers les complémentaires, plusieurs éléments à noter.

Le premier – mais je ne pense pas que M. le rapporteur général faisait référence à cela – est l'évolution au 1er janvier 2027 des tickets modérateurs pour les dentistes, les dispositifs médicaux, les transports sanitaires et certains médicaments à service médical rendu faible ou modéré.

Par ailleurs, si j'en crois les éléments présentés par la ministre de la santé, le montant de 700 millions d'euros de transfert évoqué concerne, pour 500 millions d'euros, une évolution du ticket modérateur hospitalier et, pour 200 millions d'euros, une évolution du ticket modérateur pour les cures thermales.

M. Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur de la stratégie, des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'assurance maladie. – Le montant de 1,5 milliard d'euros d'économies attendues sur les soins de ville s'entend hors produits de santé. Il comprend les économies de 1 milliard d'euros sur les IJ, déjà évoquées, les 500 millions d'euros restants venant documenter des économies tirées du précédent rapport Charges et produits, qu'il s'agisse de mesures anciennes, comme les discussions autour des protocoles imagerie et transports sanitaires, ou de mesures nouvelles, comme la mise en œuvre du dispositif d'intéressement aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (Phev).

M. Guillaume Couillard. – S'y ajoutent 100 millions d'euros sur les transports pour les ALD « non exonérantes ».

M. Jean-François Rapin, rapporteur pour la branche maladie. – Je ne diffèrerai pas de notre rapporteur général, puisque je vais débuter, également, par les indemnités journalières. Trois éléments sont à retenir : l'effort demandé à hauteur de 1 milliard d'euros d'économies, bien sûr, mais aussi le taux de 2,3 % de croissance des dépenses, conduisant les IJ à représenter 11 % des dépenses de soins de ville constitutives de l'Ondam. C'est donc un sujet important à traiter.

Vous avez évoqué les pistes. Le dispositif « SOS IJ » fonctionne, mais mon humble expérience me fait dire que l'on ne fait rien d'autre que réinventer l'eau chaude. Ces contacts entre médecins généralistes et médecins de la sécurité sociale existaient en des époques où l'on prenait encore le temps de s'appeler pour évoquer un arrêt long ou la façon de remettre une personne au travail. Je vous sais gré de chercher, aujourd'hui, à formaliser une réunion entre les différents médecins, mais, je le dis, cela existait avant.

Dans ce domaine, j'aurais également souhaité vous entendre sur les pistes que la Cnam pourrait proposer et qui n'apparaîtraient pas dans le PLFSS.

S'agissant du médicament, nous nous intéressons actuellement au taux de pénétration des biosimilaires, qui nous paraît assez faible compte tenu du caractère prometteur de ces médicaments – ce taux est notamment catastrophique en outre-mer. Ne pourrait-on pas accentuer la communication autour de ces médicaments, notamment sur leur utilisation en ville ?

Vous avez largement évoqué la prévention. Nous mettrons bien sûr l'accent sur la taxe concernant les produits sucrés, qui, à mon avis, soulèvera des débats dans l'hémicycle, mais aussi parmi les entreprises, les médecins et les consommateurs. Je suis moins convaincu par l'utilisation du Nutriscore comme outil de prévention, à moins d'une communication très forte sur les produits ultra-transformés.

Nous trouvons le dispositif sur les cancers assez maigre. Il nous semble que l'on pourrait faire mieux – et peut-être avez-vous des propositions intéressantes à présenter en dehors du PLFSS.

Enfin, sur l'antibiorésistance, je soutiens les propositions avancées en termes de santé publique. Il me semble qu'en ville, cette question, qui est un vrai sujet, n'a pas trouvé de réponses suffisantes, en dépit des récentes campagnes comme « Les antibiotiques, ce n'est pas automatique ! », et la dispensation à l'unité ne me semble pas être la réponse absolue à ce problème.

M. Guillaume Couillard. – Monsieur le rapporteur, puisque vous nous faites l'honneur de citer notre campagne grand public « Les antibiotiques, ce n'est pas automatique ! », je vous indique que nous allons la reprendre. Vous avez raison de souligner le sérieux de cette question car, au-delà du bon usage, nous faisons face à des phénomènes d'antibiorésistance extrêmement préoccupants.

En réalité, nous n'avons jamais cessé de communiquer sur ce sujet, notamment auprès des professionnels de santé de ville ou au travers d'actions ciblées sur des classes précises de médicaments, comme les fluoroquinolones cette année. Nous diversifions et étoffons également nos outils, tout comme ceux que nous mettons à la disposition des médecins. Je pense par exemple à la datavisualisation, qui leur permet de situer leur profil de prescription par rapport à celui de leurs confrères.

J'ai évoqué dans mon intervention liminaire les outils numériques. L'an dernier, vous avez voté une mesure sur les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM), qui visent à aider les prescripteurs à établir la juste prescription. Les textes d'application sont attendus pour la fin de l'année, avec une entrée en vigueur en 2027. Cela contribue au travail mené sur les antibiotiques et l'antibiorésistance.

J'en viens à la nutrition. On peut penser que le Nutriscore, simple information apposée sur les produits emballés, est une réponse modeste par rapport à l'enjeu. Notre conviction, que l'étude de l'OCDE est venue d'une certaine manière confirmer, est que ce dispositif induit des évolutions de comportements chez les consommateurs, mais aussi chez les industriels et les producteurs. La mesure nous apparaît donc assez vertueuse, et peu coûteuse. Nous proposons, cette année, d'ajouter une bannière noire quand le produit est ultra-transformé.

Le sujet des biosimilaires nous tient à cœur. Au 1er septembre, la mesure « tiers payant contre biosimilaire » est entrée en vigueur dans les pharmacies. Elle vient compléter la panoplie, en offrant aux biosimilaires des dispositions similaires à celles des génériques. Nous sommes également attentifs à communiquer car plusieurs biosimilaires arrivent sur le marché dans les semaines et les mois à venir. Nous manquons pour l'heure de recul, mais les premiers chiffres après l'entrée en vigueur au 1er septembre sont positifs.

Sur les indemnités journalières, le rapport Charges et produits de l'an dernier comprenait quelques propositions. Mais il me semble aussi nécessaire de laisser le temps au panel de mesures tout juste mises en vigueur de produire leurs effets, sachant que nous poursuivons également notre travail d'accompagnement des prescripteurs et de contrôle des assurés. Je suis donc d'avis d'observer les effets des dispositions récentes et d'attendre les orientations retenues dans le cadre des négociations en cours entre partenaires sociaux.

M. Laurent Burgoa, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). – Je souhaite vous interroger sur trois points concernant la branche AT-MP, avant l'audition de la directrice des risques professionnels de la Cnam.

Quel regard portez-vous sur sa trajectoire financière, qui confirme l'installation d'un déficit structurel ? Que pensez-vous du transfert de 2 milliards d'euros envisagé pour 2027 au bénéfice de la branche maladie, au titre de la sous-déclaration ? Enfin, outre ce transfert, à quelles causes attribuez-vous la dégradation de la situation financière de cette branche ?

Mme Annie Le Houérou. – Vous prévoyez une réduction de moitié du déficit, avec un Ondam fixé à 2 %. Est-ce bien réaliste au regard des besoins des hôpitaux, de l'inflation et de leurs difficultés actuelles à assurer l'offre de soins dans de bonnes conditions ? Selon les estimations de la Fédération hospitalière de France (FHF), une augmentation d'au moins 3,2 % serait nécessaire, hors dépenses liées à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ? Les réserves de précaution de 2026 ne seraient pas dégelées, alors que les établissements sont déjà en grande difficulté. Quel regard portez-vous sur ces économies, qui n'en sont pas véritablement ?

Ma deuxième question concerne les arrêts de travail. La santé mentale constitue désormais le premier motif des arrêts longs, en forte augmentation. Quelles mesures préconisez-vous pour agir sur leurs causes, alors que le PLFSS ne prévoit pas de réforme véritablement structurelle ?

Comment expliquez-vous la nette augmentation du transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration ? Cette évaluation est-elle documentée ?

L'article 20 prévoit de renforcer la coordination entre les médecins traitants, les médecins du travail et les médecins-conseils. Comment cette mesure pourra-t-elle être mise en œuvre, alors que nous manquons de médecins du travail et de médecins de ville ?

La mission de solidarité territoriale soulève la même difficulté. Quels réels effets peut-on en attendre ? Disposez-vous de chiffres précis sur l'évolution du nombre de personnes sans médecin traitant, que vous avez été chargés de cibler ? Peut-on dresser une évaluation positive ? Les chiffres sont hallucinants : entre 7 et 8 millions de personnes seraient concernées.

M. Khalifé Khalifé. – La Cnam a pour mission de diffuser des informations auprès du grand public en matière de prévention et de dépistage. Avez-vous dressé un premier bilan de cette mission pour l'année 2025, au cours de laquelle elle a débuté ?

Ma seconde question concerne plus globalement la financiarisation de la médecine. Où en êtes-vous dans la chasse aux « marchands d'argent » ? Je sais que vous avez fermé quelques centres. Deux ans après le scandale de certains centres d'ophtalmologie, où en êtes-vous ? Assurez-vous un suivi précis de l'ensemble de la filière de la télémédecine, qui tend également, à mon avis, à se financiariser ?

Mme Micheline Jacques. – Je vous remercie de l'attention particulière que vous portez aux outre-mer et partage votre volonté de développer la prévention et le diagnostic précoce.

Je suis sénateur de Saint-Barthélemy, un petit territoire isolé, qui dispose du plus petit Hôtel-Dieu de France. Nous sommes donc dépendants de la Guadeloupe, notamment de son centre hospitalier universitaire (CHU), et de Saint-Martin.

Il y a dix ans, nous avons eu l'opportunité d'installer un scanner. Le logiciel de la sécurité sociale prévoyait un déficit de 50 000 euros. Or, non seulement ce scanner n'a jamais été déficitaire, mais il a également permis à l'assurance maladie de réaliser des économies substantielles, en évitant autant de déplacements en avion.

Dans les territoires ultramarins, il faudrait donc revoir les logiciels utilisés afin de mieux les adapter aux réalités locales.

La réforme des laboratoires de campagne a également été dévastatrice pour notre petit laboratoire de Saint-Barthélemy, devenu quasiment un centre de prélèvement. Les prélèvements sont envoyés en Guadeloupe, mis sous douane et doivent parfois être refaits. Cela n'incite pas la population à se faire diagnostiquer, et des cancers sont ainsi régulièrement diagnostiqués à des stades avancés. Les déplacements en Guadeloupe pour les chimiothérapies représentent un inconfort pour les malades, qui parfois baissent les bras, ainsi qu'un coût considérable pour l'assurance maladie.

Dans vos travaux, comptez-vous mettre en avant ces spécificités liées à l'isolement ?

M. Guillaume Couillard. – Vous pointez précisément les difficultés qui nous ont conduits à consacrer cette année un développement particulier aux outre-mer dans notre rapport Charges et produits. Nous avons mis en évidence des spécificités territoriales nécessitant des ajustements et des adaptations de nos politiques.

Dans les outre-mer, tout n'est pas complètement spécifique. Il existe par ailleurs une grande diversité de situations : La Réunion, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane ou Mayotte ne sont pas confrontées aux mêmes problématiques. Je prends donc beaucoup de précautions en disant cela.

Néanmoins, au-delà de la dizaine de propositions formulées, nous avons tiré plusieurs enseignements de ce travail. Nous avons élaboré ce chapitre en associant les agences régionales de santé et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) concernées, afin de recueillir leur perception de terrain des réalités des territoires. Nous avons également relevé des initiatives très efficaces, adaptées à chaque contexte.

Notre système a parfois du mal à tenir suffisamment compte des spécificités. Cette année, nous avons eu des discussions et assoupli les conditions d'usage de la télémédecine à Mayotte. Si elle ne permet pas de suivre une chimiothérapie, elle peut être un élément important pour obtenir un avis de spécialiste plutôt que de déplacer les personnes. Nous travaillons également sur la question de l'orthophonie, puisqu'il n'y a plus d'orthophoniste à Mayotte. Le cadre qui régit l'utilisation de la télémédecine ne peut donc pas s'appliquer de la même façon sur ce territoire que sur les autres. C'est ce que nous avons voulu traduire.

Ce n'est pas la fin de l'histoire, mais plutôt le début du travail. Nous sommes à l'écoute et prêts à prendre en compte les spécificités de ces territoires dans nos différentes politiques, notamment en matière de prévention, de dépistage et de vaccination. Nous avons ainsi constaté que la façon dont nous formulons les campagnes d'information doit être adaptée à ces spécificités. Je n'ai pas toutes les réponses à vos questions.

Je suis ravi que le scanner fonctionne très bien, mais nous avons parfois des difficultés à prendre en compte toutes les spécificités. Je me suis beaucoup penché, à une époque, sur les questions d'approvisionnement en produits de santé à la Martinique. Des produits restent bloqués à la douane, avec des risques de péremption et de rupture. Ce sont de vrais problèmes sur lesquels il faut encore faire des progrès.

Concernant les dépistages, nous constatons une augmentation de la participation depuis que leur organisation a été confiée à la Cnam. Cette progression concerne les trois dépistages organisés des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. Ce dernier nous préoccupe le plus, avec un taux de dépistage d'environ 35 % de la population ciblée, contre environ 70 % pour le cancer du sein, en cumulant le dépistage organisé et le dépistage individuel. Les chiffres sont donc plutôt orientés à la hausse.

Cette année, nous avons prévu d'augmenter l'activité de nos plateaux d'« aller-vers », qui passent des appels téléphoniques aux personnes les plus éloignées du soin, notamment celles qui n'ont pas vu de médecin depuis longtemps et pour lesquelles un courrier ne suffit pas.

Vendredi dernier, à l'occasion d'Octobre rose, j'ai pu constater à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Bobigny la mise en place d'une plateforme d'« aller-vers » et d'un dispositif mobile. Avec la mobilisation de l'ensemble des centres du territoire, le taux de dépistage organisé a augmenté substantiellement.

Sur la financiarisation, je vous renvoie au rapport Charges et produits, dans lequel nous examinerons désormais chaque année les indicateurs financiers des secteurs concernés. La financiarisation, c'est lorsqu'il y a de l'investissement privé.

Nous suivons notamment les secteurs de l'anatomie et cytologie pathologiques (ACP), de l'audioprothèse, de la biologie, de la dialyse, de la médecine nucléaire, de la radiologie et de la radiothérapie. Nous avons ajouté cette année les pharmacies d'officine. Les taux de rentabilité sont mentionnés dans ce rapport. Nous avons formulé plusieurs propositions dès l'année dernière, qui ont donné lieu à des travaux complémentaires, notamment à un rapport d'inspection sur la financiarisation.

Nous restons très attentifs aux questions de transparence, d'indépendance des professionnels et de non-dégradation de l'accès aux soins.

Vous évoquez un sujet un peu différent, celui de la fraude dans certains centres de santé. Plusieurs centres ont encore été fermés au printemps dernier pour des faits d'escroquerie. Des personnes rachetaient ces centres dans le seul but de frauder la sécurité sociale, en récupérant les fichiers des files actives pour procéder à de fausses facturations.

Concernant la télémédecine, les sociétés sont désormais encadrées dans leur activité par un agrément délivré par le ministère, qui permet d'encadrer l'exercice de cette modalité de la médecine. Nous avons également pris des dispositions, notamment la limitation des arrêts de travail à trois jours en télémédecine. C'est un sujet que nous continuons de regarder de près.

Sur la solidarité territoriale et les médecins traitants, le dispositif permet aux médecins, sur la base du volontariat, d'effectuer des consultations avancées dans les zones sous-denses. Cette possibilité, assortie d'une rémunération, est déjà prévue dans la convention médicale, mais il n'existait pas de disposition équivalente pour les médecins non conventionnés, notamment les médecins retraités. La mesure proposée dans le PLFSS vise à combler ce manque. Elle ne résoudra pas, à elle seule, la question de la démographie médicale.

Toutefois, cette mission de solidarité territoriale concerne tous les médecins, généralistes comme spécialistes. C'est un élément important, car au-delà de la question des médecins traitants, l'accès à la médecine spécialisée constitue également un sujet majeur.

Depuis la convention signée avec les médecins en 2024, nous avons mis en place un observatoire de l'accès aux soins, dont les chiffres sont publics. Les installations de médecins traitants, y compris en zone sous-dense, sont en nette augmentation en 2025 : environ 35 % dans l'ensemble et 42 % en zone sous-dense. Les chiffres à la mi-2026 montrent une augmentation un peu moins forte, de l'ordre de 25 % à 30 %, mais elle demeure importante.

Ce même observatoire présente les chiffres des patients en ALD sans médecin traitant. Leur proportion est aujourd'hui de 4,1 %. La tendance est orientée à la baisse, même si elle ne diminue pas autant que nous le souhaiterions. Nous poursuivons donc nos efforts.

Enfin, la coordination entre médecin du travail, médecin-conseil et médecin traitant ne résoudra pas tout, mais nous espérons qu'elle contribuera à lever quelques freins, notamment en matière de partage de l'information médicale. La question est de savoir si ces médecins sont en mesure d'échanger la bonne information. Cela fonctionnait peut-être très bien voilà quelques années, mais les acteurs concernés nous ont indiqué avoir besoin de cette disposition, qui devrait faciliter les échanges.

Vous avez parlé de la santé mentale et je vous remercie de soulever ce sujet qui nous préoccupe beaucoup. Notre dernier rapport Charges et produits comporte plusieurs propositions ; j'en citerai deux.

La première consiste à mettre l'accent sur la détection précoce. L'un des enjeux majeurs en santé mentale réside en effet dans le retard de diagnostic. Plusieurs expérimentations dites « de l'article 51 » portent sur ce sujet, et nous appelons de nos vœux leur généralisation. Plusieurs expérimentations visent à améliorer ce suivi en s'appuyant sur des infirmières spécialement formées, en lien avec les psychiatres et les médecins traitants. Nous espérons également leur généralisation, car elles sont très positives pour les patients : elles permettent leur stabilisation à domicile et, pour certains, le retour à une activité professionnelle.

La directrice des risques professionnels pourra vous présenter jeudi les actions des entreprises en matière de prévention des risques psychosociaux et de préservation de la santé mentale. Je lui laisserai le soin de répondre aux questions concernant la branche AT-MP, qui n'est pas mon domaine de prédilection.

Enfin, concernant les hôpitaux, vous avez constaté une réduction du déficit en 2026 par rapport à l'année précédente. Surtout, l'augmentation de l'Ondam hospitalier est fixé à 3 % cette année, avec une stabilité des tarifs. Cela traduit une prise en compte des difficultés hospitalières dans la construction de l'Ondam.

Mme Nadia Sollogoub. – Nous venons de rendre au Sénat un rapport important sur la prévention. Vous avez évoqué la vaccination, mais les soignants eux-mêmes ne sont pas toujours bien vaccinés. Comment peuvent-ils entraîner leurs patients s'ils n'adhèrent pas eux-mêmes à la vaccination ? Faut-il en arriver à mettre en avant les bénéfices des campagnes de prévention en les chiffrant pour entraîner davantage de monde ?

Par ailleurs, la proposition 40 du rapport Charges et produits prévoit un échange de données entre l'assurance maladie et les complémentaires santé pour lutter contre les fraudes. Notre rapport propose également cet échange pour améliorer la prévention, en contrepartie d'une obligation pour les complémentaires santé de consacrer 2 % de leurs bénéfices à des actions de prévention. Cette disposition vous semble-t-elle intéressante ?

Enfin, un autre sujet me tient à cœur : la désescalade thérapeutique. Les sorties d'hospitalisation sont souvent l'occasion d'une escalade thérapeutique, avec notamment la prescription de perfusions plutôt que de cachets, sans plus-value évidente pour le patient et avec un surcoût important. Ciblez-vous ce sujet ? Des intermédiaires semblent parfois se glisser dans le trio médecin, pharmacien et infirmier, occasionnant des surcoûts qu'il faudrait peut-être traiter dans la recherche d'économies.

M. Bernard Jomier. – Je souhaite tout d'abord revenir sur votre définition de la financiarisation, que vous avez présentée comme l'investissement privé. Ce n'est pas du tout cela ! La financiarisation ne se résume pas à un antagonisme entre le privé et le public. Le secteur privé existe depuis longtemps dans notre système de santé et il n'est pas question de le mettre en cause. Je pense que vous avez un peu trop synthétisé votre pensée.

Ma première question concerne la pertinence des soins. Je suis surpris de ne rien lire dans le PLFSS sur ce sujet. À l'heure où nous recherchons un équilibre des comptes, quel est votre regard sur le volume de soins non pertinents pris en charge par l'assurance maladie ?

Ma deuxième question porte sur les coupe-files. La ministre de la santé a pris cet été un arrêté pour interdire cette pratique sur les plateformes de téléconsultation, qui consiste à payer davantage pour passer avant tout le monde, contrairement au code de déontologie. Je m'étonne de ne pas trouver de dispositif similaire dans le PLFSS pour les centres de santé ou de soins non programmés, où cette pratique se développe. À Paris, il est possible de payer 30 euros pour bénéficier d'un coupe-file.

Ma troisième question concerne l'article qui lie l'obligation d'accomplir un certain nombre d'actes de prévention à la lutte contre la financiarisation. Cette disposition me surprend. Dans le cabinet où j'exerce, nous recevons régulièrement des bilans biologiques de prévention proposés gratuitement aux patients, parfois sans réelle pertinence, comme des dépistages chez des patients très âgés ou des personnes qui connaissent leur statut depuis longtemps. Ces examens peuvent être réalisés sans ordonnance. Avec mes collègues, nous avons décidé d'écrire au directeur de la CPAM pour dénoncer ces dérives de structures financiarisées. Faire davantage de prévention serait donc la marque d'une absence de financiarisation ? Je n'y crois pas une seconde !

Enfin, ma dernière question porte sur l'article 9, relatif aux dispositifs médicaux. Quels sont ses objectifs ? Je crains que son champ, très large, ne soit contre-productif pour certains fabricants de notre pays, notamment des PME qui mettent sur le marché des dispositifs médicaux très utiles. Le rapporteur à l'Assemblée nationale a d'ailleurs proposé de recibler le dispositif.

Mme Corinne Imbert. – Je souhaite aborder deux sujets : la télémédecine et les biosimilaires.

En 2025, la Cour des comptes a rendu, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, un rapport sur la télémédecine. Les téléconsultations n'ont pas vocation à se substituer massivement aux consultations en cabinet médical, mais elles constituent un levier pertinent pour améliorer l'accès aux soins, notamment dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP).

Je suis étonnée que le Gouvernement ait peu abordé ce sujet dans le PLFSS. Malgré une différenciation tarifaire justifiée, une téléconsultation peut éviter un passage aux urgences, dont le coût est environ dix fois supérieur. Selon la Cour des comptes, une diminution de 10 % des déplacements vers les structures d'urgence permettrait d'économiser 113 millions d'euros par an. Partagez-vous cette analyse ?

La Cour des comptes propose également d'assouplir les règles conventionnelles relatives à la territorialité des téléconsultations pour faciliter leur développement dans les zones d'intervention prioritaire, et d'adopter une nouvelle stratégie de développement des téléconsultations. La Cnam partage-t-elle ces propositions ? Les avez-vous soumises au ministère ?

Concernant les biosimilaires, je partage ce que vous avez dit tout à l'heure. Le délai légal permettant leur inscription sur la liste des médicaments substituables par le pharmacien d'officine est d'un an à compter de la publication de l'arrêté d'inscription du premier biosimilaire du groupe. Avez-vous évalué les économies qui pourraient être réalisées pour l'assurance maladie si ce délai était ramené à six mois ?

Enfin, je n'ai pas entendu votre réponse à la question de Jean-François Rapin sur la dispensation à l'unité.

Mme Céline Brulin. – Monsieur le directeur, vous avez évoqué, ainsi que plusieurs de nos collègues, un certain nombre d'économies à réaliser. Sans vouloir jouer sur les mots, j'ai l'impression que, pour beaucoup, il s'agit non pas d'économies, mais de transferts : entre branches, notamment vers la branche maladie, vers les complémentaires santé, du fait de certains déremboursements, ou encore vers les patients eux-mêmes, qui devront s'acquitter de sommes plus importantes pour certains soins, dans un contexte où le pouvoir d'achat est malmené.

Je pense notamment aux retraités, déjà mis à rude épreuve par d'autres dispositions du PLFSS ou du projet de loi de finances (PLF), et pour lesquels l'augmentation du coût des complémentaires santé sera d'autant plus importante que les cotisations sont liées à l'âge. Il s'agit donc davantage de transferts que d'économies. Agit-on véritablement en faveur d'un équilibre global des comptes ?

Concernant les déremboursements de médicaments, est-on absolument certain qu'il existe des traitements de substitution ? Je pense notamment aux traitements du cancer du sein, qui suscitent de nombreuses interrogations de patientes. Existe-t-il réellement des traitements de substitution à ceux qui sont déremboursés et quel accompagnement est prévu dans ces situations ? Certains patients méconnaissent totalement les éventuelles alternatives.

Je partage également ce qui a été dit sur la coordination entre médecins généralistes, médecins-conseils et médecins du travail. Le temps médical est aujourd'hui restreint : faisons en sorte que les médecins puissent d'abord se consacrer à leur mission première.

Enfin, concernant la santé mentale, vous avez abordé dans votre rapport la prévention, notamment à travers des dispositifs innovants relevant de l'article 51, qui méritent d'être généralisés. Toutefois, ils ne pourront pas pallier la pénurie que nous connaissons en matière de premier recours, notamment dans les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), où les délais sont indécents. Leur développement ne doit pas se faire au détriment du renforcement de la réponse de premier recours.

Mme Anne-Marie Nédélec. – Monsieur le directeur, après trois ans au Sénat, je suis toujours aussi déconcertée par des prévisions qui me paraissent peu réalistes. Si j'ai bien compté, il est prévu de réduire de 40 % en un an le déficit de la branche maladie. Si c'était aussi simple, pourquoi n'y a-t-on pas pensé plus tôt ?

Concernant la coordination entre médecins, nous manquons cruellement de médecins traitants, et les médecins du travail sont devenus extrêmement rares dans mon département. Même dans le cadre des affections de longue durée, il n'existe parfois aucune concertation entre les différents médecins, par exemple entre le neurologue, le cardiologue et le médecin traitant. Le patient se débat alors seul avec ses traitements et se voit parfois reprocher, lors d'une consultation, de les avoir bricolés. Je crois donc très peu à cette coordination.

Je suis également extrêmement perplexe sur la lutte contre la fraude. Lorsque j'étais maire, j'ai dénoncé quelques cas de fraudes avérées, preuves à l'appui, sans qu'il se passe quoi que ce soit. Je connais notamment un agent administratif en arrêt maladie depuis plus d'un an qui, pendant cette période, a mené une campagne municipale et exerce aujourd'hui plusieurs mandats. Il pourrait désormais être déclaré en incapacité. Face à de tels exemples, il est difficile de croire que la lutte contre la fraude permettra de réduire le déficit de plusieurs milliards d'euros.

Concernant les transferts, comme l'a souligné ma collègue, il ne s'agit pas de véritables économies, car ils ont leurs limites : on ne pourra pas ponctionner éternellement les complémentaires santé.

Je voudrais également faire une remarque sur la taxation du sucre. Lorsque je fais mes courses, des personnes me font observer que, si le sucre pose réellement un problème de santé, il faudrait plutôt imposer aux industries agroalimentaires d'en réduire la teneur dans leurs produits. Augmenter les prix revient à instaurer une taxe, et non à agir pour la santé.

Enfin, concernant le déconventionnement, est-il toujours prévu qu'à compter du 1er janvier 2027, les consultations et les prescriptions des médecins déconventionnés ne soient plus remboursées ? Dans mon département, certains patients parcourent déjà 30 kilomètres pour trouver un médecin, qui peut ensuite décider de se déconventionner. Ils n'y sont pour rien et seraient pourtant pénalisés. Cette mesure entrera-t-elle bien en vigueur à cette date ?

M. Guillaume Couillard. – S'agissant des médecins de secteur 3, c'est-à-dire les médecins non conventionnés, la disposition législative votée l'année dernière doit effectivement entrer en vigueur le 1er janvier 2027. Nous attendons la publication imminente du décret d'application, mais la loi s'appliquera telle qu'elle a été votée.

Plusieurs questions portent sur la prévention, que je vais traiter ensemble. La santé mentale et l'accès aux soins soulèvent des difficultés particulièrement complexes. Ces dernières années, nous avons essayé, notamment avec « Mon soutien psy », d'offrir une réponse à un certain nombre de situations. Le dispositif ne répond pas encore à toutes les situations, puisqu'il concerne les troubles légers à modérés. Néanmoins, un million de patients en ont bénéficié depuis sa création. Nous pensons donc qu'il rend service.

Les expérimentations que j'évoquais tout à l'heure, notamment le recours à des psychologues ou à des ressources infirmières, permettent de gagner du temps médical de psychiatre et d'optimiser ainsi le temps disponible. Le nombre d'internes en psychiatrie a par ailleurs significativement augmenté cette année, ce qui est une bonne nouvelle pour le recrutement futur de ces professionnels.

Concernant les campagnes de prévention ciblant les professionnels, la Haute Autorité de santé (HAS) a rendu un avis sur leur vaccination et nous leur adressons également des messages ciblés. Le taux d'adhésion de certains personnels n'est pas toujours à la hauteur des espérances, mais nous poursuivons ces actions, la vaccination des soignants étant un élément très important. Nous espérons que le chiffrage des actions de prévention contribuera à convaincre, même s'il ne fait pas tout. C'est aussi pour cette raison que nous avons travaillé sur ces questions avec l'OCDE.

S'agissant des échanges de données, une disposition de la loi du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales les prévoit déjà. Nous nous attachons aujourd'hui à examiner l'application de cette mesure.

Sur les perfusions, nous travaillons avec les prestataires. Une refonte de la nomenclature est également en cours pour favoriser le bon usage de ces dispositifs. Nous avons effectivement constaté certaines pratiques qui peuvent interroger.

Enfin, je tiens à préciser que je n'ai porté aucun jugement de valeur sur la financiarisation. J'ai d'ailleurs pris soin de distinguer ce sujet de la lutte contre la fraude. Le Gouvernement a récemment communiqué sur plusieurs mesures, notamment en matière de transparence, qui nous semblent aller dans le bon sens. L'assurance maladie a pris sa part sur ce sujet et continuera de le faire. Nous y consacrons chaque année un chapitre de notre rapport.

La pertinence des soins est un sujet extrêmement important qui ne relève pas nécessairement de la loi. Nous essayons de faire beaucoup de choses chaque année. À l'assurance maladie, nous regroupons sous le terme de « maîtrise médicalisée » des sujets de pertinence, de bon usage, de juste recours ou encore de non-redondance des examens. Nous mettons à disposition des outils et des chiffres et pouvons aller jusqu'à des dispositifs plus encadrés, notamment pour la prescription de certains médicaments. La convention médicale prévoit d'ailleurs une quinzaine d'indicateurs à suivre collectivement avec les médecins sur la pertinence. Nous organisons régulièrement des réunions avec eux sur ces questions, qui concernent les médicaments, la biologie ou encore l'imagerie.

Vous avez également évoqué le dispositif de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) sans ordonnance. Nous avons écrit aux biologistes pour rappeler les conditions dans lesquelles ce dispositif doit s'appliquer. Il existe en effet des indications à respecter : toute personne qui réalise un examen biologique ne peut pas automatiquement bénéficier d'un dépistage. Ces conditions ont été rappelées aux représentants de la profession et, le cas échéant, aux laboratoires concernés.

Pour ce qui est des dispositifs médicaux, un article prévoit leur régulation. Les ministres ont eu l'occasion de s'exprimer sur les modalités de son application, notamment sur la façon de traiter les petits acteurs, dans un secteur extrêmement diversifié, qui compte de gros acteurs et de plus petits. Je n'ai pas d'éléments particuliers à vous communiquer sur ce point, mais nous serons évidemment attentifs à la façon dont cela se met en place.

S'agissant des coupe-files, la ministre a déjà communiqué sur ce sujet. De notre côté, nous menons des actions vis-à-vis de ceux qui facturent des suppléments ou des frais annexes non prévus par les textes. La convention prévoit une consultation tout compris. Nous allons donc mener un certain nombre d'actions conventionnelles sur ce sujet.

Sur la télémédecine, un article du texte autorise les infirmières à accompagner les patients, conformément à l'un des objectifs des assises de la télémédecine, notamment pour éviter les déplacements des personnes dépendantes ou ayant des difficultés à se déplacer. Les assises prévoyaient

aussi un possible assouplissement du taux maximum d'actes de télémédecine, fixé à 20 %. Nous pouvons en discuter avec les médecins en commission paritaire nationale, afin de prévoir des assouplissements dans certains cas. Je citais tout à l'heure l'exemple de Mayotte, où les règles nationales n'ont pas forcément vocation à s'appliquer de façon aussi stricte. En réalité, ce taux est très rarement atteint.

Sur les biosimilaires, ramener le délai d'un an à six mois aurait surtout un effet de trésorerie : les économies arriveraient plus tôt, sans nécessairement modifier leur montant total.

La dispensation à l'unité est un sujet compliqué, sur lequel je ne suis pas sûr que nous nous soyons exprimés récemment. Je prendrai peut-être un joker ! Le passage d'un système à l'autre entraîne toujours des coûts de transition. Aujourd'hui, le système de distribution des médicaments n'est pas prévu pour les distribuer tous à l'unité. Il faudrait donc tenir compte des coûts de transition et d'équipement des pharmacies et s'assurer que les résultats soient à la hauteur des espérances. Je ne dis pas qu'il ne faut pas étudier ce sujet, mais il faut le faire dans toutes ses dimensions.

Nous sommes très mobilisés sur la lutte contre le gaspillage. Cette année, nous avons mené une expérimentation dans un grand nombre de départements avec des infirmières intervenant à domicile, qui ont examiné les armoires à pharmacie des patients. Dans de nombreux cas, elles ont différé des délivrances de médicaments ou fait revoir des prescriptions devenues inutiles. Nous avons beaucoup travaillé sur les pansements et poursuivons ces travaux. Nous travaillons également sur la délivrance des médicaments ; il n'est pas forcément nécessaire de tout délivrer à chaque fois en pharmacie, notamment pour les traitements à prendre « si besoin ».

Sur les médicaments et les logiques de déremboursement, ou plus exactement de baisse des taux de remboursement, je rappelle que la logique du système est de prendre en charge ce qui est médicalement efficace. C'est à la HAS qu'il revient de juger de cette efficacité. Des questions de mise en œuvre peuvent se poser, notamment pour assurer la continuité des traitements ou leur substitution, mais la logique reste celle d'une prise en charge à hauteur du service médical rendu. Le PLFSS prévoit d'ailleurs des révisions plus régulières de l'efficacité des médicaments.

Enfin, vous avez évoqué la lutte contre la fraude, je ne connais pas le cas de la personne devenue maire alors qu'elle était en arrêt de travail. Je peux néanmoins rappeler que le service médical réalise chaque année 700 000 actions de contrôle des arrêts de travail et que 250 000 patients sont convoqués pour un contrôle en présentiel par un médecin-conseil. Des contrôles sont donc effectués aussi bien auprès des professionnels que des assurés.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible ***en ligne sur le site du Sénat***.

MM. Paul Christophe, président du Conseil, et **Maëlig Le Bayon**, directeur, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Réunie le mercredi 21 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de MM. Paul Christophe, président du Conseil, et Maëlig Le Bayon, directeur, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous poursuivons nos travaux consacrés au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 par l'audition de MM. Paul Christophe, président du conseil, et Maëlig Le Bayon, directeur, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Cette audition est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Le PLFSS 2027 prévoit un léger déficit de la branche autonomie, de 0,2 milliard d'euros, relativement stable par rapport à 2026. La dégradation des comptes de la branche serait plus marquée les années suivantes, le déficit atteignant 1,6 milliard d'euros en 2030, du fait du dynamisme croissant des dépenses consécutif au vieillissement de la population.

En matière d'autonomie, ce PLFSS prévoit notamment la prolongation de l'expérimentation relative au modèle de financement des Ehpad ; l'intéressement à l'efficience des Ehpad et des services autonomie à domicile (SAD) ; et une réforme du financement des départements pour les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH), avec l'affectation, à somme nulle, d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) aux départements.

Nous attendons avec grand intérêt de connaître votre vision de ce PLFSS et de la situation de la branche autonomie.

M. Paul Christophe, président du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. – Je suis devant vous ce matin le porte-parole du conseil de la CNSA, qui a émis à l'unanimité un vote défavorable sur le PLFSS pour 2027. Cette position traduit notre inquiétude par rapport à la dynamique très faible des financements prévus, déconnectés des charges réelles et des besoins.

De fait, compte tenu des mises en réserve qui nous sont imposées et de l'inflation des dépenses obligatoires liées aux cotisations et revalorisations, les financements réellement disponibles paraissent très faibles, malgré la hausse de 2,5 % de l'objectif global de dépenses (OGD). C'est d'autant plus vrai que de nombreux établissements cumulent des déficits depuis plusieurs années : d'un côté, ils voient disparaître les capacités existantes ; de l'autre, ils entendent qu'on promet de nouvelles solutions. Cela leur apparaît paradoxal, puisque les acteurs de la branche redoutent une année blanche pour le secteur.

L'avenir de la branche nous paraît particulièrement menacé par l'article 13 du PLFSS. Si les difficultés des départements sont avérées, elles ne tiennent pas uniquement à l'APA et à la PCH, mais aussi à l'aide sociale à l'enfance (ASE), au revenu de solidarité active ou au financement des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis). Flécher vers les départements une part de CSG affectée à la CNSA nous paraît pour le moins inadapté. Cette contribution a été mise en place pour financer la sécurité sociale, le pacte social qui lie nos concitoyens. La création de la cinquième branche visait à mieux piloter la politique d'autonomie et à sécuriser ses financements – le rapport du regretté Dominique Libault nous a éclairés sur la trajectoire financière nécessaire. Il s'agissait aussi de simplifier, une logique dont l'article 13 s'éloigne grandement : pourquoi deux canaux pour financer l'APA et la PCH ?

De plus, il s'agit, comme M. le président l'a dit, d'un jeu à somme nulle. Ce serait un précédent dangereux pour la branche et pour l'ensemble de la sécurité sociale. En quelque sorte, on demande aux départements de braquer leur propre caisse… Cette méthode induit un risque de dérives pour le financement d'autres prestations : pourquoi la branche famille ne financerait-elle pas l'ASE ?

Notre conseil redoute aussi une absence de contrôle et une aggravation des inégalités territoriales.

À l'unanimité, nous souhaitons la suppression de cet article au profit d'un ajustement des concours. Ministre, je m'étais engagé à ce que nous travaillions à une réévaluation des compensations PCH, aujourd'hui de 34 % – les porter à 40 % coûterait 255 millions d'euros, à 50 % entre 600 et 700 millions d'euros. C'est une telle trajectoire qu'il faudrait viser pour soulager les départements en matière d'autonomie.

Nous alertons aussi sur la réforme des barèmes de participation APA qui, couplée à la possible sous-indexation des pensions, aurait une incidence sur le recours à cette prestation et, vraisemblablement, sur la consommation des plans d'aide. Si le reste à charge semble modéré, il s'ajoute à un reste à charge extra-légal peu maîtrisé et sur lequel nous manquons de connaissances.

En matière de handicap, il faut poursuivre la dynamique du plan des 50 000 solutions, mais nous avons des craintes sur la possibilité d'aller au-delà des places déjà ouvertes. Nous avons également de fortes inquiétudes sur la réforme Serafin-PH, dépourvue d'accompagnement financier ; les 90 millions d'euros nécessaires pour accompagner les établissements sont renvoyés à 2028.

Dans le domaine du grand âge, les membres du conseil attendaient la généralisation de la fusion des sections de financement soins et dépendance des Ehpad. Tous les établissements font état d'effets positifs en termes de simplification et de financement. Nous avons cru comprendre qu'un amendement du Gouvernement serait déposé en vue d'une généralisation en 2028. Ce serait certes un report, mais au moins l'expérimentation serait-elle sécurisée.

Le conseil exprime également des inquiétudes sur la poursuite des trajectoires de recrutement. Compte tenu des tensions de financement, nous redoutons de voir prioriser d'autres dépenses, au détriment de l'accompagnement.

En ce qui concerne le mécanisme d'incitation à la prévention et à la qualité pour les Ehpad et services, les perspectives sont plutôt positives, mais le conseil s'interroge sur son financement et l'opportunité d'un cofinancement avec l'assurance maladie. Les structures doivent bénéficier aussi des hospitalisations, voire même des prescriptions, évitées.

Sur le virage domiciliaire, une réforme structurelle du financement des SAD, compte tenu notamment des difficultés mises en évidence par la Cour des comptes, se fait toujours attendre.

L'absence de mesures nouvelles pour l'habitat intermédiaire ne vous a sans doute pas échappé. Nous connaissons pourtant l'étendue des besoins sur le territoire.

De même, il conviendrait de renforcer la prévention, d'autant que, grâce aux mesures prises dans ce domaine, l'espérance de vie en bonne santé a enfin commencé à augmenter.

Pas de perspectives non plus pour un soutien renforcé aux aidants, sujet qui m'est cher. J'aurais bien voulu que la stratégie nationale des aidants, que Mme Bourguignon connaît bien, prospère.

Enfin, nous déplorons l'absence d'une stratégie nationale et pluriannuelle de financement. Le déficit de la branche pourrait atteindre 1,6 milliard d'euros en 2030. Le besoin de financements perdure pour les années à venir. Une loi de programmation pluriannuelle demeure pour nous l'horizon souhaitable.

M. Maëlig Le Bayon, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. – La progression de 2,6 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie Personnes âgées/Personnes handicapées (Ondam PA/PH) paraît positive, mais masque le débasage des mises en réserve en 2026, dont la neutralisation conduit à une évolution de 2 %, conforme à l'Ondam général. En d'autres termes, l'assiette sur laquelle le taux d'évolution est calculé diminue entre le début de la gestion 2026 et la fin de la gestion 2027.

Les dépenses d'autonomie de la branche autonomie ont progressé de 46,7 % en six ans, passant de 30 à 44 milliards d'euros : cette donnée structurante n'est peut-être pas suffisamment présente dans le débat public. Cette hausse tient essentiellement au financement des établissements pour les personnes âgées et en situation de handicap, passé de 25 à 35 milliards d'euros sur la même période, ainsi qu'aux revalorisations salariales liées au Ségur, pour 5,4 milliards. Par ailleurs, le soutien au domicile, qui était une compétence des départements dont la CNSA finançait une part mineure, a augmenté de près de 70 % tous mécanismes confondus : dotations qualité, SAD, tarif plancher de l'APA, notamment.

Les recettes de la branche ont également augmenté, grâce à vous. L'an dernier, elle s'est vu affecter une fraction de la CSG sur le capital à hauteur de 1,2 milliard d'euros.

Toutefois, la branche est très affectée par la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants, dont la diminution entraîne pour elle une perte de recettes de 1 milliard d'euros. Peut-être moins connu que d'autres, ce phénomène doit être pris en compte dans l'analyse des vases communicants des recettes.

À l'horizon 2030, le déficit de la branche atteindrait 1,6 milliard d'euros en l'absence de mesures nouvelles. Rappelons que, d'ici 2040, notre pays comptera 540 000 personnes âgées en perte d'autonomie supplémentaires, et 700 000 d'ici 2050. Nous parlons de personnes qui ne pourront pas rester sans un accompagnement professionnel, à leur domicile ou en établissement ; faute d'un tel accompagnement, des aidants devront interrompre leur activité.

Les concours de la CNSA aux départements ont augmenté de 70 % depuis 2021, soit 2,3 milliards d'euros supplémentaires. Il s'agit d'une recette parmi les plus dynamiques perçues par les départements. Depuis la révision des modalités de calcul, ces concours ne se fondent plus sur les recettes de la caisse, mais sur les dépenses des départements, destinées à s'accroître beaucoup plus que la dynamique de CSG. Le taux de couverture garanti est donc protecteur pour les départements.

L'année prochaine, le Gouvernement aura à décider d'une éventuelle mise en réserve portant sur l'ensemble de l'Ondam. Chaque année cette mise en réserve augmente ; elle s'est établie cette année à 215 millions d'euros. Si nous devons reconstruire une telle mise en réserve, dès lors que les mesures nouvelles sont autour de 900 millions d'euros, vous voyez ce que cela peut signifier. Vous pourriez voter un Ondam positif, mais que la réalité de l'exécution neutraliserait en partie.

J'en viens au plan 50 000 solutions, à l'augmentation des places en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et à la réforme des SAD. Au regard de l'ampleur des défis et des attentes de nos concitoyens, la création d'offres doit être poursuivie. Avec 900 millions d'euros, nous pouvons amplifier cette trajectoire. Si cette somme baisse, notamment du fait d'une mise en réserve, notre capacité à créer de l'offre supplémentaire serait fortement affaiblie.

Je vous alerte donc sur la décorrélation observée ces dernières années entre l'Ondam que vous votez et celui qui est exécuté. Quand les mises en réserve, systématiquement annulées en fin de gestion, représentent un sixième ou un cinquième de l'Ondam, cela a des conséquences sur le terrain.

M. Philippe Mouiller, président. – Confirmez-vous que les représentants des départements au sein de votre conseil se sont prononcés contre l'article 13 ?

M. Paul Christophe. – Pour être tout à fait précis, l'un a voté contre, l'autre n'a pas pris part au vote.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Vous exprimez une forme d'alarme que nous partageons pour l'essentiel. Il est difficile de faire des économies importantes sans réforme structurelle. Nous n'oublions pas non plus que la crise financière est à notre porte – les taux d'intérêt tutoient les 5 %.

J'étais à la récente assemblée générale de Départements de France, à Reims. L'unanimité qui s'est exprimée en défaveur de l'article 13 dit quelque chose de la situation des départements. Au-delà même de leurs extrêmes difficultés financières, une forme de défiance se manifeste, non pas par rapport à la CNSA, mais par rapport à l'État. Qu'en pensez-vous ?

Par ailleurs, l'annexe 3 prévoit une baisse des dépenses de la CNSA de 100 millions d'euros au titre de la réforme du barème de participation de l'APA. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur cette réforme ?

M. Jean Sol, rapporteur pour la branche autonomie. – Si le contexte budgétaire est contraint, la branche autonomie doit faire face à une hausse importante et incompressible des besoins d'accompagnement et de soins, du fait du vieillissement de la population. Une augmentation de 2,5 % de l'objectif de dépenses ne saurait y répondre de manière satisfaisante.

Un nombre important d'établissements et de services médico-sociaux sont en grande difficulté, malgré les fonds d'urgence déployés depuis trois ans. Les engagements pris par le Gouvernement depuis 2023 sont certes nombreux : recrutement de 50 000 professionnels dans les Ehpad – nous en sommes loin –, création de 50 000 solutions médico-sociales pour les personnes handicapées - nous avons avancé, mais insuffisamment -, recrutements dans les Ssiad. Mais, derrière ces annonces, nous avons peu de visibilité, notamment sur les types de recrutement réalisés et la pertinence des solutions médico-sociales déployées. Comment ces différents plans sont-ils mis en œuvre concrètement dans les territoires ? L'atteinte des objectifs fixés à horizon 2030 vous paraît-elle possible au vu de la trajectoire budgétaire proposée dans le PLFSS ?

En ce qui concerne l'article 13, nous avons compris que le transfert de 300 millions d'euros de CSG aux départements sera un jeu à somme nulle. De son côté, la CNSA verrait ses ressources s'amenuiser, et je crains que le pilotage national du financement de l'autonomie s'en trouve affaibli. La situation financière des départements reste une vraie préoccupation. La CNSA a-t-elle réfléchi à d'autres pistes pour leur apporter un soutien financier pérenne face au dynamisme de l'APA et de la PCH ?

À défaut d'une solution de long terme pour augmenter les ressources de la branche, des mesures sont annoncées en matière d'efficience et de baisse de la dépense. À cet égard, je m'interroge sur la réforme du barème de l'APA à domicile, dont la ministre nous a fait une présentation parcellaire. Le PLFSS fait état d'une économie attendue de 250 millions d'euros pour les

départements. Combien d'allocataires seront perdants ? Quelle sera l'augmentation du reste à charge ? Alors que tout doit être fait pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées qui le souhaitent, cette mesure ne risque-t-elle pas d'être contreproductive en se répercutant sur les SAD et sur les proches aidants, toujours plus sollicités ?

M. Paul Christophe. – L'article 13 est une sorte de marché de dupes. Il fixe à l'euro près les sommes versées à chaque département, pour l'APA comme la PCH. Il précise qu'elles seront déduites de ce qu'aurait dû verser la CNSA au titre de la compensation par fonds de concours. La CSG étant destinée à financer une dépense de sécurité sociale, c'est un jeu à somme nulle par rapport à la branche. Je le redis, cela revient pour les départements à braquer leur propre caisse. Leur situation financière n'en sera pas améliorée.

La réforme des fonds de concours APA, que j'ai portée, visait à garantir un financement de 50 %. Nous sommes à 49,8 % : je considère donc que le contrat est presque rempli. Je suis convaincu qu'il faut faire de même pour la PCH. Ce serait une façon de rétablir la confiance avec les départements. Je le redis, porter le taux de 34 à 44 % aurait un coût de 255 millions d'euros ; à 50 %, entre 640 et 700 millions d'euros. Contrairement à, par exemple, un fonds d'urgence, cet argent serait garanti pour les départements et assis sur la dynamique qu'ils rencontrent dans les territoires – autour de 5 % pour l'APA, presque 9 % pour la PCH.

Soyons honnêtes, il y a eu l'an passé une confusion. Lorsqu'on a augmenté les recettes de la branche à travers une fraction de CSG sur les produits financiers, les départements ont cru que ces 1,2 milliard d'euros allaient ruisseler dans les territoires. Or la branche était en déficit prévisionnel de 1,5 milliard d'euros. Il s'agissait donc simplement de rétablir l'équilibre. Cela a contribué à la défiance dont vous avez parlé, monsieur le rapporteur général. Pour discuter beaucoup avec des présidents de département, je pense que le retour de la confiance passerait par un relèvement de la trajectoire de compensation de la PCH autant que possible jusqu'à 50 %.

En ce qui concerne le barème de participation APA, nous craignons un mésusage et, parfois, un renoncement à des plans APA, avec des répercussions sur des prestataires en souffrance. On parle de 250 millions d'euros d'économies, mais, pour le budget de l'État, c'est plutôt 125 millions d'euros, compte tenu de la compensation fiscale de 50 %. Le prix à payer est peut-être un peu élevé par rapport aux risques de renoncement.

M. Maëlig Le Bayon. – La réforme du barème de l'APA se traduit par une diminution des concours de la branche. Une baisse potentielle de 250 millions d'euros des dépenses des départements entraînerait une baisse des concours de 100 millions d'euros. Les usagers s'orienteraient vers le crédit d'impôt et se feraient rembourser la moitié de la dépense nouvelle à leur charge – au total, donc, 125 millions d'euros. À l'arrivée, une prestation apparentée à une branche de sécurité sociale serait financée à la fois par des

concours de la CNSA, les départements et l'État *via* le crédit d'impôt : difficile d'avoir une vision claire du coût global de cette mesure pour les finances publiques.

Sur les 50 000 solutions, 27 000 recrutements ont été faits. Nous pourrons vous en fournir le détail par typologie de dispositifs. Nous savons à quel point l'offre médico-sociale sur les territoires pour les enfants et les adultes en situation de handicap nécessite une accélération. Les crédits sont consommés, et les directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS) nous disent qu'il s'agit d'une priorité structurante qui doit être sanctuarisée.

S'agissant des Ssiad, l'augmentation des places s'est légèrement ralentie mais permet d'envisager le respect de la trajectoire prévue à l'horizon 2030.

Dans les Ehpad, les 50 000 créations de poste passent par une augmentation de la dotation soins financée par l'ARS, mais cette augmentation n'est pas fléchée vers le recrutement. Chaque année, cette dotation augmente au titre de la dégradation de l'autonomie des personnes accompagnées et de la trajectoire de 50 000 équivalents temps plein (ETP). Entre 2017 et 2024, les professionnels du soin ont augmenté de 19 000 ETP, soit 9,4 %, contre 6,9 % pour l'ensemble des effectifs des Ehpad. La progression la plus forte concerne les aides-soignantes.

Nous avons essayé, avec l'Institut des politiques publiques, de traduire les trajectoires démographiques en trajectoires budgétaires : on estime qu'il faudra financer 12 milliards d'euros supplémentaires d'APA à l'horizon 2050. Dans certains départements, le pic serait atteint dès 2030 ; pour la plupart, entre 2030 et 2040. Si nous finançons 50 % de cette augmentation, comme le propose le conseil de la caisse, 6 milliards d'euros de dépenses nouvelles seraient à la charge des départements – pour la seule APA. S'agissant de la PCH, il est plus compliqué d'établir des trajectoires pluriannuelles, mais le fait est que les personnes en situation de handicap vieillissent, car la sécurité sociale et notre accompagnement permettent que, heureusement, elles vivent plus longtemps.

M. Patrick Kanner. – Le Gouvernement mène une politique de gribouille. Paul Christophe s'est exprimé en termes diplomatiques, mais je crois qu'il pense de même.

J'ai assisté à la conclusion du congrès des départements à Reims. Je n'avais jamais vu une telle violence verbale des présidents de département vis-à-vis de la ministre, que nous connaissons bien au Sénat – une violence liée à une terrible déception et à la dénonciation du jeu de dupes qui se met en place.

Nous allons dans le mur. Il faut choisir entre des équilibres budgétaires que nul ne peut nier et la possibilité pour certaines personnes de se lever, de se laver, d'être accompagnées. C'est la dignité minimale de ces personnes qui est en cause.

Monsieur le président Christophe, jusqu'où allez-vous vous battre pour obtenir les moyens de mettre en œuvre les politiques qui sont de votre responsabilité ? Je ne vous demande pas de démissionner, mais il va falloir taper du poing sur la table. Stop à des choix politiques et budgétaires qui dégradent notre pacte social !

La colère est forte. Je ne parle pas de celle que nous avons vue dans nos villes, malheureusement, il y a quelques jours - les personnes âgées et handicapées ne casseront pas des magasins, et c'est peut-être pour cela qu'on est prêt à les maltraiter… En tout cas, votre parole, respectée, est très attendue. Au Sénat, nous serions prêts à vous accompagner avec force.

Mme Corinne Bourcier. – L'inquiétude est vive parmi les départements, confrontés à une augmentation des dépenses liées au vieillissement de la population et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Comment peut-on leur demander de répondre à ces besoins croissants sans leur garantir des ressources supplémentaires ? Le président de Départements de France a écrit au Gouvernement sur ce sujet.

Face aux besoins croissants et aux contraintes budgétaires, comment garantir aux personnes âgées et en situation de handicap un accompagnement suffisant indépendamment des capacités financières des départements ? À titre d'exemple, l'an dernier, le Maine-et-Loire a consacré 229 millions d'euros à l'autonomie sur un budget d'environ 850 millions d'euros. Cette année, son budget s'élève à 854 millions d'euros, dont 524 millions pour les solidarités.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Je suis, moi aussi, très inquiète. Sénatrice de la Marne, j'étais bien évidemment à Reims. La colère que les départements expriment me paraît légitime. Comment pourraient-ils financer les 6 milliards d'euros dont vous avez parlé ? Les tours de passe-passe budgétaires sont une mascarade.

Dans son rapport du 19 décembre dernier sur la gestion de la caisse, la Cour des comptes met en lumière plusieurs fragilités, notamment en matière de gouvernance comptable, de contrôle interne et de pilotage des systèmes d'information. Elle recommande notamment de regrouper les fonctions financières et comptables au sein d'une direction unifiée, de rationaliser les dispositifs de subvention, de simplifier la gouvernance, de stabiliser les ressources humaines et d'internaliser davantage les compétences informatiques stratégiques.

En particulier, la création de la cinquième branche ne peut suffire à expliquer l'augmentation des dépenses d'informatique de 19 à 65 millions d'euros entre 2020 et 2024. Je pense qu'il y a des efforts à faire, surtout au vu de la contrainte budgétaire.

Quelles suites la CNSA a-t-elle données à ces recommandations ? Quelles sont celles qui ont déjà été mises en œuvre et selon quel calendrier les autres le seront-elles ?

M. Paul Christophe. – M. Kanner sait combien je suis attaché à la cinquième branche – je fais partie de ceux qui ont défendu, en 2020, l'amendement ayant conduit à sa création. J'ai échangé avec de nombreux présidents de département, dont Jean-Luc Gleyze. Tout le monde a conscience du besoin de financement des départements, un enjeu qui dépasse l'APA et la PCH. Il est indéniable qu'ils ont besoin d'une recette nouvelle. On touche là aux limites de la loi NOTRe et des réformes qui ont suivi.

J'ai fait au Premier ministre et à la ministre des propositions, avec le soutien unanime du conseil. Les départements et la CNSA sont solidaires pour lutter afin d'obtenir les financements nécessaires. Je le redis, la trajectoire est déficitaire jusqu'en 2030 : nous avons besoin d'au moins 1,6 milliard d'euros à cette échéance. Je donnerai aussi des interviews aux médias, mais nous comptons surtout sur le débat parlementaire. L'idéal serait de proposer un cofinancement de la PCH à 40 ou à 50 %, sur le modèle de l'APA : graver une telle mesure dans le marbre de la loi rétablirait la relation de confiance. Nous connaissons tous les règles constitutionnelles relatives aux créations de charges, mais la négociation avec le Gouvernement doit porter sur ce sujet.

La garantie des ressources passe aussi par le débat parlementaire. Je rappelle qu'une loi pluriannuelle est prévue par la loi Bien vieillir.

Je laisse M. le directeur répondre aux questions sur le contrôle de la Cour des comptes. Il est juste, en effet, que nous rendions des comptes devant le Parlement.

M. Maëlig Le Bayon. – Monsieur Sol, le reste à charge sera au maximum de 36 euros par mois après crédit d'impôt, pour les personnes touchant environ 2 300 euros avec un plan d'aide de l'ordre de 500 euros. Rien ne changera pour les bénéficiaires exemptés de participation financière. Ceux qui contribuent au niveau maximal, de 90 %, ne contribueront pas au-delà. Les participations intermédiaires sont en revanche restructurées. La participation est la plus forte sur les premières heures du plan d'aide ; elle baisse à mesure que le nombre d'heures augmente, afin de préserver ceux qui ont les plans les plus importants.

Le rapport de la Cour des comptes fait la différence entre l'opérateur ministériel que nous étions, une sorte d'agence au service des départements, et la cinquième branche que nous sommes devenus, avec ce que le code de la sécurité sociale fixe comme obligations, dont la certification des comptes par la Cour. La création d'un directeur comptable et financier a eu lieu. La Cour

a souligné dans son rapport de certification tous les efforts menés depuis le rapport que vous avez cité.

Le Parlement et le Gouvernement ont demandé la création d'un système d'information national. De fait, aujourd'hui, je suis incapable de vous dire ce que sont les plans d'aide APA dans les départements ; tout ce que je connais, ce sont les dépenses transmises par les départements. Vous connaissez la difficulté de ce genre de projets. Les 60 millions d'euros dont vous avez parlé sont destinés au système d'information APA, mais aussi à un système d'information pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui remplacera les systèmes d'information départementaux et nous permettra de savoir qui sont les personnes aidées et quelles sont les aides versées.

Mme Corinne Féret. – Nous sommes rassurés de constater que l'analyse est partagée, pas du tout quant à l'avenir de la branche autonomie. D'ici 2032, la France comptera 1 million de personnes de plus de 75 ans supplémentaires ! Le mur démographique, nous y sommes.

L'augmentation de l'Ondam Personnes âgées, annoncée à 3,5 %, est un leurre. En réalité, il n'y aura que 500 millions d'euros de plus par rapport à cette année. Or le grand âge ne peut supporter de nouvelles économies, alors que les besoins ne cessent d'augmenter.

La loi Grand âge nous est promise depuis 2024, mais nous attendons toujours. La loi Bien vieillir la prévoit, mais on ne nous propose toujours rien.

L'article 39 concerne l'intéressement à l'efficience des Ehpad et des SAD. Il sera possible de leur attribuer une dotation financière complémentaire en fonction de leurs résultats en matière d'efficience, de pertinence des soins et de prévention de la perte d'autonomie. On ne peut oublier le scandale Orpea, qui a mis en lumière les risques d'une recherche excessive de rentabilité. Dans ce contexte, l'objectif gouvernemental de 900 millions d'euros d'économies m'inquiète. D'autant que l'article ne fait aucune référence à la qualité de la prise en charge, ni au bien-être des personnes accueillies. Que pense la CNSA de cette disposition ?

Mme Jocelyne Guidez. – Monsieur Christophe, nous avons combattu ensemble pour la protection des enfants en situation de handicap. Le nombre d'enfants bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a doublé en dix ans, dépassant un demi-million en 2024. Cette forte progression s'explique notamment par un meilleur repérage, mais soulève des interrogations sur l'évolution des besoins des familles et des dépenses de la branche autonomie. La CNSA a-t-elle identifié les principales causes de cette hausse ? Avez-vous des projections pour les années à venir ?

Le PLFSS prévoit 300 millions d'euros pour développer l'offre médico-sociale, notamment à travers la création de centres de ressources territoriaux, de Ssiad et de plateformes de répit pour les aidants. Ces solutions de répit sont essentielles pour prévenir l'épuisement des proches aidants.

Combien de nouvelles places d'accueil temporaire et de solutions de répit seront-elles créées grâce à ce financement ? Avez-vous programmé leur répartition territoriale et leur calendrier de déploiement ?

Mme Annie Le Houérou. – Le coût des déplacements constitue une préoccupation majeure pour les professionnels du secteur de l'aide à domicile, mais aussi pour les opérateurs des centres communaux d'action sociale (CCAS) et les associations. Ces dépenses pèsent sur le pouvoir d'achat des professionnels. Est-il normal que l'indemnité kilométrique soit inférieure au barème fiscal de cette année ? La revalorisation intervenue en mai est limitée au 31 décembre prochain.

Si l'on veut développer l'aide à domicile, il faut soutenir la mobilité des professionnels. Prenez-vous des mesures ciblées pour accompagner les déplacements des professionnels ? Comment aider les structures d'aide à domicile à faire face à ces coûts, qui ne cessent d'augmenter ?

Enfin, pourriez-vous préciser votre position sur la réforme Serafin-PH, qui inquiète beaucoup les établissements médico-sociaux ? Préconisez-vous un report en 2028 ?

M. Paul Christophe. – Je partage votre inquiétude sur l'article 39. Rechercher l'efficience au niveau des Ehpad a tout son sens. Au reste, c'est le but même de la gestion de l'argent public que de rechercher l'efficience. Seulement, j'ai bien peur que les établissements l'aient déjà fait… J'imagine qu'étant en difficulté depuis plusieurs années, ils ont essayé de dégager des marges d'efficience.

Nous serons vigilants pour que les dérives auxquelles vous avez fait référence ne se reproduisent pas. Toutefois, il ne faut pas confondre efficience et économies à tout crin au détriment des résidents.

On a vu combien la fusion des sections soins et dépendance a été profitable au niveau des Ehpad. Les parlementaires ont injecté sur cette réforme 200 millions d'euros supplémentaires à l'échelle des vingt-trois départements et 7 500 établissements concernés. Cela a amélioré la lisibilité sans dégrader en rien le rôle des départements dans les gouvernances. On est donc conduit à s'interroger sur les dépenses dites d'hébergement – loyer et restauration.

Je me plais à croire, madame Guidez, que les différents textes ayant contribué à améliorer le repérage sont pour quelque chose dans l'augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap que nous accompagnons.

Sur le répit des aidants, il est indispensable d'accélérer. Des évolutions sont souhaitables, notamment sur la durée de l'accompagnement au titre de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et sur son renouvellement – on sera de plus en plus conduit à être plusieurs fois aidant dans sa vie. Une stratégie portait sur cinq projets nationaux à répartir sur le territoire : je regrette le retard pris, même si les projets fourmillent aujourd'hui.

Concernant le domicile, effectivement, une dotation mobilité avait été proposée, qui mériterait aujourd'hui d'être revue au regard du coût des carburants. Autant elle a pu être avantageuse en son temps, autant aujourd'hui elle ne l'est plus du tout.

Nous soutenons la réforme Serafin-PH. Ce que je regrette et ce qui m'inquiète, c'est le fait qu'il n'y ait pas de financement prévu dans le PLFSS pour 2027 – le financement prévu de 90 millions d'euros a été reporté en 2028. J'ai le sentiment que cela va porter un coup de frein alors qu'on observe une dynamique sur les territoires. Nous ne raisonnons plus en termes de places, mais nous allons adapter l'offre aux besoins, construire un projet autour de la personne et avec la personne. Je crains que ce report gêne cette évolution.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Je vous remercie pour le constat que vous dressez de cette situation – un constat assez catastrophique. Ce sera le pire budget de ces dernières années pour les retraités. J'espère que chacun prendra ses responsabilités et votera contre, si celui-ci ne devait pas évoluer. Il y a des critiques sur tous les bancs.

Vous l'avez dit au début de votre propos, on ne peut pas déconnecter le PLFSS et le projet de loi de finances (PLF). Les personnes âgées, les personnes vieillissantes et les retraités vont être les victimes de ce gouvernement, une fois de plus : flambée des complémentaires santé, gel des retraites, plafonnement de l'abattement...

Nous demanderons la suppression de l'article 13. Nous sommes évidemment favorables à vos préconisations pour les départements, notamment que le financement national de la PCH atteigne 50 %. Sans cela, notre système va s'effondrer. Pas moins de 49 % des Ehpad sont en déficit dans ce pays ! Et je ne parle pas des hôpitaux, mais c'est encore un autre sujet.

L'avancement en l'âge n'est pas une maladie ! Il est normal de pouvoir vivre dignement après avoir travaillé toute sa vie. Là, c'est l'indignité la plus totale. Ce gouvernement porte une lourde responsabilité.

Vous l'avez dit : il n'y a rien sur l'habitat. On nous parle sans cesse de rénovation, mais aucun financement n'est prévu dans ce budget. Rien non plus pour le soutien aux aidants. Aucune stratégie pluriannuelle.

Nous nous accordons tous sur la nécessité de trouver des ressources. Que pensez-vous de faire contribuer les fonds de pension et les revenus financiers ?

M. Jean-Luc Brault. – Après avoir été longtemps maire et président d'une communauté de communes, j'ai réussi, il y a cinq ans – nous démarrons les travaux depuis huit jours –, à créer un nouvel Ehpad de cent lits. J'étais dirigeant d'une entreprise du bâtiment, donc encore aujourd'hui je jette un coup d'œil sur les projets… Tenez-vous bien : on va construire cet Ehpad sans système de rafraîchissement, parce qu'il manque 250 000 euros sur un budget de 17 millions d'euros !

Avec huit élus, cet été pendant deux mois, nous avons raccompagné nos aînés tous les soirs dans leur chambre – dans une bourgade de 5 000 habitants où j'habite depuis vingt-cinq ans, je les connais tous –, parce que, comme vous le dites, il n'y a plus assez de personnel. C'est un vrai drame, comme c'est un drame de construire un Ehpad de 17 millions sans rafraîchissement... Moi, je deviens fou ! Il se situe à Contres, dans le Loir-et-Cher.

Mme Brigitte Bourguignon. – Je suis triste d'entendre tout ce que j'entends depuis ce matin. La cinquième branche était une très belle idée…

Mme Frédérique Puissat. – Une supercherie !

Mme Brigitte Bourguignon. – J'ai posé plusieurs fois la question du financement de cette cinquième branche déterminante – elle l'est parce que c'est la branche dédiée à l'autonomie, à la dignité due aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux territoires. Cette politique, complètement dévolue aux départements, trouve sa signification dans nos territoires à travers ce qu'ils essaient de mettre en place ; les solutions, selon moi, viendront des territoires. Encore faut-il que cette cinquième branche soit assurée.

Chaque fois que je pose la question sur les formes alternatives à l'Ehpad – parce que le virage domiciliaire demeure selon moi la solution, d'autant qu'il correspond à l'aspiration des citoyens –, on m'oppose les 50 000 solutions. Or, elles sont largement consacrées aux personnes handicapées – et c'est heureux –, et non aux alternatives à l'Ehpad que nous voulons développer. Il n'y a pas une seule commune dans mon département qui n'ait pas un projet en tête pour garder les personnes âgées là où elles ont toujours vécu. C'est vraiment dramatique que nous n'ayons toujours pas de financement.

Je préconise un plan Marshall dédié à l'autonomie, un plan pluriannuel qui relèverait davantage, pour moi, de la solidarité intergénérationnelle. Pourquoi ne l'envisage-t-on pas sous cette forme-là, puisque, visiblement, le grand âge n'est pas porteur ? Il y a des solutions à trouver dans ces formes de financement que nous pourrions potentiellement trouver sur le territoire.

En dehors de l'aide à la vie partagée, qu'on m'oppose également, il y a des avancées : la dotation qualité, l'aide à la mobilité, tout cela est allé dans le sens d'un meilleur soin à domicile et d'un meilleur accompagnement. Cela aussi, il faudrait le discuter avec les bailleurs sociaux, mettre tous les acteurs autour de la table, et pas seulement l'État ; je ne les vois guère engagés dans cette feuille de route commune, car dès lors qu'on leur annonce huit logements seulement, cela ne les intéresse plus. C'est tout de même grave ! Chacun doit y mettre un peu du sien.

M. Paul Christophe. – Madame Apourceau-Poly, vous posez la grande question, celle à laquelle il n'a pas été répondu depuis la création de la cinquième branche.

Le rapport Libault, mais aussi le rapport El Khomri – vous les connaissez tous par cœur –, posaient déjà une trajectoire en leur temps : ils chiffraient le besoin à 10 milliards d'euros à l'époque, avec une partie pour la branche maladie et une partie pour la branche autonomie. Aujourd'hui, nous n'avons toujours pas répondu à la question du financement !

Je ne vais pas me substituer aux parlementaires que vous êtes. Vous avez cité quelques éléments. Il y a un vrai débat à poser pour trouver, par exemple, les 6 milliards d'euros potentiellement nécessaires, selon les projections, au financement de 50 % de l'APA.

Il est temps aujourd'hui – peut-être le débat présidentiel qui s'annonce y répondra-t-il – de se poser la question du financement que nous avons mise sous le tapis depuis trop longtemps. Nous en venons à la limite du saupoudrage : un peu de CSG sur le patrimoine, un peu de CSG sur les produits financiers… Nous atteignons les limites de ce qui est supportable aussi pour nos concitoyens sous cette forme-là. Cela pose effectivement la question du lien intergénérationnel.

Je regrette que l'on n'ait pas pensé au rafraîchissement, monsieur Brault. Il est vrai qu'aujourd'hui, nous avons tellement bien isolé les bâtiments que nous n'arrivons plus à les rafraîchir l'été. Sur un projet de 17 millions d'euros, ne pas trouver 250 000 euros m'interpelle, d'autant plus que, généralement, ce sont des financements qui s'amortissent sur le temps long ; nous verrons cela avec vous le moment venu.

Madame Bourguignon, il faut effectivement travailler sur l'habitat. La CNSA publiera bientôt un rapport, rédigé notamment par Geneviève Mannarino, sur ce qui fonctionne dans les territoires. L'idée n'est certainement pas de valider un modèle unique, comme on a trop souvent voulu le faire, par exemple sur les Ehpad, mais plutôt de dire : voilà ce qui fonctionne dans les territoires, qu'il s'agisse d'un territoire de montagne, de polders, d'un territoire dense ou rural. De nombreuses initiatives en France qui ont trouvé leur modèle de financement méritent aujourd'hui d'être portées à la connaissance de tous.

Dès lors que la confiance avec les départements s'est érodée, ceux-ci ne sont guère enclins à accompagner les projets, ayant également leur quote-part à assumer. La boucle est ainsi bouclée. En redonnant de l'air aux départements, nous parviendrons à avancer sur l'ensemble de ces dispositifs qui sont quelque peu en panne. Il en va de même pour le répit.

Enfin, l'action des bailleurs sociaux me préoccupe tout particulièrement – professionnellement d'ailleurs –, car nous manquons aujourd'hui de cartographie et parfois de visibilité. Dans certains ensembles verticaux notamment, se concentre un vieillissement qui doit nous préoccuper, avec parfois un renoncement aux droits faute d'une information adéquate. Nous devons voir comment, à partir d'un diagnostic plus fin et du suivi des locataires, nous pourrions créer cette connexion avec les services compétents, qu'il s'agisse des CCAS, des SAD, des Ssiad, du portage de repas à domicile, de la blanchisserie ou, plus encore, du lien social ? Nous devons nous tenir aux côtés des bailleurs sociaux de manière incitative afin de les amener à acquérir une meilleure connaissance non seulement du parc social – ce qui a prévalu ces dernières années, notamment pour des raisons de réhabilitation et de rénovation thermique –, mais également de leurs locataires, au titre des besoins sociaux identifiés.

Nous y travaillerons dans le cadre de mon mandat à la CNSA.

M. Maëlig Le Bayon. – L'enveloppe de l'AEEH augmente de 7 % à 8 % par an, à cause de la meilleure détection des troubles du neurodéveloppement. Au niveau populationnel et épidémiologique, nous couvrons aujourd'hui à peu près 2,7 % des enfants de moins de 20 ans, ce qui correspond grosso modo à ce que nous estimons être le champ du handicap en France pour les enfants, alors qu'auparavant, nous étions plutôt autour de 1 %. C'est massif : nous avons doublé le nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH, mais c'est aussi parce que nous ne les détections pas auparavant. En réalité, il s'agit d'un rattrapage d'un effet de stock qui était invisibilisé et non accompagné.

Sur les aides à domicile et la mobilité, la CNSA consacre depuis l'année dernière 75 millions d'euros par an pour financer des flottes de véhicules. Elle verse ainsi 75 millions d'euros aux départements, sans contrepartie financière de leur part, afin de financer soit des indemnités kilométriques, s'ils font ce choix, soit des flottes de véhicules, ce qui nous semble préférable, notamment au regard de l'attractivité des métiers pour les aides à domicile.

Concernant les Ehpad et leur déficit, les chiffres de M. le rapporteur étaient exacts : les 23 départements expérimentant la fusion des sections tarifaires, donc ceux qui ont vu leur section dépendance reprise par l'ARS et refinancée – puisqu'il y a eu un taux national indexé – sont à l'équilibre.

Le plan d'aide à l'investissement de la CNSA compte 200 millions d'euros pour l'ensemble du territoire national. Quand on voit que le projet d'Ehpad cité par M. Brault coûte 17 millions d'euros, on se rend compte de l'écart avec les besoins locaux. Nous ne pouvons pas agir sans les départements.

Madame Bourguignon, nous essayons d'orienter une part croissante de ce soutien vers la rénovation des résidences autonomie. Notre objectif est de doubler cette enveloppe dans le cadre de la future convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA, actuellement en cours de négociation avec le Gouvernement. Nous aurons besoin de l'appui des parlementaires que vous êtes pour cette convention 2027-2031.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre
de la Cour des comptes

Réunie le mercredi 21 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes.

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, en lien avec nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027, nous accueillons cet après-midi M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes.

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Monsieur le président, selon une pratique récente qui tend à devenir une tradition, vous avez remis à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale une analyse actualisée de la situation financière de la sécurité sociale. Sans anticiper votre présentation, je pense pouvoir dire que vous tirez une sonnette d'alarme. Vous insistez en particulier sur l'absolue nécessité d'entamer le redressement des comptes de la sécurité sociale dès l'année 2027.

Vous soulignez plus particulièrement le caractère impératif du règlement, l'année prochaine, de la question du financement de la dette sociale, notamment au travers de nouveaux transferts à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Je vais donc vous laisser présenter cette analyse, qui ne pourra qu'utilement éclairer nos travaux sur le PLFSS pour 2027. Les membres de la commission pourront ensuite vous interroger, en commençant par notre rapporteur général, Olivier Henno.

M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. – La Cour des comptes a établi une note qui souligne l'urgence de la situation, malheureusement très difficile, pour ne pas dire plus, de la sécurité sociale.

Il faut commencer par l'année 2026. Cette année n'étant pas terminée, rien ne nous garantit que le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindra - 21,8 milliards d'euros. Nous pouvons espérer mieux, mais nous pouvons toujours avoir pire. Cette année est intéressante, parce qu'elle donne à voir un scénario sur lequel je reviendrai pour 2027, au regard de l'effort qu'il est nécessaire d'engager.

En 2026, la loi de financement de la sécurité sociale a établi un déficit prévisionnel à 19,4 milliards d'euros. Certes, c'est mieux que le déficit de 21,6 milliards d'euros de 2025. Toutefois, comme nous l'avons signalé en mai dernier dans le Ralfss (rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale), cet objectif nous paraissait très peu ambitieux. D'ailleurs, nous proposions, ce qui n'était pas fréquent pour la Cour des comptes, une trajectoire de rétablissement de l'équilibre de la sécurité sociale prévoyant 10 milliards d'euros d'efforts par an pendant quatre ans, puisque la sécurité sociale dérive mécaniquement tous les ans.

Il faut absolument garder en tête le principe de l'équilibre de la sécurité sociale. Celui-ci repose sur le fait que les actifs financent les retraités, les bien-portants financent les malades et ceux qui n'ont pas d'enfants financent ceux qui en ont. Il s'agit donc d'une forme d'assurance collective, qui n'a de sens que si elle est équilibrée et que cet effort, génération après génération, est respecté.

Depuis 2023, cet équilibre est rompu de façon durable.

J'insiste sur le déficit prévisionnel de 19,4 milliards d'euros, car il s'agissait d'un effort très modeste et que l'histoire se répète : à la moindre difficulté, à la moindre estimation optimiste de la prévision, nous nous retrouvons systématiquement dans une situation moins favorable. Cette année, la prévision de déficit est de 21,8 milliards d'euros. Cela fait donc deux années que le solde se situe au-delà de - 20 milliards d'euros et que le déficit reste à un niveau particulièrement élevé, malgré les mesures qui ont été prises.

Pour 2027, le risque que l'histoire se répète existe.

La note de printemps du Ralfss signalait déjà que les hypothèses économiques pour 2026 pouvaient ne pas être validées et être finalement révisées. Pour une fois, c'est le contexte international qui est en cause. La croissance avait été prévue à 1 % ; elle a été révisée régulièrement ; aujourd'hui, elle est ramenée à 0,5 %. La masse salariale était prévue à 2,3 % ; elle s'établit actuellement à 1,6 %. Cela signifie que les cotisations sociales rentrent moins, de même que la contribution sociale généralisée (CSG) et la TVA. Au bout du compte, les recettes ne sont pas rentrées à la hauteur attendue, et c'est ce qui cause principalement le non-respect de l'objectif de - 19,4 milliards d'euros.

Pourtant, des mesures ont bien été au rendez-vous – heureusement d'ailleurs ! Ainsi, le relèvement du taux de cotisations employeur de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) de 1,8 milliard d'euros, qui avait été très décrié, a été effectif. L'augmentation de la CSG sur les revenus du capital de 1,2 milliard d'euros a été au rendez-vous. La contribution des organismes complémentaires, pour 1,1 milliard d'euros, a bien été présente.

D'autres mesures ont également été prises en cours d'année – on ne peut là reprocher à l'exécutif d'avoir été absent du débat – : gel du barème des allégements généraux pour neutraliser l'impact d'une hausse du Smic, décidé pendant l'été, ce qui représente 2,8 milliards d'euros ; relèvement des plafonds des franchises et participations forfaitaires, de 50 euros à 70 euros, ce qui n'est pas une mesure neutre. Ces efforts collectifs, que ce soit des entreprises ou des ménages, ont donc été bien réels.

Malgré toutes ces mesures, la révision à la baisse des hypothèses économiques conduit le déficit 2026 de la sécurité sociale à passer de 19,4 milliards d'euros selon la prévision initiale à 21,8 milliards d'euros selon la prévision actualisée, après une exécution de 21,6 milliards en 2025.

En 2026, si tout se termine comme envisagé, les recettes auront augmenté de 2,6 %. Au regard de la situation actuelle, nous ne garantissons pas que les cotisations et autres rentrent comme prévu. Des aléas demeurent, je ne les décris pas, vous les connaissez. Les dépenses ont été, là aussi, en partie freinées.

Cet équilibre fait donc que le déficit 2026 atteindrait entre 21 milliards et 22 milliards d'euros. Malgré la perte de recettes due à la situation économique, nous restons dans une dynamique grâce aux recettes nouvelles ; les dépenses demeurent dynamiques. Il faut avoir en tête que la sécurité sociale a le désavantage de subir le vieillissement de la population, qui touche la branche autonomie, la branche maladie et la branche vieillesse ; trois branches très importantes sont ainsi touchées systématiquement.

Pour clore l'analyse de l'exercice 2026, je signale tout de même un point positif, à savoir que la trajectoire des dépenses a été tenue. Heureusement d'ailleurs, vu que les recettes n'ont pas été au rendez-vous, pour des raisons internationales que nous connaissons. Heureusement aussi, car, si j'étais un peu sévère, je dirais que, la LFSS n'étant pas très ambitieuse, il valait mieux tenir les dépenses. Si nous avions été plus ambitieux, cela aurait peut-être été plus difficile.

Les dépenses de la branche maladie connaissent une augmentation de 3,2 %. L'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) a été sous-exécuté, d'abord parce que des mesures ont été prises cet été concernant les franchises et les participations ; en projection, les soins de ville ont été mieux tenus que prévu. Quelques mesures concernant les transports sanitaires ont été prises et ont produit des effets. Ce sont donc des points positifs. Les annulations de crédits budgétaires ont été décidées ; malheureusement, elles ont souvent des répercussions sur les hôpitaux et les établissements et services médico-sociaux (ESMS), avec le déficit classique que l'on peut retrouver pour ces structures.

Ensuite, on peut observer des variations par branche. Ainsi, la branche famille est celle dont les dépenses progressent le moins : en valeur, c'est 1 %, mais en volume, c'est - 1 %. C'est logique, puisque nous assistons à une baisse de la natalité. Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) sont en forte hausse, avec une croissance de 4,5 %, ce qui est moins habituel, mais ce sont les indemnités journalières qui augmentent très fortement. Enfin, celles de la branche autonomie augmentent de 3,6 %, mais nous y voyons la montée en puissance du dispositif avec la croissance des dotations aux établissements.

Voilà à peu près le panorama pour 2026. On constate qu'un projet peu ambitieux, comportant des risques réels qui se sont confirmés pour les recettes, nous conduit tout de suite vers un déficit qui, du point de vue de la Cour des comptes, n'est pas soutenable dans la durée.

Quel scénario le Gouvernement propose-t-il pour 2027 ? Il n'est pas certain qu'il vous parvienne sur la base de la projection initialement proposée par le Gouvernement ; il sera peut-être modifié.

Il faut d'abord avoir en tête qu'à la demande de la Cour des comptes, l'exécutif a mieux présenté la partie tendancielle et la partie relative aux mesures nouvelles.

La partie tendancielle correspond à la situation où, en quelque sorte, rien ne serait fait : le déficit passerait de 21,8 milliards à 22,6 milliards d'euros, alors même que de nombreuses mesures ont déjà été adoptées. Je précise que le scénario économique du Gouvernement – croissance à 1 % et masse salariale en hausse de 2,4 % – a été jugé optimiste par le Haut Conseil des finances publiques (HCFP). C'est d'ailleurs le même taux qui avait été prévu l'année précédente, avec les résultats que l'on connaît. Par conséquent, l'éventualité que les recettes soient à la hauteur de ce qui est calculé à partir de ces ratios constitue une hypothèse haute, de notre point de vue, et la probabilité est plutôt qu'elles soient en deçà. C'est en tout cas le point de départ.

Par ailleurs a été envisagé le scénario où le déficit de la sécurité sociale atteint 22,6 milliards d'euros si rien n'est fait, alors que des mesures sont déjà intégrées. Ainsi, des recettes sont en hausse à hauteur de 5 milliards d'euros. Le relèvement du taux de cotisation de la CNRACL, qui concerne les employeurs, les hôpitaux et les collectivités locales, est déjà intégré. Le gel du barème des allégements généraux de juin en année pleine a un impact significatif sur les entreprises. Dans ce scénario, des mesures prises par voie réglementaire cet été sont également intégrées. Pour 2027, le ticket modérateur a été augmenté dans un certain nombre de secteurs, ce qui représentera tout de même 1,2 milliard d'euros. Cela signifie que ce sont les mutuelles qui vont prendre le relais – c'est-à-dire les usagers, voire les entreprises lorsqu'il s'agit de mutuelles d'entreprise. Toutes ces mesures sont comprises dans le déficit prévisionnel de 22,6 milliards d'euros.

Face à cela, le Gouvernement a pour projet de dégager encore un peu plus de recettes et de faire beaucoup d'économies. C'est cela que vous aurez à examiner. Cela explique que soit prévue en 2027 une augmentation des recettes, qui passerait après redressement à 3,4 % par rapport à une augmentation en tendanciel de 3,2 % ; dans le même temps, les dépenses passeraient de 3,4 % en tendanciel à 2 % après redressement. Il y a donc véritablement là un redressement que nous avons qualifié de vigoureux dans le rapport.

De quoi est composé ce déficit ? Je le présente selon le schéma classique.

Les moindres dépenses représentent 8,7 milliards d'euros, ce qui n'est pas rien. Parmi elles, les principales mesures sont connues : 3 milliards d'euros de désindexation partielle des retraites, puisque cela concerne les pensions supérieures à 1 260 euros ; 1,6 milliard d'euros pour la branche famille, avec le gel des allocations familiales et la révision à la baisse de l'allocation de rentrée scolaire dans la recomposition ; un effort de 3,9 milliards d'euros pour l'Ondam – 2,1 milliards d'euros sur les produits de santé, 1 milliard d'euros sur les indemnités journalières et 0,9 milliard d'euros sur les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Je cite les mesures principales et laisse de côté les plus modestes.

Les recettes nouvelles s'élèvent à 6,6 milliards d'euros. La principale mesure concerne la réduction générale dégressive unique (RGDU), notamment en intégrant les compléments de salaire. À cela s'ajoutent la réforme de la tarification des AT-MP, ainsi que la taxe sur les produits transformés sucrés, avec des montants bien évidemment variables, le volume le plus important concernant les allégements généraux.

Une partie de ces 6,6 milliards d'euros sera absorbée par une réduction, de 5,4 milliards d'euros, de la TVA affectée à la sécurité sociale, correspondant en quasi-totalité à la réduction de 5,6 milliards d'euros de la TVA affectée au titre de la compensation des allégements généraux.

Il y a deux ans, nous avons évalué la sous-compensation à la sécurité sociale des allégements généraux à 5,5 milliards d'euros. Nous n'avons pas refait l'exercice cette année ; toutefois, la sécurité sociale ayant bénéficié pour 1,6 milliard d'euros de la réforme des allégements généraux de 2025 et devant également bénéficier des 3,7 milliards d'euros de recettes supplémentaires prévu par l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la compensation pourrait être à peu près complète. Comme je l'ai dit à l'Assemblée nationale hier, il serait bien que l'exécutif refasse cet exercice régulièrement. C'est à l'administration et non à la Cour des comptes de faire ce travail pour vous, afin de voir où l'on en est exactement.

Au regard de ces 5,5 milliards d'euros, le retrait de 5,6 milliards d'euros n'est donc pas illogique : nous nous rapprochons de l'équilibre s'agissant de la compensation de la TVA par l'État pour la sécurité sociale, mais cela mériterait d'être vérifié très finement.

Les mesures sur les recettes s'établissent donc à 1,2 milliard d'euros – c'est-à-dire 6,6 milliards moins 5,4 milliards – et les économies à 8,7 milliards d'euros. Nous arrivons ainsi à un déficit de 12,7 milliards d'euros. Nous avons qualifié cet objectif d'extrêmement ambitieux, mais il est nécessaire. Il représente un idéal, mais précisons d'emblée qu'il est entouré de risques et d'incertitudes. Il y a en effet un risque sur les recettes et un autre sur les économies.

Je ne reviens pas sur les recettes. J'ai déjà expliqué que les hypothèses économiques étaient optimistes. Les recettes qui vous sont proposées, selon nous, dans le scénario actuel et qui fondent ces 12,7 milliards d'euros constituent une version haute de ce qui peut advenir. C'est en tout cas une probabilité risquée.

Du côté des économies, la situation est tout aussi incertaine, d'abord parce que le montant final de certaines économies indiquées dans le PLFSS ne sera connu qu'après négociation. C'est le cas des indemnités journalières : un montant vous est proposé, mais il est renvoyé à une discussion avec les partenaires sociaux.

Lorsque l'on négocie, c'est que l'on se laisse de la marge ; or le montant qui vous est présenté est d'une certaine façon calculé comme s'il n'y avait pas de négociation.

Par ailleurs, certaines économies annoncées ne sont pas assurées. Les produits de santé en sont un bon exemple, avec 2,1 milliards d'euros. C'est un montant qui nous paraît très élevé et qu'il nous paraît particulièrement difficile d'atteindre. Il nous semble plutôt probable que le montant soit *in fine* plus faible que celui prévu.

En outre, certains montants prévus ne sont pas provisionnés. À cet égard, les retraites constituent un exemple intéressant. Pour les retraites, je vous ai indiqué 3 milliards d'euros pour la désindexation, peut-être partielle, des pensions supérieures à 1 260 euros. Le Gouvernement a indiqué qu'il n'écartait pas la possibilité qu'une faible indexation, c'est-à-dire inférieure à celle de l'inflation, puisse concerner des tranches supérieures : à partir de 2 000 euros, et peut-être même un peu au-dessus. Je ne connais pas les montants, puisqu'ils n'ont pas encore été communiqués. Toutefois, ces 3 milliards d'euros correspondent à la désindexation telle qu'elle vous est présentée ici. Si une désindexation partielle est mise en œuvre, le montant sera inférieur à 3 milliards d'euros.

Vous voyez donc bien que les économies présentent aujourd'hui un caractère incertain, pour les raisons que je viens d'exposer. Ainsi, la trajectoire de 12,7 milliards d'euros constitue un bon objectif, mais l'objectif qui vous est présenté aujourd'hui dans le PLFSS est lui-même fragile. Rien ne garantit en effet que les recettes soient au rendez-vous ni que les économies soient totalement réalisées.

Dernier point, la Cour des comptes s'est fixé pour règle de ne pas commenter chaque mesure, même si elle en a recommandé certaines. Ainsi, la désindexation des retraites figure dans le rapport sur les retraites comme l'un des leviers possibles. Il en existe d'autres : l'âge de départ à la retraite, la durée de cotisation... Elle a indiqué d'autres possibilités, qui ont parfois été reprises. Il convient d'avoir à l'esprit que ces mesures, principalement retenues en raison de l'urgence, sont avant tout paramétriques et non structurelles.

La Cour des comptes a proposé dès avril 2025 des pistes d'économies sur l'assurance maladie, les retraites ou les niches sociales. Nous n'avons pas souhaité commenter ensuite mesure par mesure, car nous établissons une distinction claire entre, d'une part, ce que nous pouvons indiquer sur l'objectif et l'urgence d'agir, d'autre part, votre rôle de législateur consistant à choisir les dispositions qui vous semblent les plus adéquates.

Le seul point sur lequel j'insisterai lors de l'examen de la trajectoire financière, c'est que les 12,7 milliards d'euros constituent désormais un impératif, mais c'est au législateur de décider des moyens pour y parvenir.

Comment régler la question du financement de la dette sociale ?

Le graphique qui vous est soumis présente l'évolution du plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) d'ici à 2027 : en 2027, un plafond d'endettement de 85 milliards d'euros est proposé. Je rappelle qu'il s'agit d'emprunts sur des marchés de court terme. Cette situation n'est pas soutenable. Vous avez peut-être lu que l'Acoss empruntait régulièrement à Londres pour trouver ces liquidités. Ces positions demeurent donc extrêmement fragiles. La Cour des comptes a d'ailleurs alerté il y a deux ans sur le risque que l'Acoss se retrouve en rupture de liquidités. Nous ne modifions rien à ce constat : à 40 milliards ou à 50 milliards d'euros, le risque existe déjà.

Certes, des mesures ont été prises, et la Cour des comptes s'en félicite. Ainsi, la reprise de 15 milliards d'euros par la Cades, qui disposait d'une marge, a donné de l'air, mais il s'agit d'un fusil à un coup. Par ailleurs, le fait que l'Acoss puisse utiliser émettre des titres avec une maturité de deux ans plutôt que d'un an, ou, comme le prévoit le texte qui vous est soumis, d'autres produits financiers, lui donne quelques possibilités. Toutefois, tout cela ne rend bien sûr pas soutenable l'augmentation prévue de la dette de l'Acoss, dont la projection pour 2030 est d'environ 130 milliards d'euros.

Je rappelle que l'Acoss n'est qu'un trésorier. Dans une entreprise, le trésorier est uniquement là pour assurer et emprunter, pour faire le pont entre le moment où il y a des sorties et le moment où il y a des entrées. Parfois, il est en positif, parfois en négatif. À 130 milliards d'euros, nous ne gérons plus de simples entrées et sorties : il s'agit d'une tout autre échelle.

Pour la Cour des comptes, la situation devient problématique. Tôt ou tard, la question de la reprise de cette dette par la Cades se posera. Chaque fois que la Cades est maintenue parce qu'il faut rembourser une dette et que l'on n'a pas pris les mesures nécessaires, un Français qui gagne 2 000 euros par mois verse 1 % de son revenu pour alimenter la Cades : 0,5 % de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et une partie de la CSG, 0,5 %. Cela fait 20 euros par mois et environ 250 euros par an.

Lorsqu'il faudra prolonger l'activité de la Cades pour reprendre de la dette, alors qu'elle doit s'éteindre en 2033, on continuera d'exiger des Français le versement de ces 250 euros pendant plusieurs années supplémentaires. Il est donc indispensable que la reprise de la dette s'accompagne d'une trajectoire de rééquilibrage des finances sociales, d'une part, parce que l'équilibre est nécessaire, d'autre part, parce que nous ne pouvons pas continuer sur une telle trajectoire.

La Cour des comptes a élaboré une trajectoire pluriannuelle du déficit de la sécurité sociale, qui prévoit de dégager 10 milliards d'euros d'économies par an pendant quatre ans pour parvenir à l'équilibre en 2030. Elle diffère de celle qui est proposée par le Gouvernement, avec toutes les fragilités que j'ai soulignées. Si le démarrage de la trajectoire du Gouvernement est assez net, il est même plus rapide que celui que nous proposons dès la première étape, on peut imaginer, au regard des incertitudes qui pèsent, qu'il ne s'agira que d'un palier.

Le quantum proposé n'est pas facile, mais il est atteignable. D'aucuns prétendent que résorber le déficit de la sécurité sociale n'est plus possible. Non, c'est possible, mais cela nécessite des efforts paramétriques – il ne faut pas se leurrer, ils sont incontournables –, mais aussi structurels – il faudra bien s'y attaquer à un moment donné.

Si nous voulons tendre vers cet équilibre à zéro, c'est faisable, mais cela suppose des choix difficiles. C'est le prix pour maintenir la sécurité sociale en bon ordre et permettre à nos concitoyens notamment de continuer à toucher leur retraite, d'être soignés et d'être soutenus dans leur situation familiale.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci de cette analyse précise, éclairante et pédagogique qui nous met devant nos responsabilités.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Je vous remercie également de cet exposé très didactique et limpide.

Nous sommes d'accord sur de nombreux points, notamment sur le principe de l'équilibre du budget de la sécurité sociale. Il est bon de le redire.

Lors du colloque sur les trente ans du plan Juppé qui s'est tenu au Sénat voilà quelques semaines, Antoine Durrleman, qui a imaginé cette organisation de la Cades et de la CRDS, a presque exprimé des regrets. Il a expliqué avoir imaginé ce système pour lisser les accidents conjoncturels, alors qu'en réalité, par facilité, parfois par manque de courage politique,

cela a été utilisé de manière presque systématique et c'est ce qui explique l'ampleur de notre déficit et de notre dette sociale. C'était tout à fait édifiant de l'entendre.

Concernant l'objectif des 12,7 milliards d'euros, vous avez eu la bonne expression : c'est ambitieux, mais nécessaire. Il est difficile de faire un tel effort sans réformes structurelles. Néanmoins, c'est nécessaire, il ne faut pas avoir peur de le dire.

Une dépêche de l'AFP vient d'ailleurs de nous apprendre que le taux d'emprunt de la France avait dépassé les 5 % aujourd'hui même. Dès lors, nous devons avoir à l'esprit que, si nous ne prenons pas de mesures, nous nous mettons en situation d'extrême risque.

Je poserai deux questions.

À quoi le caractère incertain des 9 milliards d'euros d'économies affichés est-il dû ? Est-ce imputable aux objectifs eux-mêmes, à la méthode utilisée ou au fait que cela est renvoyé à des décrets ? Je pense notamment aux indemnités journalières, dont le traitement est renvoyé à la négociation.

La nécessaire trajectoire de rééquilibrage s'accompagne de l'obligation de mener en parallèle des réformes structurelles. En effet, il serait trop facile d'augmenter le seuil de dépenses, de crédit ou de dette de la Cades sans envisager de telles réformes.

J'en viens maintenant à la question du financement de la sécurité sociale.

L'Acoss se finance sur les marchés financiers pour lever des ressources. Dans l'éventualité où nous aurions des difficultés de liquidité, pensez-vous qu'il soit de nouveau envisageable, comme cela a été fait en 2020, de recourir à la Caisse des dépôts, à un pool bancaire ou éventuellement à un autre dispositif d'urgence, par exemple un financement direct par l'État ? En toute lucidité, nous devons bien évidemment envisager cette hypothèse, puisque vous avez vous-même avancé ce risque.

M. Bernard Lejeune. – Je souscris à tout ce que vous avez dit sur les 9 milliards d'euros d'économies affichés. C'est la méthode utilisée qui n'est pas toujours claire : s'appuiera-t-elle sur des négociations, sur des décrets ? Pour atteindre l'objectif, il est question d'une désindexation des retraites, tout en laissant des possibilités d'ajustements. Or en ouvrant des discussions, on crée des incertitudes sur la solidité des économies. À titre d'exemple, lorsque l'on annonce 3 milliards d'euros d'économies grâce à la désindexation des retraites, mais que l'on ajoute que la situation pourra peut-être évoluer, on ignore si ce montant ne sera finalement pas plutôt de 1,5 milliard ou de 2 milliards d'euros. Chaque ajustement introduit de l'incertitude.

De même, il a été dit que l'allocation de rentrée scolaire allait être recomposée, mais comment ? Alors que vous devez voter un budget, il vous faut des montants et des objectifs. Or vous êtes un peu dans le brouillard. De surcroît, vous ne disposez d'aucune marge : aucune réserve n'a été constituée.

Vous m'interrogez ensuite sur la liquidité. Si l'Acoss rencontrait des difficultés, je n'imagine pas un instant que l'État resterait spectateur et renoncerait au versement des retraites ou à tout remboursement. Cette hypothèse me semble inenvisageable.

Néanmoins, la Cour préconise la reprise de la dette de l'Acoss, qui devient très dangereuse. Un trésorier, qui finance avec des produits à court terme, peut connaître un incident de trésorerie ponctuel le contraignant à gérer la situation dans l'urgence. La Cades, elle, organise et amortit une dette sur le plus long terme. Il ne faut plus jouer avec le feu. Il faudra bien que la dette de l'Acoss soit reprise. Il faudra ensuite assainir la situation et repartir sur de bonnes bases. À une condition toutefois : il ne faut pas que nous en soyons de nouveau là dans cinq ans. Sinon, autant dire aux Français que les 0,5 % de CRDS et les 0,5 % de CSG seront pérennisés.

M. Jean-François Rapin, rapporteur pour la branche maladie. – Vous nous avez démontré, chiffres à l'appui, que le déficit est monstrueux. J'aime bien les termes que vous avez employés : « vigoureux », mais « incertain ». Ils me semblent vraiment adaptés à la situation.

Je m'arrêterai sur la question hospitalière. Nous avons auditionné hier les fédérations hospitalières. Celles-ci estiment aujourd'hui qu'il leur manque 1 milliard d'euros pour assumer véritablement leurs missions et assurer une prise en charge et des soins de qualité. Elles déplorent les 600 millions d'euros d'annulations de crédits de réserve en 2026, considérant que l'on grève l'avenir et que l'on prépare une dette grise.

Les économies et les efforts demandés aux établissements hospitaliers pourraient-ils compromettre leur capacité d'investissement et, à terme, par un effet collatéral dramatique, la qualité des soins ?

Par ailleurs, comment réduire la trajectoire d'endettement des établissements hospitaliers ? Il ne faudrait pas que les mesures paramétriques deviennent finalement les mesures structurelles de demain.

L'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) avaient publié l'année dernière un rapport dans lequel elles appelaient à renforcer l'intégration territoriale de l'offre hospitalière, esquissant ainsi un acte II des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les fédérations hospitalières nous ont indiqué que, au bout de dix ans, les GHT étaient peut-être déjà à bout de souffle.

Que pensez-vous d'une éventuelle restructuration de la carte hospitalière ? Avez-vous chiffré les économies qu'elle pourrait permettre, tout en maintenant, bien entendu, à la fois des soins de recours de qualité et une organisation sanitaire territoriale à la hauteur des enjeux sanitaires d'aujourd'hui ?

M. Jean Sol, rapporteur pour la branche autonomie. – En tant que rapporteur pour la branche autonomie, je souhaite vous interroger sur les perspectives financières de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le solde de la branche devrait certes rester proche de l'équilibre en 2027, avec un déficit estimé à 200 millions d'euros, mais, sans mesure en recettes, il ne pourra que s'en éloigner progressivement. Un déficit de 1,6 milliard d'euros est pour l'heure anticipé pour l'année 2030. Cette relative maîtrise des comptes de la branche autonomie ne doit pas masquer la réalité : la CNSA ne dispose pas des moyens nécessaires pour appliquer une politique de l'autonomie véritablement ambitieuse, pourtant attendue par nombre d'acteurs. Agir en amont pour préserver l'autonomie et la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, accompagner les proches aidants, c'est aussi agir en aval sur les dépenses médicales.

L'article 13 du PLFSS prévoit, en réponse aux difficultés financières rencontrées par les départements, de flécher vers ces derniers une partie de la fraction de la CSG affectée à la CNSA, pour un montant de 300 millions d'euros. Il n'en résulterait aucune hausse de moyens pour ces derniers puisque les concours que leur verse la caisse seraient réduits à due concurrence. Dans sa note, la Cour s'exprime défavorablement sur cette mesure – pouvez-vous nous le confirmer ? –, car elle affaiblirait le rôle de la CNSA dans le pilotage de la branche autonomie et brouillerait la lisibilité des affectations de recettes sociales. La Cour des comptes propose-t-elle des pistes pour répondre aux difficultés financières des départements et renforcer durablement les moyens de la branche autonomie ?

Du côté des dépenses, des marges de manœuvre existent certainement en matière d'efficience. L'article 39, qui prévoit un mécanisme d'intéressement à l'efficience pour les Ehpad et les services à domicile, vise à réduire les dépenses évitables. Je m'interroge davantage sur la réforme du barème de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui devrait permettre de réaliser 250 millions d'euros d'économies. Une telle mesure vous semble-t-elle judicieuse, dans un contexte où le maintien à domicile, souhaité par 80 % des Françaises et des Français aujourd'hui, doit être favorisé ? La Cour a-t-elle pu analyser les conséquences que cette réforme aura pour les allocataires ?

M. Bernard Lejeune. – Nous le voyons, le PLFSS est conçu pour une seule année. Il comporte principalement des mesures paramétriques, mais pas de mesures structurelles. Nous n'avons donc pas de visibilité pluriannuelle. Il faudra bien pourtant, à un moment donné, cesser d'examiner la situation année après année. Ces mesures paramétriques trouveront un jour leur limite.

La Cour elle-même a proposé des aménagements afin de trouver des solutions les moins douloureuses possible. Il a été envisagé l'année dernière de doubler les taux de déremboursement, mais cela n'est pas possible car le reste à charge risquerait de devenir préoccupant, même s'il est modéré en France, ou en tout cas moins élevé que dans d'autres pays.

J'en viens à l'annulation des 600 millions d'euros de crédits. Si cette annulation fait partie des mesures qui ont permis de respecter l'Ondam, c'est toutefois celle qui est la moins intéressante. Ces 600 millions d'euros, nous savons où nous les retrouvons : dans les hôpitaux. Nous n'avons fait que déplacer ce fameux point de fuite, comme on l'appelle joliment, vers les hôpitaux. Cela permet d'afficher que nous avons respecté l'Ondam, alors qu'en réalité, ce n'est pas le cas.

Les fédérations hospitalières indiquent qu'il leur manque des moyens. Plusieurs chantiers doivent être menés, des efforts de rationalisation doivent être accomplis, mais ils ne dépendent pas d'elles.

Vous avez par ailleurs évoqué les GHT et l'organisation territoriale. La Cour écrit régulièrement qu'il conviendrait de procéder à une réorganisation territoriale tout en améliorant les soins. Dans un rapport sur la prévention et la prise en charge du cancer du sein que nous avons publié, nous avions montré qu'une grande partie des hôpitaux se situaient en dessous des seuils d'apprentissage ou d'actes garantissant la qualité des soins. Or nos concitoyennes se rendent dans des hôpitaux sans disposer de ce type d'informations, elles y vont à l'aveugle. Nous nous retrouvons avec des plateaux techniques multiples, ce qui entraîne une dispersion et une fragilisation des ressources humaines.

Nous avions appelé de nos vœux la gradation des soins et des parcours. Il faut disposer de centres experts ou de centres de haut niveau, comme cela a été fait pour les accidents cardio-vasculaires, et de centres relais, plus proches. Pour les AVC, cela fonctionne plutôt bien. Pour le cancer du sein, certains ont objecté que les centres experts seraient trop loin. Or l'opération n'a lieu qu'une fois. Quant aux radiothérapies ou autres soins, ils peuvent être réalisés à proximité.

Cela nécessite toutefois d'organiser un parcours dans l'intérêt du patient, mais les acteurs hospitaliers ne sont pas toujours très clairs. La tarification à l'activité (T2A) entraîne souvent une situation déficitaire sur l'acte chirurgical et excédentaire sur la radiothérapie. Que fait le centre expert, c'est-à-dire l'hôpital ? Il veut tout conserver ! Tous ces sujets mériteraient d'être traités.

Le GHT, qui est pour l'instant facultatif, permettrait aujourd'hui d'organiser ce scénario. Il devrait y avoir une obligation d'organisation entre les CHU et d'autres structures pour assurer le relais. Dans certains territoires qui comptent plusieurs services d'urgence, la prise en charge n'est pas optimale. On pourrait mieux organiser ces services dans le cadre d'un GHT.

Sur l'autonomie, nous avons rédigé deux rapports. Dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, nous avions consacré un chapitre à l'autonomie. Je suis assez étonné de constater que nous fonçons droit vers le mur des 85 ans en 2030, l'âge moyen auquel survient massivement la perte d'autonomie. Celle-ci doit alors être prise en charge soit à domicile, soit en Ehpad. Pour l'aide à domicile, il faut 5 milliards d'euros. C'est un problème quantitatif, qu'il faudra régler.

Nous avons donc proposé un changement du modèle économique pour donner de l'air à la sécurité sociale et aux départements. Cela impliquera une participation des usagers qui en ont les moyens pour financer l'aide à domicile – il faut protéger les plus fragiles – afin d'assurer une rentabilité aux opérateurs, qui, aujourd'hui, ne s'en sortent pas. Nous n'y échapperons pas. La situation ne peut être réglée que de façon systémique. Sinon, les départements, la sécurité sociale et la branche autonomie n'y arriveront pas.

M. Joshua Hochart. – Faute de réformes structurelles prises plus tôt, le Gouvernement a recours à des mesures paramétriques qui déplacent la charge vers les patients et les complémentaires, sans pour autant améliorer la qualité de la dépense. En outre, l'acceptabilité de ces mesures est de moins en moins garantie.

Qui paie ? Sur qui va-t-on faire ces 9 milliards d'euros d'économies ? Tout d'abord, 3 milliards d'euros proviennent du gel des pensions dès 1 260 euros par mois. Ensuite, 1,6 milliard d'euros est demandé aux familles, dont 600 millions avec la révision de l'allocation de rentrée scolaire. Enfin, le plafond des franchises a été augmenté cet été par simple décret et porté à 140 euros par an.

En revanche, il y a une catégorie à qui l'on ne demande rien. Dans votre tableau des recettes nouvelles, la lutte contre la fraude ne représente que 500 millions d'euros, résumés dans la ligne « autres ».

Les indemnités journalières des accidents du travail progressent, elles, de près de 12 % cette année, et le milliard d'euros d'économies sur les arrêts maladie est renvoyé à une négociation dont personne ne connaît l'issue, ainsi que vous l'avez rappelé.

La Cour a-t-elle mesuré la part de l'effort pour 2027 supportée par les ménages, par l'État, mais également par les entreprises ? Dans quelle proportion la charge pèse-t-elle sur les ménages, notamment les plus modestes, dans ce PLFSS ?

Jugez-vous sincère un déficit de 12,7 milliards d'euros fondé sur des recettes surestimées et sur des économies difficiles à estimer ?

Pouvez-vous enfin chiffrer ce que rapporterait en année pleine une politique résolue et ferme de contrôle des prestations, des arrêts de travail et des fichiers d'assurés ?

Mme Corinne Imbert. – À plusieurs reprises ces dernières années, nous nous sommes demandé si l'Ondam était encore un outil pilotable. Nous avions également émis l'idée de revoir les sous-objectifs et de les redéfinir. La Cour a-t-elle travaillé sur ce sujet ?

M. Bernard Lejeune. – Je ferai tout d'abord un point sur la lutte contre la fraude : elle est en fait comprise dans le tendanciel. L'effort tendanciel prévu d'année en année pour les différentes branches de la sécurité sociale, notamment l'assurance maladie, est inclus dans les 22,6 milliards d'euros.

Pour autant, nous rappelons à toutes les branches de contrôler les prestations. Nous insistons beaucoup sur ce sujet lors de la certification des comptes, notamment. Il faut reconnaître que des progrès ont été accomplis, même si d'autres restent à faire. Nous travaillons avec chaque branche pour nous assurer que les moyens sont mobilisés et que les efforts se poursuivent. Ce n'est pas toujours simple dans tous les domaines. Nous avions apporté notre concours au rapport de l'Assemblée nationale sur les cotisations sociales et la fraude liée au travail illégal. Nous menons régulièrement d'autres travaux pour mettre ces questions en lumière.

Je ne reviendrai pas sur la sincérité de l'objectif de réduire le déficit de la sécurité sociale à 12,7 milliards d'euros, j'ai déjà répondu à cette question.

L'effort pour 2027 est partagé entre la totalité des acteurs. Les entreprises sont ponctionnées, puisque tous les allégements généraux sont mis à contribution, ce qui n'est pas neutre. Les ménages sont également sollicités, par les déremboursements et la hausse des franchises, ainsi que les retraités. Il n'y a pas une catégorie qui s'en sort bien quand les autres paient. Tous les dispositifs ont été utilisés de façon paramétrique, l'effort est général. Cela montre l'importance des efforts qui sont demandés.

La Cour avait recommandé certaines des mesures qui sont prises aujourd'hui. L'objectif de réduire le déficit à 12,7 milliards d'euros est fragile – je ne dirai pas qu'il est insincère –, mais indispensable.

Madame Imbert, nous n'avons pas retravaillé sur la redéfinition des sous-objectifs. L'Ondam pour l'assurance maladie n'est pas parlant, car il comprend l'autonomie par exemple. Les sous-objectifs mériteraient d'être rendus plus clairs, certains éléments pourraient être séparés.

Mme Sandrine Duchêne, rapporteure de la Cour des comptes. – Nous avions travaillé lors de travaux antérieurs sur la création d'un sous-objectif « produits de santé », car les produits à l'hôpital et en ville sont mélangés. Cette année, nous ne nous sommes pas penchés sur la définition des sous-objectifs.

En revanche, nous avons examiné les effets de la régulation croisée. En 2025, l'hôpital avait absorbé le dépassement sur les soins de ville. Nous avions alors appelé à adopter des mécanismes propres pour les soins de ville, sous-objectif qui n'a pas, pour l'instant, de mécanisme propre de régulation.

M. Philippe Mouiller, président. – Je vous remercie, monsieur le président. Nous ne découvrons pas la situation, mais votre présentation pédagogique est importante. Il faut maintenant trouver des solutions !

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

Mme Anne Thiebeauld, directrice des risques professionnels
de la Caisse nationale de l'assurance maladie

Réunie le jeudi 22 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de Mme Anne Thiebeauld, directrice des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous poursuivons nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 en accueillant Mme Anne Thiebeauld, directrice, et M. Laurent Bailly, directeur adjoint des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Je précise que cette audition est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et qu'elle sera consultable en vidéo à la demande.

Madame la directrice, le PLFSS pour 2027 fait apparaître un déficit durable de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), à rebours de la situation excédentaire qui l'a longtemps caractérisée. Ainsi, le solde se détériorerait nettement en 2027 pour atteindre –1,5 milliard d'euros. Il est à souligner que, sur les vingt dernières années, jamais la branche n'avait connu un résultat aussi défavorable, tant en valeur absolue qu'en proportion des recettes. Selon le rapport annexé au PLFSS, cette situation serait appelée à se poursuivre à l'horizon 2030, malgré une légère amélioration en fin de période.

Mme Anne Thiebeauld, directrice des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie. – La situation financière de la branche AT-MP, la plus petite de la sécurité sociale, est préoccupante, alors qu'elle était excédentaire depuis 2012. Selon les projections de la direction de la sécurité sociale (DSS), son déficit s'annonce durable du fait de la hausse des charges. De 200 millions d'euros en 2025, il devrait atteindre 1,3 milliard d'euros cette année et 1,5 milliard d'euros à la fin de l'année 2027.

Tout d'abord, je souhaite vous présenter nos données sur l'évolution de la sinistralité, qui portent sur 2 millions d'entreprises et 19 millions de salariés. Le rapport annuel de la branche, qui comprend les éléments pour l'année 2025, est disponible. Ainsi, la baisse durable de la sinistralité peut interroger, au regard du déficit. Elle est liée à la diminution des accidents du travail, qui étaient au nombre de 750 000 par an dans les années 2000, soit quarante accidents pour 1 000 salariés. En 2025, 550 000 ont été recensés, soit 26,4 pour 1 000 salariés. Cela prolonge la tendance de fond des cinquante dernières années, laquelle s'explique par la tertiarisation, la robotisation ainsi qu'une réglementation et des équipements plus protecteurs, et ce dans un contexte d'augmentation du salariat.

En revanche, de fortes différences sectorielles persistent, puisque l'intérim, le bâtiment et les travaux publics (BTP), les transports ou le médico-social conservent une structuration des emplois bien plus exposante. En outre, les accidents de trajet et les maladies professionnelles, moins nombreux, révèlent une tendance différente, avec une légère hausse des premiers. Ainsi, le risque routier, dépendant des aléas climatiques avec plus d'accidents l'hiver, reste préoccupant, et présente une sursinistralité chez les jeunes salariés.

Quant aux maladies professionnelles, dont les troubles musculo-squelettiques (TMS), qui représentent 80 % des cas, elles augmentent sensiblement, notamment depuis la sortie de la crise sanitaire, même si nous n'en sommes encore qu'à 50 000 dossiers par an.

Enfin, la baisse continue des accidents du travail ne doit pas masquer la hausse de ceux d'entre eux qui sont mortels. Cela s'explique par l'occurrence de nombreux malaises et accidents routiers, sur le trajet ou en mission : 1 331 en 2025.Ainsi, il faut accélérer les progrès en cours, et c'est pourquoi la prévention constitue une proportion significative de l'activité de la branche.

Le résultat déficitaire de la branche s'explique principalement par la forte hausse de deux types de dépenses. D'une part, dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les indemnités journalières (IJ) liées à l'incapacité temporaire suivent une tendance comprise entre 8 % et 10 % d'augmentation par an avec, notamment, 10 % prévus pour 2027. Telle est la raison de l'encadrement de ces dépenses en montant par journée, dans la durée – quatre années – et selon un plafond global. D'autre part les dépenses hors Ondam croissent également, sous l'effet de la mise en œuvre, à partir du 1er novembre, de la revalorisation des rentes.

Vous aurez aussi relevé, mesdames, messieurs les sénateurs, les transferts à l'assurance maladie liés aux sous-déclarations, pour un montant de 2 milliards d'euros.

Les autres mesures de redressement prises par le Gouvernement, qui prendront effet dès 2027, portent sur la tarification et le taux de cotisation au titre de la branche AT-MP. Au 1er janvier, la tarification sera déterminée par entreprise, et non plus par établissement, ce qui touchera les entités disposant de plusieurs établissements et devrait augmenter les recettes. De même, est en projet, pour 2028, une réforme de la tarification du secteur médico-social, dont les salariés sont particulièrement exposés, dans le sens d'un rapprochement avec le droit commun.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Le rendement de la mesure tendant à appliquer un taux de cotisation par entreprise plutôt que par site doit être de 300 millions d'euros en 2026. Avez-vous observé des avantages ou des difficultés liés à ce dispositif, le décret concerné ayant été publié le 13 octobre 2026 ?

Sur l'équilibre financier, comment l'apport global de la mesure, qui serait évalué à 500 millions d'euros, s'articule-t-il avec le transfert de 300 millions d'euros supplémentaires entre la branche AT-MP et la branche maladie ?

Mme Anne Thiebeauld. – Actuellement, le taux de cotisation des entreprises est déterminé établissement par établissement, selon la sinistralité de chacun d'entre eux – dépenses de santé liées aux AT-MP rapportées à la masse salariale –, ce qui a un effet sur celles qui disposent de plusieurs sites. Au 1er janvier 2027, sous réserve de l'application de la LFSS, il sera calculé au niveau global de l'entreprise, ce qui permettra de lisser les différences et incitera les entreprises à unifier et renforcer leurs pratiques de prévention.

J'ajoute que le dispositif de tarification AT-MP intègre une logique de butoir, afin de prévenir de trop fortes variations d'une année sur l'autre. Par exemple, pour une entreprise dont le taux de cotisation dépasse déjà 4 % et dont le taux devrait augmenter de trois points, la hausse sera limitée à un point par an sur trois ans. Cet écrêtement, qui s'appliquait à chaque établissement, concernera l'entreprise dans son ensemble et laissera le temps à l'entité d'organiser sa politique de prévention.

Au sein du régime général, sur 2 millions d'entreprises, quelque 100 000 sont multiétablissement. Je précise que ce mode de tarification s'applique déjà en Alsace-Moselle et aux grandes entreprises qui en ont fait le choix. Nous ne faisons donc qu'étendre un régime déjà existant, ce qui concernera principalement les grandes entreprises faisant l'objet d'un taux individuel, et moins leurs homologues à taux mixte.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Je vous remercie.

Je précise ma seconde question : le montant du transfert vers la branche maladie a pour objet de compenser le rendement de la hausse de la fiscalisation des indemnités journalières, estimé à long terme à 300 millions d'euros. Pourtant, le transfert à la Sécurité sociale du rendement en 2027 est de 500 millions d'euros, ce qui correspond à l'estimation de la recette pour cette année. Je souhaite comprendre la raison de cet écart.

Mme Anne Thiebeauld. – La mesure de fiscalisation des IJ AT-MP est prise en compte dans les mesures financières visant à atténuer le déficit de la branche. En effet, jusqu'à présent, elles ne sont fiscalisées qu'à hauteur de 50 % pour les salariés, contrairement aux IJ maladie, qui le sont en totalité. Le dispositif consiste à porter ce taux à 100 %, en plusieurs étapes.

Cela étant, les partenaires sociaux sont attentifs à ne pas faire dépendre la branche de la fiscalisation, alors qu'aujourd'hui, elle repose entièrement sur des cotisations employeur.

Il convient donc d'organiser le reversement du produit de cette fiscalisation à la branche, par le truchement de l'intervention de l'État. Ainsi, une hausse supplémentaire du taux de cotisation AT-MP vient en contrepartie d'une baisse du taux de cotisation de l'assurance maladie. Toujours est-il que nous ne récupérerons que les 50 % de fiscalisation supplémentaire, et non la totalité.

M. Laurent Burgoa, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. – Une fois n'est pas coutume, je souhaite poser une question sur ce qui ne figure pas au PLFSS. En effet, votre branche n'est concernée par aucun article de lettre.

Après avoir demandé aux partenaires sociaux des pistes pour réaliser 800 millions d'euros d'économies, le ministre du travail et des solidarités a annoncé, en septembre, les pistes retenues. Un décret a d'ores et déjà abaissé le plafond des IJ AT-MP de 6,8 à 1,8 Smic, tandis que l'article 2 du PLF en étend la fiscalité. Un tel rapprochement avec les IJ maladie est-il souhaitable, alors que ces dernières relèvent de l'assurance, quand les premières s'inscrivent en quelque sorte en réparation d'un préjudice ? En particulier, cela constituera une perte nette pour les salariés de moins d'un an d'ancienneté ou les saisonniers.

De même, quel est le sens du déficit pérenne prévu pour la branche dans les projections annexées au PLFSS ? Dans ce régime assurantiel où les cotisations dépendent en partie de la sinistralité, ne risque-t-on pas de perdre la spécificité de la branche et de briser, à terme, l'esprit de responsabilité commun aux partenaires sociaux dans sa gestion ?

Enfin, qu'en est-il du taux de cotisation du secteur médico-social, véritable serpent de mer ? En effet, sa forte sinistralité – vis-à-vis des TMS en particulier – et la fragilité financière de certaines structures justifient un taux collectif unique. Mais peut-on s'en tenir à ce *statu quo* ? Comment renforcer l'incitation, pour ces employeurs, à développer la prévention ?

Mme Anne Thiebeauld. – Tout d'abord, je vous rejoins sur la tendance au rapprochement des IJ AT-MP et maladie, même si les premières restent significativement supérieures. En outre, s'agissant de la capacité de réparation des séquelles, l'indemnisation permanente sera revalorisée du fait de la mise en œuvre, au 1er novembre, de la réforme des rentes. Sera appliqué un double barème d'indemnisation selon l'incidence professionnelle et fonctionnelle.

Ensuite, les partenaires sociaux restent pleinement impliqués dans la gouvernance de la branche AT-MP, singulière, à cheval entre travail et santé, et veillent à en garantir le modèle assurantiel. Ainsi, la subtilité technique de la fiscalisation des IJ permet d'éviter un financement direct par la fiscalité, préservant le financement intégral par les cotisations employeur.

Enfin, sur les secteurs sanitaire et médico-social, outre les TMS, il convient de mentionner les risques psychosociaux (RPS), les lombalgies ou encore les accidents du travail de trajet, particulièrement pour les associations d'aide à domicile. Voilà qui explique la multiple exposition propre à ce domaine d'activité. Aujourd'hui, il est soumis à un taux de cotisation forfaitaire indépendant de la taille de la structure, en application d'une dérogation réglementaire historique, de 3,75 %. Inciter davantage à la prévention est l'enjeu d'un projet au long cours, commun au Gouvernement, aux partenaires sociaux et aux corps de contrôle, visant à aboutir à un taux de cotisation réel dépendant de la sinistralité et de la dimension de l'entité, de droit commun. Plus l'entreprise est grande, plus elle paie en fonction de la réalité de sa situation. Plus elle est petite, plus le versement est mutualisé. Toutefois, un tel changement demande du temps, d'où la discussion qui s'ouvre avec les parties prenantes. La tarification doit devenir un levier d'incitation à la prévention.

Parallèlement, la branche propose une offre de services en prévention dans laquelle le secteur médico-social est déjà impliqué. Cela fonctionne par un ciblage auprès des entreprises dont la sinistralité est supérieure à la moyenne : les préventeurs des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) les accompagnent dans des programmes pluriannuels, avec des études et des plans d'action et de prévention sur les postes les plus exposés. Cet accompagnement repose sur des méthodologies éprouvées avec notre laboratoire scientifique qu'est l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), entièrement financé par la branche. Il s'assortit d'aides financières à la prévention, pour équiper, par exemple, les Ehpad de rails au plafond permettant d'éviter la manutention manuelle.

Voilà comment, en complément de l'actuelle palette d'intervention, la réflexion de fond sur l'usage de la tarification comme levier de la prévention est en cours.

Mme Annie Le Houérou. – Quelles conclusions tirez-vous du transfert opéré de la branche AT-MP à la branche maladie, pour 2 milliards d'euros, soit une très forte hausse entre 2026 et 2027 ?

Ensuite, pourriez-vous nous éclaircir davantage sur les RPS et sur les arrêts longs liés à la souffrance au travail ?

Enfin, je relève que, d'un côté, une nouvelle modalité de fixation du taux vise à l'appliquer par entreprise, et non plus par établissement, quand de l'autre, dans le secteur médico-social, on passe d'un taux commun à une individualisation. Comment expliquer ces mouvements contraires ?

Mme Anne Thiebeauld. – En ce qui concerne la sous-déclaration, c'est non pas la branche AT-MP qui évalue le montant du transfert, mais la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Réunie tous les trois ans, elle rassemble des experts médicaux, statistiques et épidémiologiques chargés d'évaluer le volume de sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail, puis de chiffrer le coût indu que représentent, pour l'assurance maladie, les prestations qui auraient dû relever de la branche AT-MP.

Cette commission fixe une fourchette financière, au sein de laquelle le montant annuel inscrit dans le PLFSS est arrêté sur l'initiative de la direction de la sécurité sociale ou du Gouvernement, et non de la branche AT-MP. Appelée à se réunir de nouveau en 2027, elle devrait engager ses travaux à la fin de cette année ou au début de l'année prochaine afin de procéder à la réévaluation triennale.

Pour l'évaluation qui prévaut actuellement – celle de 2024, dont la fourchette était déjà plus élevée que lors de l'exercice triennal précédent –, il a été tenu compte de plusieurs facteurs.

Le premier est l'augmentation du salariat, qui accroît, à due proportion, le volume de la sous-déclaration.

Le deuxième est la dynamique de croissance des déclarations de troubles musculo-squelettiques (TMS), en dépit de l'existence de plusieurs tableaux de maladies professionnelles qui offrent un accès au droit relativement clair. La progression des TMS que nous constatons encore aujourd'hui – l'essentiel de la hausse des indemnités journalières (IJ) de la branche AT-MP est lié aux TMS – montre une dynamique de reconnaissance toujours croissante, qui explique également le relèvement de l'évaluation de la sous-déclaration.

Le troisième est l'intégration des risques psychosociaux (RPS), qui ont été pris en compte dans les études de la commission pour la première fois en 2024.

Tels sont donc les critères retenus par les experts de la commission pour évaluer la sous-déclaration. Ce phénomène est ensuite chiffré en se fondant sur les données fournies par la branche, notamment sur le coût moyen d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Les RPS sont en augmentation très significative au sein de la branche, tant en accidents du travail qu'en maladies professionnelles. La hausse est particulièrement forte pour les accidents du travail.

En matière de maladies professionnelles, l'absence de tableau dédié aux RPS rend leur reconnaissance plus difficile : un taux d'incapacité permanente prévisible d'au moins 25 % est nécessaire pour que le dossier soit soumis à un comité d'experts.

En matière d'accidents du travail, la reconnaissance est plus simple : en vertu du compromis social qui fonde la branche, tout accident survenu au temps et au lieu du travail est présumé d'origine professionnelle. Ni le salarié ni l'employeur ne supportent donc la charge de la preuve.

C'est la raison pour laquelle l'augmentation des RPS se manifeste tout particulièrement parmi les accidents du travail. En vertu d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation, les accidents liés aux RPS sont pris en charge au même titre et selon la même définition que les autres accidents du travail, les RPS étant reconnus depuis plus de quinze ans dans le code du travail comme un risque professionnel à part entière, au même titre par exemple que les risques de chute.

Pour resituer toutefois l'ampleur du phénomène, l'addition des accidents du travail et des maladies professionnelles déclarés en 2025 représente environ 7 % de l'ensemble des sinistres pris en charge par la branche. En lien avec la tertiarisation de l'économie, plusieurs études documentent avec précision la montée en puissance des risques psychosociaux dans les entreprises du secteur tertiaire – banques et assurances en particulier –, c'est-à-dire dans des secteurs jusqu'à présent plutôt épargnés par la sinistralité.

Sur ce risque émergent dans les activités de services, des études de Santé publique France mettent en évidence des arrêts de travail plus longs que la moyenne, tant il est compliqué de reprendre un emploi qui a déclenché un risque psychosocial ou une souffrance au travail. Des pistes d'amélioration pourraient émerger d'un travail mené en commun entre la médecine du travail, les médecins prescripteurs et les médecins-conseils de l'assurance maladie.

De manière indirecte, la branche AT-MP est d'ailleurs concernée par l'article 20 du PLFSS, qui prévoit une concertation beaucoup plus participative entre médecins-conseils de l'assurance maladie, médecins du travail et médecins prescripteurs autour de l'assuré, en y associant également l'employeur. Ce point est particulièrement sensible en matière d'AT-MP, où le lien avec le travail est évident : il faut travailler sur des aménagements de poste ou sur des modalités différentes de retour à l'emploi.

S'agissant des taux de cotisation, deux évolutions distinctes se conjuguent.

D'une part, le passage au taux « à l'entreprise » permet d'évaluer la sinistralité au niveau global de l'entreprise afin d'ajuster son taux de cotisation en conséquence.

D'autre part, il existe un projet d'évolution de la tarification du secteur médico-social. Actuellement, l'ensemble du secteur médico-social, qu'il s'agisse des associations d'aide à domicile, des Ehpad ou des établissements d'hébergement pour personnes handicapées, est soumis à un taux collectif unique. L'objectif est désormais d'introduire une plus grande

individualisation, mais toujours à l'échelle de l'entreprise, sans descendre au niveau de l'établissement en raison de la réforme du taux à l'entreprise. Les deux dispositifs s'articulent donc.

M. Jean-Luc Brault. – En tant qu'entrepreneur du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), j'ai été confronté quotidiennement à cette réalité, et nous savons à quel point, dans ce secteur, un accident du travail pose par la suite de graves problèmes à l'entreprise.

Il faudrait d'abord exiger des entreprises d'intérim qu'elles organisent une formation bien plus poussée. Elles doivent le faire, mais ne le font pas. Elles devraient former les intérimaires au poste pour lequel ils sont recrutés, que ce soit dans le BTP, dans l'agroalimentaire ou dans tout autre secteur.

Ensuite, je tiens à vous féliciter pour l'ensemble des actions menées pour mettre en place des postes de travail adaptés. Vous avez accordé des financements extrêmement importants : il faut poursuivre dans cette voie.

Enfin, lorsqu'une entreprise met en place un dispositif d'intéressement, de participation ou d'abondement, il faut sensibiliser les compagnons aux accidents du travail par ce prisme. Lorsqu'on leur explique qu'un accident du travail pèsera dès le lendemain sur la rentabilité – n'ayons pas peur des mots – du chantier, ils feront très attention. Je l'ai constaté, le taux d'accidents du travail diminue alors nettement.

Inutile de se poser trop de questions : la véritable motivation des entreprises, c'est l'argent. Un compagnon est content lorsqu'il gagne un peu plus grâce à un des dispositifs que j'ai cités. Il faudrait donc inciter les entreprises à s'appuyer sur ce levier, tout particulièrement dans le BTP.

Mme Anne Thiebeauld. – Je prends acte de votre remarque positive sur les financements de la branche. Très importants ces dernières années – nous verrons ce que l'avenir leur réserve –, ils traduisent nos efforts constants, menés en lien avec les entreprises elles-mêmes, pour accompagner concrètement des transformations majeures ou, du moins, en assurer le cofinancement. Nous ne finançons jamais à 100 %, car il est aussi de la responsabilité du chef d'entreprise de s'engager en matière de prévention : vous serez certainement d'accord avec moi pour dire qu'il s'agit d'une responsabilité importante et d'un engagement porteur de sens.

Je vous rejoins entièrement sur la question de la formation, dans les entreprises d'intérim mais pas seulement : c'est un enjeu sur lequel la branche doit renforcer ses exigences. Nous constatons en effet une sinistralité beaucoup plus fréquente et plus importante lors des premières années suivant une prise de poste : la première année d'un nouvel embauché, jeune ou moins jeune, est critique, les accidents du travail y survenant bien plus fréquemment qu'au cours des années suivantes.

Il faut investir dans la formation. Nous travaillons avec l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) pour proposer un catalogue de formations tant aux salariés eux-mêmes qu'aux chefs d'entreprise et aux responsables sécurité-prévention, en particulier sur les chantiers. Nous pouvons également nous appuyer, toujours sur les chantiers, sur les coordonnateurs sécurité. C'est un travail de longue haleine, mais, comme vous l'avez dit, la formation des salariés est un élément qui change la donne. En outre, lorsque la faute inexcusable de l'employeur est recherchée, il importe que celui-ci puisse se prévaloir d'avoir mis en place toutes les formations nécessaires et adaptées à ses salariés.

J'avoue que je suis un peu moins d'accord avec votre dernière proposition, qui est de subordonner l'intéressement des salariés au fait qu'ils ne déclarent pas…

M. Jean-Luc Brault. – Je n'ai pas dit cela !

Mme Anne Thiebeauld. – … ou plutôt qu'ils ne subissent pas d'accidents du travail : une telle mesure pourrait être mal interprétée ou instrumentalisée, mais vous le savez mieux que quiconque.

M. Jean-Luc Brault. – C'est le chef d'entreprise qui doit former ses salariés.

Mme Anne Thiebeauld. – Je suis bien sûr d'accord avec vous, mais il existe un risque d'instrumentalisation. Il est plus compliqué, pour une branche de la sécurité sociale, de porter un tel discours de manière collective et globale.

Sur le fond, tout ce qui peut concourir, à la fois, à sensibiliser le chef d'entreprise au meilleur exercice de sa responsabilité en matière de prévention et à inciter les salariés à participer à l'exercice efficace de cette responsabilité nous convient tout à fait.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous vous remercions pour toutes ces précisions.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

Mme Constance Bensussan, directrice générale
de la Caisse nationale des allocations familiales

Réunie le mercredi 28 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de Mme Constance Bensussan, directrice générale de la Caisse nationale des allocations familiales.

M. Philippe Mouiller, président. – Dans le cadre de nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027, nous accueillons ce matin Mme Constance Bensussan, directrice générale de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Madame la directrice générale, je vous souhaite tout d'abord la bienvenue puisque c'est la première fois que nous vous entendons depuis votre prise de fonctions, en avril dernier.

Sur le fond, le PLFSS pour 2027 prévoit que la branche famille reste la seule branche excédentaire au cours des prochaines années, à hauteur de 1,6 milliard d'euros jusqu'en 2030.

En termes de contenu, qu'il s'agisse de mesures législatives ou, le plus souvent, réglementaires, on relève quatre mesures principales : le gel des prestations familiales à leur niveau de 2026, pour un rendement attendu de 500 millions d'euros ; un « recentrage » de l'allocation de rentrée scolaire, pour un montant de 600 millions d'euros ; le ralentissement des dépenses du fonds national d'action sociale (Fnas), pour un montant de 500 millions d'euros ; et la création d'un délai de carence d'un an pour le bénéfice des prestations familiales, applicable aux ressortissants étrangers non ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen (EEE) ou de la Suisse.

Je vous laisserai, dans un propos liminaire, nous livrer votre vision de ce PLFSS et, plus largement, des grands enjeux qui concernent la branche famille. Les membres de la commission pourront ensuite vous interroger, en commençant par le rapporteur général et la rapporteure pour la branche famille.

Mme Constance Bensussan, directrice générale de la Caisse nationale des allocations familiales. – Je voudrais d'abord, très rapidement, afin de laisser ensuite place aux questions, revenir sur la situation actuelle de la Cnaf et des caisses d'allocations familiales (CAF), ainsi que sur nos grands chantiers, car cela n'est pas sans lien avec les mesures qui figurent cette année dans le PLFSS.

Pour mémoire, la Cnaf compte 1 500 collaborateurs et les CAF 35 000 agents répartis au sein de 101 caisses qui maillent tout le territoire ; 13,6 millions de foyers sont bénéficiaires des prestations et des allocations délivrées par la Cnaf et les CAF, soit 32 millions de nos concitoyens, une part importante de la population française.

S'agissant des missions, nous en distinguons trois principales.

Une première mission concerne le versement des prestations : les minima sociaux, comme le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH), mais aussi des prestations plus largement attribuées, telles que les prestations familiales ou les aides au logement. Figure également parmi elles, évidemment, l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

Notre deuxième mission porte sur le financement d'équipements. Vous avez parlé du Fnas et de sa trajectoire actuelle. C'est avec ce fonds que nous finançons la majorité des équipements relevant de notre périmètre, à savoir les crèches – 500 000 places en crèche, dont 420 000 financées à hauteur de 45 % par la branche famille –, les centres sociaux ou l'accueil périscolaire. Il s'agit là également d'un investissement lourd.

Enfin, notre troisième mission consiste en un accompagnement social des allocataires et des bénéficiaires de nos prestations, avec de nouveaux champs investis ces dernières années, qu'il s'agisse de l'accompagnement des séparations et des familles monoparentales ou des victimes de violences conjugales, grâce à la mise en place de l'aide d'urgence pour les victimes de violences conjugales ainsi que du pack nouveau départ (PND).

Plusieurs chantiers ont été engagés par la branche famille ces dernières années en matière de sécurisation et d'accès aux droits, avec la solidarité à la source, de petite enfance, avec le service public de la petite enfance, de lutte contre la fraude, avec la multiplication des contrôles, et enfin d'accompagnement de ces nouveaux publics – familles monoparentales et victimes de violences conjugales notamment.

S'agissant des mesures qui figurent dans le PLFSS, nous sommes en effet la seule branche qui demeure excédentaire pour l'année à venir, mais également d'ici à 2030, alors que plusieurs transitions auront des répercussions sur l'action de la branche famille. Parmi elles, la transition démographique : qu'est-ce qu'une politique de petite enfance à l'heure de la déprise démographique ? La transition écologique aura un impact direct sur les conditions de fonctionnement, notamment, des établissements d'accueil du jeune enfant. Enfin, une transition numérique sera nécessaire – nous avons fait l'objet d'une cyberattaque récemment –, notamment en raison de la question de la place à accorder à l'intelligence artificielle.

Dans le PLFSS figure le gel des prestations familiales, de la prime d'activité et des allocations de logement. La prime d'activité relève du projet de loi de finances (PLF) et non du PLFSS : la mesure de gel est généralisée, à l'exclusion des minima sociaux : RSA, allocation aux adultes handicapés et minimum vieillesse.

Concernant l'ARS, un objectif chiffré est fixé en termes d'économies, qualifié de recentrage : une concertation doit être mise en place pour trouver les meilleures modalités pour y parvenir.

Enfin, s'agissant du Fnas, 500 millions d'euros d'économies sont prévus. Cela ne correspond pas à un rebasage ou à une baisse de financement, mais plutôt à un ralentissement des dépenses au regard de la trajectoire initiale. Si de nombreux projets émergeaient, notamment en matière de petite enfance, cette trajectoire pourrait être revue. Les budgets dont nous disposons sont strictement encadrés par notre convention d'objectifs et de gestion, conclue entre l'État et la Cnaf pour cinq ans, qui court jusqu'en 2027. C'est sur la base de la sous-exécution constatée ces dernières années que cette trajectoire a été modifiée.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – J'ai deux questions d'ordre strictement financier, pour ne pas empiéter sur les compétences de notre collègue Jocelyne Guidez, rapporteure pour la branche famille.

La première porte sur le Fnas. L'annexe 3 du PLFSS fait état d'un ralentissement des dépenses de 500 millions d'euros : il semble qu'il s'agisse moins d'une véritable mesure d'économies que de la correction de la surestimation des dépenses du Fnas en tendanciel. Qu'en est-il ?

Ma seconde question concerne le gel des prestations familiales par voie réglementaire, qui permettrait également une économie de 500 millions d'euros. Il s'agit là aussi d'en comprendre la mise en œuvre, puisqu'il est question, si je comprends bien, de contourner l'obligation législative. Est-ce bien cela ? Le cas échéant, êtes-vous certaine de la légalité de ce procédé, qui aurait pour effet de vider de sa portée une disposition législative ?

Mme Constance Bensussan. – Le budget du Fnas a été arrêté dans le cadre de notre convention d'objectifs et de gestion pour 2023-2027, avec une hausse de 1,5 milliard d'euros sur cette période, corrélée au chantier du service public de la petite enfance. L'objectif était la création de 35 000 places supplémentaires en crèche, mais sa réalisation s'est heurtée aux évolutions du secteur : l'exigence de la qualité de l'accueil, beaucoup plus prégnante, la pénurie de professionnels et l'évolution des habitudes des familles.

De ce fait, les structures se sont trouvées plus en difficulté pour consommer les crédits alloués à cette politique, le financement des crèches étant aujourd'hui principalement lié à leur activité. Dès lors que leur activité est moindre, un cercle vicieux s'enclenche, qui se traduit par une sous-exécution et une sous-consommation récurrente des crédits.

Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faut cesser de soutenir le secteur de la petite enfance. Nous menons actuellement des travaux sur la réforme de son mode de financement pour l'adapter aux problématiques actuelles, y compris les évolutions démographiques que nous connaissons.

Ces 500 millions d'euros constituent une estimation de sous-consommation par rapport à la trajectoire actée, établie au regard des années précédentes et des évolutions qui ont profondément affecté le secteur de la petite enfance. Ce n'est donc pas une remise en cause – j'insiste sur ce point, sinon autant abandonner les conventions d'objectifs et de gestion.

Par ailleurs, les ministres ont annoncé un plan d'urgence de 90 millions d'euros pour mieux soutenir et sécuriser les structures, et s'adapter à leurs difficultés actuelles.

S'il y a davantage de projets d'investissement et moins de suppressions de places en crèche que ces dernières années, cela aura un impact sur la trajectoire, qui pourra évoluer.

Concernant le gel des prestations familiales, s'il s'agit d'une mesure générale, cela relève normalement du domaine législatif. En revanche, s'il s'agit d'une réduction du barème appliquée à chaque prestation individuellement, il est possible de passer par la voie réglementaire.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure pour la branche famille. – La tâche est délicate, tant il est vrai que les deux questions posées se rejoignent. Les sujets qui font un peu grincer des dents sont bien l'ARS et le Fnas.

S'agissant de l'allocation de rentrée scolaire, ces économies permettent notamment de nouveaux transferts vers les branches maladie et vieillesse, dont, au moins, le lien avec la politique familiale est évident. Quelle appréciation faites-vous des choix du Gouvernement, en particulier de celui de contourner par décret l'obligation législative de revalorisation des prestations plutôt que de faire inscrire dans la loi une dérogation à cette obligation ? Concernant l'ARS, estimez-vous qu'une baisse de 600 millions d'euros soit soutenable pour les familles qui en bénéficient ?

Enfin, l'article 37 du PLFSS prévoit de conditionner pour les étrangers l'accès à certaines prestations familiales à une année de résidence régulière sur le territoire. Pourriez-vous en préciser les modalités concrètes de mise en œuvre par les CAF ? Il apparaît en effet que leurs systèmes d'informations actuels ne prennent à ce jour pas en compte la nationalité des allocataires. Des travaux d'adaptation ont-ils déjà été engagés et dans quel délai estimez-vous que vos services seraient en mesure d'appliquer cet article ?

M. Philippe Mouiller, président. – Je compléterai ces questions par une précision. Vous avez évoqué le fait que, concernant l'allocation de rentrée scolaire, le chantier reste à mener. Nous le comprenons ; toutefois, cela signifie que, à ce jour, la question de la capacité réelle à réaliser les économies annoncées sur l'exercice 2027 peut se poser : il ne resterait que deux mois pour

définir les modalités et les rendre applicables sur l'ensemble du territoire national afin que les premières économies interviennent dès janvier.

Mme Constance Bensussan. – Concernant l'ARS, vous avez raison, a été fixé un objectif de rendement dont les modalités devront être définies après concertation, que je ne saurai mener seule.

Sur le fond, différentes études ont été menées, à la fois par la Cnaf, à partir des déclarations des familles, et par des associations de lutte contre la pauvreté, notamment Emmaüs. Contrairement à une polémique persistante, elles montrent que les familles déclarent utiliser l'allocation de rentrée scolaire pour préparer non seulement la rentrée, mais aussi toute l'année scolaire. C'est peut-être là que réside une légère ambiguïté quant à la finalité de cette prestation : elle sert non seulement à acheter les fournitures et les vêtements nécessaires pour la rentrée, mais également à financer les activités sportives et culturelles ou la cantine, soit des dépenses qui s'échelonnent tout au long de l'année.

Dans le contexte budgétaire actuel, il peut être utile de s'interroger sur le bon dimensionnement de cette allocation, en gardant à l'esprit que les modalités d'évolution envisageables peuvent prendre plusieurs formes.

La première piste pourrait s'appuyer sur la variabilité du coût de la rentrée scolaire : celui-ci n'est pas le même pour tous les enfants selon leur âge et leur niveau scolaire. Nous pourrions donc envisager une modulation permettant de mieux tenir compte de la réalité des besoins. J'ignore si cette piste permettrait d'atteindre l'objectif de 600 millions d'euros d'économies, mais elle mérite d'être explorée.

Une seconde piste pourrait être d'avoir éventuellement recours, pour mieux encadrer les dépenses d'ARS, à une carte prépayée. En somme, il s'agirait ainsi de « démonétiser » cette prestation en restreignant son utilisation à certains achats. Mais lesquels ? Faudrait-il inclure les vêtements et les frais d'inscription ou se limiter aux fournitures scolaires ? Contrairement aux titres-restaurant, dont le périmètre d'utilisation est relativement clair, celui-ci serait difficile à définir. Il ne m'appartient évidemment pas d'opérer un tel choix, qui relève du politique.

J'attirerai en revanche votre attention sur deux difficultés. La première tient à la définition des dépenses éligibles : quand s'arrête la « rentrée scolaire » ? La seconde concerne les coûts de gestion. La mise en place du versement de l'ARS au moyen d'une carte prépayée impliquerait de faire appel à un prestataire, et donc d'engager des dépenses qui viendraient amoindrir les économies attendues. Cette mise en œuvre serait complexe et donc nécessairement coûteuse. Aujourd'hui, le versement de l'allocation de rentrée scolaire est une opération réalisée de façon industrielle, au coût de gestion extrêmement modique.

Concernant les délais, l'allocation de rentrée scolaire est versée durant l'été. Si nous devons en changer les modalités de versement, elles n'ont pas nécessairement, contrairement à d'autres prestations, à être prêtes dès janvier. Cela laisse un peu de marge pour bien définir les contours de ce que nous souhaiterions faire en la matière.

S'agissant de l'article 37, il concerne, d'une part, les prestations familiales et, d'autre part, les allocations de logement.

Pour les prestations familiales, il en résulte, à ce stade, que ne seraient pas concernés par cette conditionnalité d'un an les bénéficiaires qui travaillent et qui relèvent de conventions bilatérales entre la France et d'autres pays – prévoyant, le cas échéant, une clause de réciprocité, ce qui poserait problème en cas de modification unilatérale du dispositif.

Dans le cadre de nos systèmes d'information, notamment dans une optique de protection des données personnelles, nous n'utilisons que les données strictement nécessaires. Dans la mesure où les critères de nationalité, d'activité professionnelle ou d'existence de convention ne sont pas requis pour ouvrir les droits, nous ne disposons pas de ces données : tout serait à construire.

Si nous appliquons l'ensemble de ces critères, il est certain qu'il faudra s'interroger, en fonction du nombre de personnes concernées, sur le coût de ce chantier informatique et opérationnel au regard de son impact réel. Plusieurs mois seront nécessaires pour transformer notre système d'information, étroitement lié à celui des aides au logement. Puisqu'ils ne suivront plus le même régime, il faudra dissocier les deux systèmes et y intégrer des critères et des données dont nous ne disposons pas nécessairement aujourd'hui. La mise en œuvre de cette mesure présente donc indéniablement une complexité technique, mais notre mission consiste à appliquer les réformes.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure pour la branche famille. – Cela signifie que nous ignorons ce que ce montant représente réellement ?

Mme Constance Bensussan. – Tel qu'il a été estimé en année pleine, il comprend selon moi l'article 37 dans son ensemble, c'est-à-dire les prestations familiales et les aides au logement. Mais s'agissant de la disposition relative à celles-ci, ce ne sont pas les mêmes critères qui sont appliqués, puisque ne seront pris en compte ni le critère de l'activité professionnelle ni celui des conventions.

Il y a donc deux régimes qui s'appliquent dans cet article, davantage d'économies étant espérées de la mesure visant les allocations de logement.

S'agissant du Fnas, il importe de souligner que les sous-exécutions ont été de l'ordre de 500 millions d'euros chaque année depuis plusieurs années. Ce montant n'est donc pas forcément absurde.

Les difficultés rencontrées tiennent notamment, en matière de petite enfance, au financement des structures d'accueil, qui ne dépend pas uniquement des CAF – celles-ci prennent en charge, actuellement, 45 % du coût des 420 000 places en crèche qu'elles financent, le complément étant assuré par les collectivités territoriales, lorsqu'il s'agit de structures relevant de leur responsabilité, le secteur privé et les familles.

Cette articulation entre différents financements explique peut-être en partie pourquoi nous éprouvons des difficultés à consommer pleinement cette enveloppe. Le financement par la prestation de service unique (PSU) repose largement sur l'activité ; or nous manquons de professionnels et, à l'heure du télétravail, les familles sollicitent désormais des places trois jours plutôt que cinq jours sur cinq. Ce financement avait pour objectif de s'adapter à l'activité et de l'encourager. Nous constatons aujourd'hui que nous avons atteint les limites du système.

C'est pourquoi il me semble indispensable de réfléchir à le réformer, mais en prenant le temps nécessaire, car il pourrait y avoir des effets redistributifs. En attendant, nous devons chercher à utiliser le système actuel pour mieux accompagner le secteur. Tel était l'objectif du plan d'urgence de 90 millions d'euros : cibler davantage les crèches en difficulté grâce à la PSU, au bonus territoire et à des mesures destinées à faire face à la prochaine canicule. Même ainsi, il n'est pas possible d'affirmer qu'il y aura zéro sous-exécution.

Dès lors, nous avons en réalité changé quelque peu d'objectif : nous sommes à présent dans une phase de transition et de soutien au secteur pour éviter les fermetures. En 2022, l'objectif était d'ouvrir 200 000 places supplémentaires, soit 35 000 en net. Aujourd'hui, il s'agit plutôt d'éviter les destructions.

C'est en ce sens que les différents outils à notre disposition dans notre convention d'objectifs et de gestion sont mobilisés. J'insiste, il s'agit non pas d'un rebasage ou d'une coupe sèche dans les moyens dédiés au Fnas et à la petite enfance, mais d'une projection de la trajectoire. Si les collectivités décident d'investir davantage dans le secteur de la petite enfance, elle sera amenée à évoluer.

Au regard des années précédentes, il s'agit d'une projection sincère et fiable pour l'année qui vient ; elle ne doit pas pour autant nous dédouaner d'une réflexion sur un nouveau modèle de financement des crèches.

Concernant les transferts prévus, ils sont de deux ordres. Même s'il s'agit, évidemment, de préserver la branche famille, elle s'inscrit dans le contexte plus large de la sécurité sociale, dont c'est la seule branche qui soit excédentaire.

Le premier est celui du financement des indemnités journalières maternité, prises en charge auparavant à 60 % et désormais à 100 %. Si elles n'étaient précédemment que partiellement prises en charge, c'est parce que l'on considérait que la politique familiale ne commençait qu'après la naissance de l'enfant. Or un projet de grossesse peut également relever d'une politique familiale, et pas seulement d'une politique de santé. Nous mettons d'ailleurs en place, dans les CAF, des parcours d'accompagnement à la naissance.

Le deuxième transfert, d'un montant de 800 millions d'euros, concerne les majorations de pension pour enfants de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Il vient parachever un processus déjà engagé, dans le cadre duquel 6 milliards d'euros ont déjà été transférés au titre des majorations.

Mme Anne-Sophie Romagny. – L'Observatoire des familles 2026 de l'union départementale des associations familiales (Udaf) de la Marne, qui a interrogé 200 parents dans le département, met en évidence une situation financière préoccupante. Près d'un tiers des familles sondées rencontrent des difficultés financières et un autre tiers se trouve dans une situation fragile. Cela est d'autant plus vrai pour les familles comprenant des adolescents, les dépenses étant encore plus élevées lorsque les enfants ont entre 14 et 17 ans.

Le gel des prestations familiales envisagé au 1er avril 2027 risque d'aggraver ces difficultés. La Cnaf a-t-elle mesuré l'impact de cette mesure sur les familles et identifié les moyens d'éviter que celles qui parviennent encore à maintenir leur équilibre financier ne basculent dans la précarité ?

Concernant le RSA, ont été signalés dans la Marne des cas de gérants de sociétés qui ne se verseraient aucune rémunération afin de déclarer zéro revenu et d'en bénéficier. L'absence de rémunération ne signifie pas nécessairement l'absence de ressources ; ces situations interrogent sur la capacité des CAF à apprécier les ressources réelles des dirigeants d'entreprise.

Quels moyens la Cnaf mobilise-t-elle pour vérifier les ressources réelles des dirigeants et prévenir d'éventuels abus ? Une évolution du cadre législatif vous semblerait-elle nécessaire pour mieux prendre en compte les revenus ou les capacités financières réels des dirigeants de société, afin de garantir une attribution plus juste et d'éviter les fraudes ?

M. Marc Laménie. – Merci, madame la directrice générale, pour cette présentation pédagogique. Si nous pensons connaître les missions des caisses d'allocations familiales, il ne faut pas oublier que le Sénat est la chambre des territoires et compte depuis peu de nombreux nouveaux élus, qui ne connaissent pas forcément toutes les aides que peuvent apporter les CAF.

Dans le département des Ardennes, par exemple, ces aides sont connues, mais peut-être pas assez, alors que vous faites partie des partenaires majeurs pour l'exécution des missions de service public.

Vous avez évoqué vos moyens humains. Sans nier les enjeux financiers, ce qui compte, ce sont les interlocuteurs compétents que vous mettez à disposition du public à l'échelle nationale, dans les 101 CAF de métropole et d'outre-mer. Compte tenu de l'ampleur de vos missions, vos effectifs sont-ils stables ou en augmentation ?

Vous avez aussi abordé la lutte contre la fraude. Disposez-vous, par CAF, d'effectifs dédiés à cette mission complexe ?

Vous avez mentionné le dramatique phénomène des violences intrafamiliales. Quels partenariats avez-vous pu nouer à ce sujet, notamment avec les associations, en particulier les centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), qui comptent de modestes effectifs et beaucoup de bénévoles ? Quels liens en général avez-vous tissés avec l'ensemble des associations, nombreuses, dont vous êtes également partenaire ?

M. Nicolas Fricoteaux. – Ancien président de département, j'aurai une approche quelque peu départementaliste.

Je reviens sur la problématique du RSA. Elle concerne, parmi les chefs d'entreprise, souvent des autoentrepreneurs, qui se maintiennent au RSA en se contentant de peu. Le problème tient peut-être à la durée pendant laquelle ce statut peut être conservé. Il conviendrait sans doute d'en fixer une durée maximale au-delà de laquelle il ne pourrait être maintenu sans que des ressources soient générées en contrepartie.

J'ai le sentiment que l'État s'exonère de l'effort qui lui revient. Il gèle les prestations, sauf celles du RSA ou celles en lien avec le handicap, parce qu'il fait un chèque en utilisant notre chéquier : c'est le département qui paiera cette augmentation.

En 2008, dans le département de l'Aisne, nous versions environ 60 millions d'euros de RSA, à peu près compensés. Aujourd'hui, nous en sommes à 120 millions d'euros, avec une compensation de 50 % – il reste donc 60 millions d'euros à notre charge. C'est peu ou prou le cas partout. Cet écart est évidemment lié également aux augmentations successives, notamment des personnes accompagnées.

Un département comme le nôtre finit l'année 2025 avec zéro en caisse. Tous les mois, nous devons pourtant verser l'équivalent de 12 millions d'euros de prestations à la CAF pour qu'elle les reverse aux ayants droit. Il arrive donc que nous soyons en retard, et nous nous voyons alors généreusement infliger des pénalités par la CAF… Celles-ci sont certes liées aux intérêts financiers, puisqu'il lui faut bien trouver l'argent quelque part et que cela a un coût ; mais elle nous fait payer 1 % de taux d'intérêt supplémentaire. C'est donc une double peine : les plus pauvres sont pénalisés parce qu'ils n'ont pas été en mesure de verser, faute de trésorerie, l'équivalent des prestations devant être distribuées par la CAF. Peut-on trouver une solution pour supprimer ces pénalités ?

Ensuite, s'agissant de la protection de l'enfance, en lien avec le RSA : pour certains enfants placés, les prestations familiales continuent à être versées. En effet, le juge a décidé, par exception – une exception devenue, en réalité, la règle –, de maintenir ces allocations pour ne pas fragiliser le budget de la famille dès lors que l'enfant pourrait y revenir ; en réalité, il n'y revient jamais. Ainsi, pendant dix à quinze ans, la famille continue à percevoir les allocations familiales en s'exonérant de la charge des enfants, assumée par le département.

Lorsque cette famille bénéficie également du RSA, celui-ci est majoré. Son montant augmentant en fonction de la composition du foyer, la CAF continue à en tenir compte, bien que les enfants soient pris en charge par le département. Les allocations familiales étant maintenues, il en est de même pour le RSA majoré. Pour les départements, c'est alors la triple peine ! Est-il prévu de corriger cette situation particulièrement injuste, afin d'éviter d'alourdir cette charge ?

Le dernier point concerne la protection de l'enfance. Lorsque les enfants sont placés, l'ARS est versée sur un compte bloqué qui leur est destiné, et leur sera accessible à leur majorité. Elle n'est pas versée au département, qui devra pourtant assurer l'achat des fournitures, mais soit. Cependant, les enfants que les parents ont abandonnés ne perçoivent pas, eux, l'allocation de rentrée scolaire et ne disposent donc d'aucun pécule à leur majorité. C'est là une injustice. Ne pourrait-on pas envisager, en supprimant alors l'ARS, de verser un pécule à peu près identique à chacun en fonction de la durée du placement ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les mesures que vous êtes chargée de prendre dans le cadre de ce PLFSS, qui fait figure d'épouvantail, vont pénaliser, une fois de plus, les familles, qu'il s'agisse de l'aide au logement, de la prime d'activité ou du gel des allocations familiales, dans un contexte de hausse des prix des carburants et de l'énergie et de baisse du pouvoir d'achat.

Si l'on évoque souvent, à juste titre, les bénéficiaires du RSA, je m'inquiète également pour les travailleurs pauvres, celles et ceux qui se rendent quotidiennement au travail pour un simple Smic, et se trouvent souvent dans des situations catastrophiques. Ils seront directement touchés par les mesures touchant l'ARS et les aides au logement.

Nous rencontrons, dans nos mairies, des personnes sollicitant l'aide du centre communal d'action sociale (CCAS), car avec 1 300 euros par mois, lorsqu'on élève seul un enfant, ou que l'on a deux ou trois enfants mais un seul parent qui travaille, et que l'on doit faire face à l'explosion du coût des mutuelles et des loyers, on ne peut pas vivre dignement. On ne peut tout simplement pas vivre !

Beaucoup de dispositifs fonctionnent, dans notre pays, et fort heureusement, selon un système de barèmes. Tout le monde sera concerné par le gel des allocations familiales, des aides au logement et de la prime d'activité. Mais qu'en sera-t-il, par exemple, pour l'ARS ? Prévoyez-vous de revoir encore à la baisse les plafonds de ressources ? Ce serait catastrophique pour les familles qui se situent à la limite du seuil d'éligibilité.

M. Laurent Burgoa. – J'aimerais revenir également sur le sujet du RSA, mais pour évoquer la loi pour le plein emploi. À cette occasion, permettez-moi de rendre hommage à notre ancienne collègue Pascale Gruny, qui s'était beaucoup investie sur ce sujet.

Le texte adopté par le Parlement prévoit que les bénéficiaires du RSA doivent, après leur inscription à France Travail, consacrer quinze heures par semaine à des activités d'insertion.

Disposez-vous de statistiques sur l'application de cette mesure dans les départements ? Ne pas respecter la loi de la République n'est pas admissible. Les CAF jouent-elles leur rôle de contrôle et des mesures sont-elles prises le cas échéant ?

Mme Constance Bensussan. – Au sujet du gel des aides et du basculement des familles dans la pauvreté, la situation budgétaire est malheureusement contrainte, d'où la recherche d'économies. Nous sommes mis à contribution car nous restons une branche excédentaire. La politique familiale n'est cependant pas particulièrement ciblée, tous les secteurs et politiques publiques sont sollicités.

Concernant le soutien aux familles, une première mesure, entrée en vigueur en 2025, fait évoluer le calcul du complément de libre choix du mode de garde (CMG), qui sert à financer le reste à charge en matière de garde individuelle d'enfants. Auparavant, et notamment pour les familles les plus précaires, cela coûtait plus cher d'avoir recours à une assistante maternelle qu'à une crèche. En fonction de l'offre sur le territoire – nous savons qu'elle est très variable –, le coût pour les familles différait. Désormais, le reste à charge est identique quel que soit le mode d'accueil.

La Cnaf a réalisé une étude d'impact montrant qu'environ 55 % des familles sont gagnantes. Les familles de travailleurs pauvres ou en situation de précarité le sont très majoritairement. Elles ont pu recourir davantage à la garde individuelle d'enfants. Ce dispositif a donc trouvé son public.

De la même façon, plusieurs mesures ont été prises en faveur des familles monoparentales, particulièrement frappées par la pauvreté. Ainsi, nous leur avons ouvert, en 2025, l'accès à ce complément de mode de garde jusqu'aux 12 ans de l'enfant, c'est-à-dire jusqu'à son entrée au collège, contre 6 ans auparavant. Lorsqu'on élève seul un enfant en travaillant, et que celui-ci est en école primaire, il ne peut se garder seul. C'est donc un progrès notable.

À cela s'ajoute l'intermédiation du versement des pensions alimentaires par les CAF, qui permet aujourd'hui de sécuriser les pensions alimentaires de plus de 700 000 familles. C'est d'autant plus important que les pensions alimentaires représentent 30 % des revenus des familles monoparentales. Par ailleurs, l'allocation de soutien familial (ASF) a été revalorisée de 50 % en 2022, afin de renforcer le soutien aux familles monoparentales.

Vous avez toutefois raison de souligner qu'un effort est demandé aux familles.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Ma question portait plus précisément sur l'impact des mesures annoncées.

Mme Constance Bensussan. – Pour le moment, nous évaluons surtout l'impact des mesures une fois qu'elles ont été adoptées. La Cnaf a en effet été fortement mise à contribution dans les derniers PLF et PLFSS, et déterminer les modalités de leur mise en œuvre représente déjà un travail technique important.

Je ne dispose donc pas, à ce stade, de chiffres à vous communiquer sur l'impact des mesures annoncées sur les revenus des familles, d'autant que leurs effets interagiront avec ceux d'autres dispositions déjà adoptées. Il est nécessaire de disposer d'une vision d'ensemble pour apprécier leurs conséquences réelles. Une évaluation isolée de chaque mesure risquerait d'être biaisée.

S'agissant du RSA perçu par les autoentrepreneurs, notre enjeu est de sécuriser et de fiabiliser les revenus déclarés pour bénéficier du RSA ou de la prime d'activité. C'est précisément l'objectif de la solidarité à la source, généralisée à l'ensemble des départements en 2025.

Cette réforme simplifie les démarches grâce au préremplissage des déclarations trimestrielles de ressources. Elle ne prévoit toutefois aucun versement automatique : les bénéficiaires doivent toujours effectuer leurs démarches. Au-delà de la simplification, elle permet surtout de fiabiliser les déclarations. Ce ne sont pas les allocataires qui transmettent des montants à leur gré. Les ressources sont vérifiées grâce au croisement des données dont nous disposons à la Cnaf avec celles de la direction générale des finances publiques (DGFiP).

Toutefois, les revenus des autoentrepreneurs et des travailleurs indépendants ne sont pas encore fiabilisés.

En attendant, nous ne restons pas inactifs et réorientons nos contrôles sur place vers ces publics, mais aussi vers les fausses déclarations relatives à la situation familiale. La sécurisation pour le reste de la population des déclarations de ressources pour le RSA et la prime d'activité, auparavant à l'origine de nombreux indus, nous permet de mieux cibler ces contrôles. Les CAF réalisent 29 millions de contrôles par an et comptent 700 contrôleurs sur l'ensemble du territoire.

L'intégration des revenus des autoentrepreneurs et des travailleurs indépendants à la solidarité à la source constitue donc une priorité, qui nécessitera d'importants travaux techniques.

En attendant, il faut développer les contrôles sur place. Après plusieurs années de baisse, le nombre de contrôles a été stabilisé cette année et augmentera à partir de l'année prochaine.

Concernant la question des effectifs, la Cnaf compte 1 500 agents, et les CAF 35 000. Si nous nous inscrivons dans une trajectoire de baisse des effectifs, les évolutions technologiques nous conduisent à nous interroger surtout sur leur répartition et leurs missions.

Nous sommes en effet une « industrie du social », dont une grande partie des effectifs est consacrée à des tâches de production appelées à être davantage automatisées. La solidarité à la source a ainsi permis de libérer plusieurs centaines d'équivalents temps plein (ETP) auparavant mobilisés pour la vérification des revenus, et l'intelligence artificielle devrait accentuer cette évolution.

En revanche, nous traitons de sujets profondément humains, et une personne ne peut se résumer à une demande de prestation. Un accompagnement peut être nécessaire en matière de protection de l'enfance ou en cas de violences intrafamiliales. L'enjeu est donc véritablement, pour nous, de repenser l'équilibre entre les activités de production et la relation de service, en les articulant davantage et en renforçant la place de cette dernière. Telle est la stratégie de la Cnaf et des CAF aujourd'hui, à l'heure des transitions auxquelles nous sommes confrontés.

La lutte contre la fraude constitue pour nous une priorité absolue, qui se traduit par une stratégie consistant à cibler les fraudes à enjeu.

Nous avons ainsi créé un service national de lutte contre la fraude à enjeu, composé de quarante agents répartis sur l'ensemble du territoire, pour s'attaquer aux affaires de fraude organisée à fort impact financier. Cela a porté ses fruits : le montant des fraudes détectées a augmenté de 45 % entre 2022 et 2025, pour atteindre 508 millions d'euros en 2025. Nous allons donc poursuivre cette stratégie.

Ces contrôleurs disposent par ailleurs de pouvoirs de police judiciaire, et des condamnations ont été prononcées dans des affaires d'usurpation d'identité ayant permis de percevoir indûment le RSA, avec des peines d'emprisonnement.

Notre stratégie est donc double : renforcer les contrôles sur place dans les domaines encore insuffisamment sécurisés par nos réformes, notamment les revenus des travailleurs indépendants et les déclarations relatives à la situation familiale, et cibler les fraudes à enjeu.

S'agissant de la lutte contre les violences faites aux femmes, notre action reposait en effet auparavant essentiellement sur des partenariats avec des associations, notamment les CIDFF, et des structures locales. Depuis 2023, elle s'est renforcée avec la mise en place de l'aide d'urgence pour les victimes de violences conjugales, qui a fait l'objet de plus de 90 000 demandes à ce jour. Si son attribution est encadrée par la présentation de justificatifs, notamment un récépissé de dépôt de plainte ou une ordonnance de protection, elle vise à éviter que des difficultés financières empêchent les victimes de quitter leur domicile. Ce dispositif a vocation à être pérennisé et développé, même s'il nécessite un financement relativement élevé.

Il doit également mieux s'articuler avec le pack nouveau départ, actuellement déployé dans douze départements et dont les CAF assurent généralement la coordination. Ce dispositif permet aux victimes de bénéficier d'un référent chargé de faire le lien avec les services de police, de santé, d'accompagnement social et les associations. Notre objectif serait de généraliser le PND sur l'ensemble du territoire et d'y intégrer pleinement l'aide d'urgence pour les victimes de violences conjugales. Toutefois, ce déploiement ne pourra se faire à effectifs constants : il nécessitera de renforcer le nombre de travailleurs sociaux dans les CAF pour accompagner plus efficacement les femmes victimes de violences.

S'agissant du RSA, monsieur Fricoteaux, je tiens d'abord à rappeler, comme j'ai eu l'occasion de le faire auprès du président de Départements de France, de ses équipes et de plusieurs présidents de conseil départemental, que les CAF ne sont pas les ennemies des départements. Nous devons consolider un partenariat de qualité, qui permette d'aborder les difficultés et de trouver ensemble des solutions.

Vous soulevez la question du financement de cette prestation par les départements sans qu'ils disposent nécessairement des leviers pour en maîtriser le coût. Cette question, bien que centrale, dépasse mon champ de compétences et je ne me prononcerai donc pas sur ce point.

En revanche, ce qui est de notre ressort, ce sont les intérêts financiers et les pénalités financières.

Concernant les premiers, il me semble que la question est étroitement liée au calendrier des remboursements demandés aux départements. Le RSA est versé le 5 de chaque mois, mais, jusqu'à présent, les départements ne remboursaient les CAF qu'un mois plus tard, ce décalage entraînant une accumulation d'intérêts.

Nous travaillons depuis cet été à organiser la concomitance entre les remboursements et les versements. Cette évolution commence à se mettre en place et doit être généralisée afin d'éviter des frais financiers qui pourraient être épargnés aux départements, d'autant que ce décalage, complexe, accroissait nos propres difficultés financières. Elle ne résoudra certes pas l'ensemble des difficultés de financement du RSA, mais me paraît être une avancée.

M. Nicolas Fricoteaux. – Il faudra, pour les départements les plus en difficulté, procéder à l'avance de deux mois. Le problème réside donc plutôt dans les pénalités.

Mme Constance Bensussan. – S'agissant des pénalités, ma marge de manœuvre est plus limitée que pour les intérêts financiers : le cadre juridique nous impose de les appliquer en cas de retard. Je ne peux m'affranchir de la loi. La question est donc celle, plus générale, d'une refonte du fonctionnement et du financement du RSA.

Si les décisions de revalorisation du RSA ne relèvent pas de ma compétence, nous avons néanmoins renforcé notre coopération avec les départements en matière d'observation socioéconomique, afin de mieux anticiper l'évolution du nombre d'allocataires. Cet exercice reste complexe, compte tenu notamment des effets possibles de la loi pour le plein emploi et de la conjoncture économique. J'insiste toutefois sur le fait que la solidarité à la source n'a pas conduit à une hausse du nombre de bénéficiaires du RSA : elle n'a pas vocation à lutter contre le non-recours, elle vise à simplifier et à sécuriser les déclarations.

Dans le cadre légal existant, notre action peut donc porter sur deux axes : un partage plus régulier et transparent des données avec les départements, pour faciliter leurs prévisions, et une meilleure coordination des contrôles afin de limiter les versements indus. Quels que soient nos efforts, cela ne suffira cependant pas, en effet, à résoudre le problème structurel du financement du RSA.

S'agissant de la protection de l'enfance, vous avez soulevé deux questions. La première concerne le pécule constitué à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) par le versement de l'ARS due aux enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Ce pécule, que les jeunes doivent réclamer à leur majorité, reste insuffisamment demandé, malgré une campagne de communication menée l'an dernier avec la Caisse des dépôts. Une évolution du dispositif serait donc sans doute souhaitable, notamment dans le cadre du projet de loi relatif à la protection des enfants. Il faudrait examiner la possibilité et l'opportunité de remplacer ce pécule par une aide forfaitaire versée à 18 ans.

Ce choix relève du législateur, mais s'il devait être fait, nous sommes capables, très rapidement, de mettre en place le versement d'une aide forfaitaire, sous réserve d'en identifier les bénéficiaires. En revanche, l'introduction d'autres critères, par exemple la durée du placement, nécessiterait de recueillir ces données auprès des départements et risquerait de compromettre l'objectif de cette mesure.

Sur le RSA majoré, je crains de ne pouvoir vous apporter de réponse satisfaisante, bien que le vice-président de Départements de France, Frédéric Bierry, m'ait également interpellée à ce sujet. La difficulté tient au cadre législatif, qui impose le maintien des prestations dès lors que des liens subsistent entre l'enfant placé et sa famille, même s'ils se limitent à une ou deux visites par an. À la décision du juge s'ajoutent donc ces dispositions législatives.

Concernant les travailleurs pauvres, une piste déjà évoquée pour minimiser l'impact du recentrage de l'ARS serait de moduler davantage le barème existant en fonction de l'âge des enfants, les dépenses variant sensiblement selon celui-ci.

Par ailleurs, la prime d'activité a permis, malgré le non-recours, de réduire de 1,5 point le taux de pauvreté de ses bénéficiaires. Elle constitue donc un soutien significatif aux revenus des ménages concernés, notamment des familles monoparentales, particulièrement exposées à la précarité.

Enfin, concernant le RSA et la loi pour le plein emploi, le rôle des CAF se limite à la transmission à France Travail des données relatives aux bénéficiaires. Les contrôles liés à ce dispositif, sa mise en œuvre et les statistiques correspondantes relèvent de France Travail, dirigé par Thibaut Guilluy. Nous ne disposons donc pas de ces données, mais je partage votre avis sur la nécessité de contrôles rigoureux.

M. Philippe Mouiller, président. – Madame la directrice générale, merci à la fois pour cette présentation, ces explications et le cap que vous nous avez présenté.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale

Réunie le mercredi 28 octobre 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous reprenons nos travaux préparatoires à l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 avec l'audition de M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale.

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Monsieur le directeur, comme nous l'avions déjà constaté l'année dernière, l'Urssaf Caisse nationale est au cœur du financement de la sécurité sociale et est, en quelque sorte, le réceptacle naturel de ses difficultés.

Cela se traduit, dans le PLFSS pour 2027, par un plafond d'autorisation d'emprunt à court terme par la caisse, qui s'établirait à 85 milliards d'euros, malgré les transferts à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) effectués l'année dernière.

Certes, depuis l'année dernière, l'agence est autorisée à recourir à des emprunts de plus de 12 mois à condition que la durée moyenne de vos emprunts reste inférieure à 12 mois.

Néanmoins, dans le contexte actuel de tension sur la dette de la France, cette situation n'est pas confortable et l'on peut se demander, à l'instar de la Cour des comptes, jusqu'à quand elle restera gérable.

Je vous laisse la parole pour un propos liminaire qui vous permettra de nous livrer votre vision du PLFSS et de la situation financière de votre caisse et, plus généralement, de la sécurité sociale. Nous attendons également votre expertise sur les mesures de recettes, parfois très importantes, qui figurent dans ce projet de loi.

M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale. – Je suis accompagné de M. Emmanuel Laurent, directeur de la direction centrale trésorerie banque financement et investissement, et de M. Emmanuel Dellacherie, directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle.

Si les montants levés par l'Urssaf sur les marchés financiers suscitent une préoccupation légitime, je tiens à rappeler que 95 % des ressources que nous collectons proviennent des cotisations et contributions des entreprises, recouvrées par les Urssaf en métropole et par les caisses générales de sécurité sociale en outre-mer. En dépit d'une conjoncture économique qui se dégrade

progressivement selon certains indicateurs, notre système de prélèvement est un système robuste et qui fonctionne : les cotisations rentrent bien et les montants recouvrés restent très proches des prévisions, ce qui est rassurant.

En 2026, l'Urssaf a mis en œuvre deux mesures votées par le Parlement – je l'en remercie – dans les précédentes lois de financement de la sécurité sociale.

Premièrement, tout en conservant notre vocation d'emprunteur de court terme avec une maturité moyenne inférieure à 12 mois, à la différence de la Cades, nous avons maintenant la possibilité d'émettre de la dette jusqu'à 24 mois. Nous détenons actuellement 11 milliards d'euros d'encours entre 18 et 24 mois, dont une large majorité à 24 mois. La mesure adoptée a été pleinement utilisée : ce socle de financement sécurise notre trésorerie en nous évitant de solliciter les marchés chaque mois ou tous les trois mois.

Deuxièmement, conformément à la LFSS pour 2026, la Cades achève en novembre la reprise de 15 milliards d'euros de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Financée par des émissions de marché très réussies, cette opération a allégé d'autant les besoins de financement de l'Urssaf Caisse nationale.

Aujourd'hui, à l'instar de l'État et de la plupart des émetteurs, nous empruntons à des taux supérieurs à ceux du début d'année, avec une hausse plus marquée depuis la rentrée. Toutefois, comme nous empruntons sur des marchés de court terme, nous n'avons pas été soumis aux mêmes fluctuations que celles qu'a connues l'obligation assimilable du Trésor (OAT) à dix ans, laquelle a franchi le seuil de 5 % avant de refluer significativement. Nos taux dépendent davantage des taux de la Banque centrale européenne (BCE) au jour le jour que des anticipations économiques à moyen ou long terme.

Concernant le PLFSS pour 2027 présenté il y a un mois, nous souhaitons partager quatre messages.

Tout d'abord, il est indispensable qu'une loi de financement de la sécurité sociale soit adoptée et publiée avant la fin de l'année, afin d'envoyer un signal de pérennité aux citoyens, aux partenaires sociaux, aux responsables politiques et aux investisseurs.

Ensuite, ce PLFSS amorce un redressement significatif des comptes de la sécurité sociale en ramenant le déficit de 21,8 milliards d'euros en 2026 à 12,7 milliards en 2027, soit une réduction d'environ 9 milliards d'euros. Cet équilibre est essentiel pour la crédibilité et le financement de notre modèle. Nous ne portons pas de jugement sur les mesures sous-jacentes qui permettent de parvenir à cet équilibre, mais nous espérons que cet équilibre sera préservé au cours de l'examen parlementaire.

Par ailleurs, le plafond d'emprunt à court terme est porté de 83 milliards en 2026 à 85 milliards d'euros en 2027. Ce niveau reste légèrement supérieur au pic de trésorerie que nous anticipons autour de 82 milliards d'euros en décembre 2027. Je ne peux être très précis, car des aléas peuvent survenir. Nous serions donc en dessous du plafond, mais pas très loin non plus. L'abandon éventuel de certaines mesures d'économies ou de recettes imposerait d'ajuster ce plafond en conséquence, même si nous souhaitons le maintien de l'objectif d'un déficit à 12,7 milliards d'euros.

Enfin, l'article 18 du PLFSS comporte une mesure d'apparence technique mais éminemment stratégique : la suppression du mot « négociables » dans le code de la sécurité sociale. Il s'agit d'autoriser l'émission de titres de créance, et pas seulement de titres de créances négociables. Cela nous permettrait d'émettre de la dette à 12 ou 24 mois dans un format juridique international. Les 11 milliards d'euros que j'ai évoqués ont été levés sur le marché français *Negotiable European Medium Term Note* (NEU MTN), régulé par la Banque de France. Nous aurions accès à un marché d'investisseurs internationaux plus large, sans remettre en cause les différentes limites posées dans le code de la sécurité sociale : encours moyen inférieur à 12 mois et échéance maximale de 24 mois. À l'heure actuelle, nous représentons une part prépondérante, qui approche les limites de capacité du marché NEU MTN.

Cette mesure n'a pas de dimension politique dans le sens où elle n'est que la confirmation de notre capacité d'emprunt jusqu'à 24 mois pour sécuriser le financement de la sécurité sociale.

M. Olivier Henno, rapporteur général. – Monsieur le directeur, les hasards du calendrier font que je vous ai auditionné hier pendant près d'une heure, je ne serai donc pas très long.

Dans un climat assez anxiogène, je salue d'abord vos propos rassurants sur le bon niveau de recouvrement des cotisations et sur la résilience et la solidité des entreprises françaises et de notre économie.

Vous avez émis le souhait qu'une loi de financement de la sécurité sociale soit adoptée avant la fin de l'année. Quelles seraient les conséquences concrètes pour l'Acoss d'une absence de LFSS au 1er janvier 2027 ?

Le pic d'emprunt que vous anticipez à 82 milliards d'euros – hier, vous évoquiez 83 milliards – laisse une marge très réduite par rapport au plafond de 85 milliards d'euros. Ne serait-il pas plus prudent de fixer d'ores et déjà ce plafond à 90 milliards d'euros lors du débat parlementaire, ou une telle hausse risquerait-elle d'être comprise par les investisseurs comme un renoncement ?

Lors des auditions conduites en 2024 par Élisabeth Doineau et Raymonde Poncet Monge, vous situiez le seuil de risque à partir d'un besoin de financement pérenne de 60 milliards d'euros, en ajoutant qu'un pic de 100 milliards d'euros mettrait l'Acoss en grand danger. Quelle est votre appréciation aujourd'hui ?

M. Damien Ientile. – En l'absence de LFSS au 1er janvier 2027, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), nom officiel de l'Urssaf Caisse nationale, ferait face à trois conséquences. Sur le plan juridique, nous avons besoin d'un texte d'ordre législatif pour pouvoir emprunter sur les marchés financiers. Le texte naturel est la LFSS ; si elle n'était pas adoptée, j'imagine qu'une loi spéciale serait votée comme pour 2025. Sur le plan financier, les mesures de redressement des comptes en recettes et en dépenses ne pourraient entrer en vigueur dès le début de l'année, ce qui dégraderait le déficit prévisionnel et nous obligerait à emprunter davantage d'argent. Enfin, une telle situation enverrait à l'ensemble des observateurs un signal qui ne serait pas positif.

Sur votre deuxième question, relever dès maintenant le plafond d'emprunt au-delà de 85 milliards d'euros offrirait certes davantage de flexibilité pour faire face aux évolutions économiques, mais risquerait d'être interprété comme une forme de renoncement aux mesures contenues dans le PLFSS. Pour les investisseurs, le véritable signal réside dans le solde final qui figurera dans le texte, sur lequel doit se concentrer toute l'énergie politique. Le plafond d'emprunt peut être relevé de manière infra-annuelle par voie réglementaire sous certaines conditions, notamment après audition devant les commissions compétentes des deux assemblées. Cette possibilité pourrait certainement être activée en cours d'année en cas de besoin.

Enfin, il est vrai que, lors de précédentes auditions, nous avons alerté sur les risques que présente un seuil de risque élevé, à partir de 60 milliards d'euros de dette de manière pérenne et en moyenne – chaque terme compte. Nos besoins de financement fluctuent au cours du mois : nous versons les pensions de retraite les 8 ou 9 du mois, les cotisations rentrent aux échéances des 5 et 15 du mois, le versement des prestations familiales est fait le 4.

Le seuil d'alerte de 60 milliards d'euros évoqué en 2024 correspondait à un montant moyen d'encours maintenu de manière pérenne, un seuil qui n'a pas encore été atteint. Ce montant ne résulte pas de travaux scientifiques : c'est un dire d'expert, évalué en fonction de notre connaissance de la profondeur des marchés financiers. Grâce à la sécurisation apportée depuis lors par notre socle d'émissions jusqu'à 24 mois, ce seuil se situerait désormais entre 60 et 70 milliards d'euros, niveau que nous pourrions atteindre d'ici à la fin de l'année 2027 et qui nous exposerait alors à un risque élevé de financement.

M. Marc Laménie. – Dans un contexte économique difficile où de nombreuses entreprises peinent à acquitter leurs charges sociales et fiscales malgré l'aide des experts-comptables, quelle est la répartition de vos effectifs entre la métropole et l'outre-mer, ainsi qu'à l'échelle départementale comme dans les Ardennes ? Quels sont vos liens avec les maisons France Services ?

Par ailleurs, comment mesurez-vous l'impact des défaillances d'entreprises – redressements et liquidations judiciaires – sur vos recettes, et quelle place accordez-vous au dialogue concernant les pénalités ? Enfin, comment quantifiez-vous les résultats du contrôle et de la lutte contre la fraude ?

M. Khalifé Khalifé. – Depuis 2024, vous avez accentué vos efforts pour la détection et le recouvrement des fraudes. Envisagez-vous d'associer l'intelligence artificielle et le *data mining* aux technologies de *data streaming* pour analyser les choses en temps réel et agir de manière préventive ? On constate qu'il existe un phénomène de sociétés qui ouvrent pendant quelques mois, accumulent des dettes sociales avant de procéder à des licenciements économiques organisés.

M. Patrick Kanner. – Vous avez soufflé le chaud et le froid.

D'un côté, vous saluez la réduction prévue du déficit d'environ 9 milliards d'euros, la robustesse des rentrées de cotisations et l'utilité des mesures de la LFSS pour 2026 – emprunts jusqu'à 24 mois et reprise de 15 milliards d'euros de dette par la Cades. Une nouvelle reprise de dette est-elle d'ailleurs envisageable cette année, malgré les difficultés de l'État ?

De l'autre, avec une OAT à 4,92 % et un *spread* dépassant 150 points de base avec l'Allemagne, la crise financière est au bout du fusil.

Quelle serait précisément la valeur ajoutée d'un accès aux titres internationaux *Euro Medium Term Note* (EMTN) prévu à l'article 18 du PLFSS ?

Enfin, après près de 40 000 actions menées en 2026, quelles sont vos perspectives d'amélioration dans la lutte contre la fraude, qui est malheureusement une réalité sociale dans notre pays ?

Mme Frédérique Puissat. – Merci pour les précisions que vous avez apportées.

Le recours éventuel à une loi spéciale ou à des ordonnances entraînerait-il des tensions de trésorerie ?

Par ailleurs, ayant vu l'encours de la dette augmenter considérablement depuis mon élection comme parlementaire en 2017, quelles mesures structurelles ou financières permettraient de sécuriser durablement le financement de la sécurité sociale ?

M. Philippe Mouiller, président. – Au-delà de la diminution du déficit, que vous saluez, figurant dans le PLFSS, avez-vous évalué l'impact économique des mesures budgétaires, telles que la réduction des allègements généraux de cotisations, dont certains annoncent qu'elle détruirait 100 000 emplois et fragiliserait les entreprises, sur le rendement des cotisations et contributions ?

Mme Silvana Silvani. – J'ai entendu vos arguments en faveur du vote du PLFSS d'ici à la fin de l'année. Si nous portons un regard critique sur ce texte, ce n'est pas par refus d'adopter un budget, mais parce que les propositions qui sont faites ne nous paraissent pas satisfaisantes. Nous pourrions nous rejoindre sur ce point.

Puisque les cotisations assurent 95 % du financement et que les prélèvements se passent bien – vous évoquez un système « robuste et qui fonctionne », c'est une bonne nouvelle –, avez-vous envisagé des scénarios de baisse des exonérations, actuellement assez importantes, de cotisations sociales afin d'avoir de nouvelles ressources ?

M. Damien Ientile. – Monsieur Laménie, la branche recouvrement comprend l'Urssaf Caisse nationale, qui compte 2 100 agents, 21 Urssaf régionales en métropole et cinq caisses générales de sécurité sociale interbranches en outre-mer, soit un effectif total de 15 500 collaborateurs.

Les moyens humains sont substantiels, mais, rapporté aux 700 milliards d'euros encaissés annuellement, notre coût de gestion s'établit à 30 centimes pour 100 euros recouvrés, ce qui témoigne d'une forte efficience. Notre structure a une culture de la performance et de l'efficacité.

Dans le cadre de notre convention d'objectifs et de gestion (COG) actuelle, nous avons renforcé nos effectifs dédiés au contrôle et à la lutte contre la fraude et le travail dissimulé en recrutant 150 inspecteurs supplémentaires, ce qui nous a permis d'améliorer nos résultats en la matière. La discussion sur nos moyens d'action aura lieu en 2027 en vue de la signature avec les partenaires sociaux et les pouvoirs publics de la prochaine COG 2028-2032. La commission d'enquête sénatoriale sur les agences de l'État avait souhaité entendre plusieurs caisses de sécurité sociale : l'assurance maladie, les allocations familiales et la branche recouvrement. Elle avait salué le modèle des COG pour la visibilité et la marge de manœuvre pluriannuelle qu'il offre aux gestionnaires publics.

Après une expérimentation en 2024, notre présence dans les maisons France Services (MFS) a été généralisée en 2025 pour apporter un premier niveau de réponse aux usagers du chèque emploi service universel (Cesu) et de Pajemploi et aux autoentrepreneurs. Étant donné la technicité des sujets, il n'est pas possible d'apporter de réponse aux demandes plus complexes. Cette présence permet de démultiplier nos points de contact sur le territoire puisque nous n'avons qu'une implantation par département. Le bilan de notre participation aux MFS est donc positif, même si les demandes concernant l'ensemble de nos compétences ne peuvent pas toutes être traitées à ce niveau.

Concernant l'impact de la situation économique sur les entreprises, nous suivons un indicateur qui est le taux d'impayés : sur 100 euros de cotisations attendues, quel est le pourcentage qui n'est pas payé en fin de mois par les entreprises ? Il donne des indications sur la santé économique et la capacité de trésorerie des entreprises. Il est très faible : il est revenu à son niveau de 2019, avant la crise du covid, autour de 1 %. Hormis un très léger frémissement récent qui reste à confirmer, les entreprises peuvent payer leurs cotisations. En revanche, le niveau élevé des liquidations d'entreprises et l'augmentation du nombre d'emplois concernés constituent un facteur d'inquiétude. Les signaux économiques que nous captons ne vont donc pas tous dans le même sens.

J'en viens à la lutte contre le travail dissimulé : elle est essentielle pour sécuriser le financement de la sécurité sociale, pour protéger les droits des salariés – s'ils ne sont pas déclarés, ils n'acquièrent pas de droits à la retraite, au chômage, *etc.* – et préserver la concurrence entre entreprises – les entreprises honnêtes qui paient leurs cotisations ne doivent pas faire face à des entreprises qui ne s'en acquittent pas et font donc des devis moins chers. Nos résultats ont doublé, passant de 800 millions d'euros par an de redressements pour travail dissimulé en 2022 à plus de 1,5 milliard d'euros en 2024 et 2025, niveau qui devrait se maintenir en 2026.

Monsieur Khalifé, outre les renforts humains, cette progression repose sur l'utilisation de moyens techniques de *data mining*. Notre logiciel d'aide aux investigations et aux contrôles permet de croiser les données pour cibler les entreprises susceptibles de recourir au travail dissimulé. Nous développons actuellement une fonctionnalité permettant de détecter des entreprises potentiellement frauduleuses dans une zone géographique et des schémas de fraude localisés. Nous réfléchissons à la manière d'étendre cet outil à la fraude hors travail dissimulé. Placée au cœur des flux déclaratifs de la sécurité sociale, l'Urssaf est en quelque sorte une tour d'observation des fraudes aux prestations sociales, pour détecter les sociétés éphémères qui créent de faux salariés pour demander ensuite des allocations chômage ou des prestations familiales. Nous faisons ce travail en partenariat avec France Travail, l'assurance maladie et le groupement d'intérêt public Modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS).

Monsieur Kanner, aucune reprise de dette par la Cades n'est envisageable en 2027 : le transfert de 15 milliards d'euros qui s'achève en novembre 2026 a saturé sa capacité de reprise de dette d'ici à sa date d'extinction fixée au 31 décembre 2033. Toute nouvelle reprise supposerait de repousser cette échéance par une loi organique, hypothèse évoquée par la Cour des comptes à un horizon ultérieur mais irréalisable dans le cadre du PLFSS pour 2027.

M. Emmanuel Laurent, directeur de la direction centrale trésorerie banque financement et investissement. – Les taux français à dix ans ont considérablement augmenté, mais l'Urssaf emprunte à court terme : notre taux d'emprunt à deux mois est cette semaine à 2,70 %, et le taux moyen de l'ensemble de notre dette était de 2,71 % il y a dix jours. La volatilité des taux à dix ans est beaucoup plus forte que celle des taux à court terme.

Néanmoins, l'augmentation de nos taux résulte de la hausse des taux directeurs de la BCE, l'effet lié à la volatilité et au stress du marché ne représentant qu'environ 0,2 %, ce qui limite l'impact sur nos charges financières.

Un format d'emprunt à 24 mois nous aidera à constituer et à maintenir un socle de financement à ce terme. Nous voulons aller un peu plus loin que les 11 milliards d'euros d'encours actuels. Avec un tel montant, nous sommes le principal émetteur du marché français, puisque le montant total émis par l'ensemble des acteurs publics, toutes maturités confondues, est de 15 milliards d'euros. L'Urssaf représente à elle seule plus du tiers du marché à moins de deux ans du marché français NEU MTN, dont l'encours global est de 53 milliards d'euros. Nous avons parfaitement réussi notre entrée sur ce marché, mais celui-ci n'est pas extensible.

Passer au format international EMTN, standard mondial utilisé par les grands émetteurs publics européens, nous permettra d'élargir notre base d'investisseurs internationaux et d'avoir un effet positif sur les taux d'intérêt – plus le nombre d'investisseurs pour acheter votre dette est important, plus ils se font concurrence entre eux –, entraînant ainsi un gain de sécurité et de prix.

Cette évolution met concrètement en œuvre l'esprit de la LFSS pour 2025 sans modifier notre statut d'emprunteur de court terme, la maturité moyenne de notre dette étant aujourd'hui à 170 jours, bien en deçà du plafond d'un an. Elle n'a donc que des effets positifs !

Pour le papier commercial, qui est notre principale source de financement actuel, entre un mois et 12 mois, nous avons déjà un programme français et un programme international que nous utilisons depuis plus de dix ans. Nous voulons faire la même chose pour le financement jusqu'à 24 mois.

M. Damien Ientile. – Madame Puissat, il est difficile d'évaluer à l'avance les réactions des marchés. Dans le contexte actuel, le recours à une loi spéciale ajouterait de l'incertitude et un sentiment de désordre qui ne seraient pas positifs. Les marchés sont parfaitement ouverts à nos émissions quotidiennes.

Quant au retour à l'équilibre de la sécurité sociale, l'histoire montre qu'après des périodes de déficit, nous sommes toujours parvenus à redresser la barre. Nous pouvons revenir à l'équilibre, par étapes successives – la première est engagée dans ce PLFSS.

Enfin, monsieur le président, madame Silvani, si nous avons fourni nos données pour chiffrer l'impact budgétaire en recettes des mesures relatives aux allègements de cotisations patronales, qui font partie de manière structurelle de notre marché du travail, nous n'avons pas réalisé d'étude sur l'impact économique global de ces mesures à court, moyen ou long terme. Cet exercice relève plutôt des pouvoirs publics.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci pour cette présentation et pour les réponses que vous nous avez apportées.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, disponible en ligne sur le site du Sénat.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS

(rapporteur général : M. Olivier Henno)

- **Antoine Bozio**, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), professeur titulaire de chaire à PSE-École d'économie de Paris (PSE), directeur de l'Institut des politiques publiques (IPP), co-auteur du rapport *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*
- **Yannick L'Horty**, professeur d'économie à l'Université Gustave Eiffel
- **Association nationale des industries alimentaires (Ania)**

  Maxime Costilhes, directeur général

  Timothée Arar-Jeantet, directeur du pôle alimentaire

  Victoria Vilmer, directrice des affaires publiques
- **Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)**

  Pierre Ricordeau, président

  Philippe Petitbon, secrétaire général
- **Urssaf Caisse nationale**

  Damien Ientile, directeur général

  Emmanuel Laurent, directeur des finances et des statistiques

  Caroline Rossigneux-Méheust, directrice de la communication, du cabinet et de la gouvernance
- **Mouvement des entreprises de France (Medef)**

  France Henry-Labordère, responsable du pôle social

  Nathalie Buet, directrice de la protection sociale

  Antoine Quinette, directeur de mission affaires publiques
- **Les entrepreneurs**

  Claire Richier, responsable des affaires sociales

  Adrien Dufour, responsable des relations parlementaires
- **Union des entreprises de proximité (U2P)**

  Xavier Geoffroy, secrétaire général

  Thérèse Huppé-Note, conseillère technique chargée des relations avec le Parlement
- **Association des grandes entreprises françaises (Afep)**

  Bruno Clément-Ziza, directeur général adjoint

  Sandra Aguettaz, directrice des affaires sociales

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)**

Rui Portal, secrétaire national

Bérengère Faveaux, secrétaire confédérale, chargée des relations avec le Parlement et les partis politiques

- **Confédération générale du travail (CGT)**

André Rochincha, secrétaire confédéral

Denis Gravouil, secrétaire confédéral

- **Force ouvrière (FO)**

Séverine Privat, secrétaire confédérale en charge des retraites

Yanis Aubert, secrétaire confédéral en charge de l'emploi et de la formation professionnelle

- **Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)**

Christelle Toillon, secrétaire nationale en charge du secteur emploi, formation professionnelle, organisation du travail, égalité des chances

Johaquim Assedo, chargé d'études emploi, formation, travail

- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)**

Léonard Guillemot, chef de file santé, assurance maladie et financement de la protection sociale

Nassim Chibani, conseiller technique protection sociale

- **Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP)**

Cécile Charbaut, sous-directrice des parcours d'accès à l'emploi

Maxime Ghizzi, adjoint à la sous-directrice des mutations économiques et de la sécurisation de l'emploi

Philippine Regniez, cheffe de la mission insertion professionnelle

Julia Colbeaux, cheffe de la mission anticipation et accompagnement des PSE

Mehdi Ben Hnin, chargé de mission budgétaire

Louis Clerc, chargé de mission

- **Départements de France**

Frédéric Bierry, président de la Collectivité européenne d'Alsace et président de la commission solidarité, santé, travail de DF

Élodie Dubrulle, conseillère parlementaire

Lucie Stonestreet, chargée de mission au pôle social

- **Chantier école**

Laurent Duriez, vice-président

Alexandre Wolff, directeur

Mathilde Wattecamps, chargée de communication du Réseau chantier école national

MALADIE ET ONDAM

(rapporteur : M. Jean-François Rapin)

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Hugo Gilardi, directeur général

Julie Pougheon, adjointe au sous-directeur et cheffe de service

Céline Faye, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé

- **Direction générale de la santé (DGS)**

Cécile Lambert, directrice générale adjointe

Patrick Ambroise, sous-directeur adjoint « santé des populations et prévention des maladies chroniques »

Laurence Caté, sous-directrice adjointe « politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins »

Charles-Emmanuel Barthélemy, sous-directeur adjoint, « politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins »

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)**

Charles Guepratte, directeur général

Arnaud Joan-Grange, directeur de l'offre de soin et de la coordination des parcours de santé

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

Marc Bourquin, conseiller stratégie et responsable de l'articulation et de la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire

Alexandra Liparo, responsable adjointe du pole offres

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

Thierry Bechu, délégué général de la FHP-MCO

Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale

- **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)**

  Mathurin Laurin, délégué général

  Johanna Razafitsiatosika, directrice économique

- **Unicancer**

  Sophie Beaupère, déléguée générale

  Sophélia Picaud, directrice de cabinet

- **Conférence des présidents de CME de CH (PCME CH)**

  David Piney, président

- **Conférence des présidents de CME de CHU (PCME CHU)**

  Pr Samuel Limat, président de la CME du CHU de Besançon

  Arthur Moinet, secrétaire général

- **Conférence nationale des directeurs généraux de CHU (CNDCHU)**

  Olivier Bossard, président de la commission des finances de la CNDG et directeur général du CHU de Saint-Étienne

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

  Delphine Champetier, cheffe de service, adjointe au directeur de la sécurité sociale

  Anne Figueroa, directrice de cabinet

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI)**

  Alain Desbouchages, président

  Zahira Gana, juriste

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (Cnop)**

  Carine Wolf-Thal, présidente

  Marie-Élise Augueres, chargée de mission affaires publiques

- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes (Cnosf)**

  Isabelle Derrendinger, présidente

  David Meyer, chef de cabinet

- **France Assos santé**

  Féreuze Aziza, conseillère nationale mission assurance maladie

  Yann Mazens, conseiller produits et technologies de la santé

- **Société française de pédiatrie (SFP)**

  Pr Agnès Linglart, présidente

  Dr Nathalie Vabres, pédiatre coordinatrice de l'UAPED (CHU de Nantes) et de l'équipe pédiatrique hémi-régionale référente EPHRRED Pays de la Loire et membre du conseil national de la protection de l'enfance en représentation de la société française de pédiatrie

- **Société française de pédiatrie médico-légale (SFPML)**

  Marion Bailhache, présidente

  Pre Martine Balençon, présidente sortante et fondatrice de la SFPML, praticien hospitalier coordinateur de l'UAPED/EPRRED, pédiatre et médecin légiste (CHU Caen Normandie), professeure associée de pédiatrie et expert près de la Cour d'Appel de Caen

- **Centre Asterya de Paris**

  Pr Céline Greco, cheffe du service de médecine de la douleur et palliative, responsable UF UAPED et Asterya Paris, Hôpital Necker-enfants malades, présidente association IM'PACTES

  Dr Nathalie Régnier, responsable médical du centre Asterya Paris

  Sacha Amsellem, psychologue clinicien au sein du centre Asterya Paris

- **Haute Autorité de santé (HAS)**

  Pr Lionel Collet, président

- **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**

  Pr Catherine Paugam-Burtz, directrice générale

  Carole Le Saulnier, directrice réglementation et déontologie

- **Avenir Spé – Le Bloc**

  Dr Vincent Pradeau, président

- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**

  Dr Luc Duquesnel, président Les Généralistes CSMF

  Dr Bruno Perrouty, président Les Spécialistes CSMF

- **Fédération des médecins de France (FMF)**

  Dr Patricia Lefébure, présidente

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**

  Sébastien Adnot, secrétaire général adjoint

- **Union française pour une médecine libre – Syndicat (UFML-S)**

  Dr Valérie Briole, vice-présidente

- **Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)**

  Dominique Giorgi, directeur général

Contributions écrites

- **Association nationale des directeurs de l'action sociale et de la santé (Andass)**
- **AVECSanté**
- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**
- **CFDT Santé sociaux**

- **CGT Santé action sociale**
- **Convention nationale des associations de protection de l'enfance (Cnape)**
- **Doctolib**
- **Fédération nationale des centres de santé (FNCS)**
- **Les entreprises de télémédecine (LET)**
- **Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf)**
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)**

ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

(rapporteur : M. Laurent Burgoa)

- **Confédération générale du travail (CGT)**

  Olivier Perrot, conseiller confédéral

  Denis Gravouil, membre de la commission exécutive confédérale

- **Force ouvrière (FO)**

  Éric Gautron, secrétaire confédéral en charge de la protection sociale collective

- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)**

  Frédéric Fischbach, chef de file santé au travail et président de la fédération CFTC santé sociaux

  Marie Idmont, conseillère technique santé et sécurité au travail / environnement

- **Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)**

  Anne-Michèle Chartier, déléguée nationale ATMP, santé & RPS

  Lucie Oneto, chargée d'étude

- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath)**

  Sophie Crabette, secrétaire générale

  Karim Felissi, avocat conseil

  Raphaël Lenoir, chargé de plaidoyer

- **Association nationale d'aide aux victimes de l'amiante et autres maladies professionnelles (Andeva)**

  François Desriaux, porte-parole

  Carine Toutain, juriste

- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**

Christine Dechesne-Ceard, directrice de la réglementation

Dr Laurence Ladriere Lizet, directrice du contrôle médical, de la gestion du risque et de l'organisation des soins

Dr Dominique Semeraro, médecin directrice nationale de la santé sécurité au travail

Christophe Simon, responsable des relations parlementaires

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Maroussia Perehinec, sous-directrice de l'accès aux soins des prestations familiales et des AT-MP

Xavier Beaudoux, chef du bureau accidents du travail et maladies professionnelles

- **Mouvement des entreprises de France (Medef)**

Nicolas Bondonneau, directeur de la protection sociale et de la santé sécurité au travail de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)

Jean-Baptiste Moustié, directeur de mission au sein de la direction de la protection sociale du Medef

Antoine Quinette, directeur de mission au pôle affaires publiques du Medef

- **Les entrepreneurs**

Éric Chevée, vice-président en charge des affaires sociales

Pierre Thillaud, mandataire

Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail

Adrien Dufour, responsable des relations parlementaires

Contributions écrites

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)**
- **Union des entreprises de proximité (U2P)**

VIEILLESSE

(rapporteure : Mme Marie-Do Aeschlimann)

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Morgan Delaye, adjoint du directeur, chef de service

Charles Boriaud, sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

Fanny Chauviré, adjointe au sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**

  Paul Bazin, directeur général

  Valérie Albouy, directrice statistiques, prospective et recherche

  Patricia Bocciarelli, présidente du conseil d'administration

FAMILLE

(rapporteure : Mme Jocelyne Guidez)

- **Union nationale des associations familiales (Unaf)**

  Bernard Tranchand, président

  Faustine Bira, chargée de mission branche famille

- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**

  Christine Dechesne-Céard, directrice de la réglementation

  Christophe Simon, responsable des relations parlementaires

- **Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)**

  Hélène Périvier, présidente du Conseil de la famille

  Laurence Rioux, secrétaire générale

  Solène Mézière, apprentie chargée d'études

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

  Morgan Delaye, adjoint du directeur-chef de service

  Mathieu Leclerc, adjoint à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

  Clotilde Vitou, cheffe de bureau, prestations familiales et aides au logement

  Eléonore Laffay, adjointe à la cheffe de bureau, prestations familiales et aides au logement

- **Direction générale des étrangers en France (DGEF)**

  Pierre Gatta, adjoint à la cheffe du bureau de l'immigration professionnelle et étudiante

  Danielle Balu, adjointe au sous-directeur du séjour et du travail

- **Conseil national des associations familiales laïques (Cnafal)**

  Patrick Belghit, président

- **Fédération nationale des familles de France (FNFF)**

  Chantal Thomas, présidente

  Gabrielle Parisot, déléguée générale

- **Confédération syndicale des familles (CSF)**

  Romain Biessy, secrétaire général

- **Union des familles laïques (Ufal)**

  Nicolas Gavrilenko, président

  Jean-Louis Haurie, délégué aux questions familiales

- **Confédération nationale des associations familiales catholiques (CNAFC)**

  Pascale Morinière, présidente

  Marie-Laure Giroult des Brosses, chargée de la politique familiale

AUTONOMIE

(rapporteur : M. Jean Sol)

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

  Marc Bourquin, conseiller stratégie et responsable de l'articulation et de la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)**

  Antoine Fraysse, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

- **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa)**

  Laurène Ferran, directrice affaires publiques et partenariats

  Hervé de Trogoff, directeur affaires publiques, performance médico-économique et réglementation de Clariane

- **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)**

  Vincent Vincentelli, directeur du pôle politiques publiques

- **Fédération des services à la personne et de proximité (Fédésap)**

  Frank Nataf, président

  Anne Richard, directrice relations institutionnelles & métiers

- **Collectif Handicaps**

  Eva Victoria Fontana, chargée de plaidoyer

  Axelle Rousseau, coordinatrice

- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)**

  Jérémie Boroy, président

  Julia Tabath, vice-présidente

  Sophie Crabette, pilote de la commission santé

- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**

Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale

Michel Anrijs, sous-directeur du service des affaires financières et modernisation

- **Nexem**

Marie Aboussa, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale

Charles Renard, responsable des affaires publiques

- **Départements de France (DF)**

Olivier Richefou, président du département de la Mayenne, vice-président de DF

Elodie Dubrulle, conseillère parlementaire

Lucie Stonestreet, chargée de mission

ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX – MALADIE ET ONDAM
(rapporteurs respectifs : M. Olivier Henno et M. Jean-François Rapin)

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Pierre Pribile, directeur

Anne Fichen, sous-directrice des études et des prévisions financières

- **Les entreprises du médicament (Leem)**

Stéphane Lassignardie, vice-président du Leem et VP & *General Manager* Abbvie France

Pascal Le Guyader, directeur général par interim

- **Initiative pharma**

Charles Wolf, président

Amandine Giraud, directrice générale

- **MedFrance**

Antoine Szarzewski, directeur général

Laure Lechertier, membre du bureau exécutif de MedFrance et directrice de l'accès au marché, des affaires publiques, de la communication et de la RSE d'UPSA

- **Alliance des médicaments abordables (Alma)**

Cédric Hofmann, vice-président (laboratoire TEVA)

Sébastien Trinquard, directeur général

- **Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem)**

Christophe Philibert, directeur des affaires publiques chez B. Braun

François-Régis Moulines, directeur des affaires institutionnelles

- **Association pour le développement et l'innovation des dispositifs médicaux (Apidim)**

  Emmanuelle Kuhnmunch, présidente

  Anne Josseran, trésorière

- **Comité économique des produits de santé (CEPS)**

  Virginie Beaumeunier, présidente

- **Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam)**

  François Krabansky, secrétaire général

  Arthur Réau, juriste

- **France Assureurs**

  Florence Lustman, présidente

  Marie-Anne Ballotaud, directrice de cabinet

- **Fédération des institutions paritaires de protection sociale (Fips)**

  Quentin Bériot, délégué général

  Morgane Langlois-Gautier, directrice de projet

- **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**

  Éric Chenut, président

  Florence Fons-Atger, conseillère technique spécialisée à la direction du développement des assurances mutualistes

- **Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)**

  Fabrice Camaioni, président

  François-Xavier Hemery, membre du bureau

- **Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)**

  Pierre-Olivier Variot, président

  Marie José Augé-Caumon, conseillère

- **Chambre syndicale des groupements et enseignes de pharmacies (Federgy)**

  Alain Grollaud, président

  Sophie Tallaron, vice-présidente

- **Union des groupements de pharmaciens d'officine (UDGPO)**

  Laurent Filoche, président

  François Tesson, secrétaire général

Contribution écrite

- **MedTech in France**

ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX – ASSURANCE VIEILLESSE

(rapporteurs respectifs : M. Olivier Henno et Mme Marie-Do Aeschlimann)

- **Conseil d'orientation des retraites (COR)**

Gilbert Cette, professeur d'économie à l'université d'Aix-Marseille, président du COR

Julien Dos Santos, chargé de mission au secrétariat général du COR

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

https://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2027.html