

Avis du Conseil de l'âge sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027

Adopté par les membres à l'issue de la séance du 12 octobre 2026

Le Conseil de l'âge du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge a examiné à la fois les dispositions contenues dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 concernant les personnes retraitées et les personnes âgées et la trajectoire qu'il projette de la branche autonomie de la Sécurité sociale.

Tout en reconnaissant le contexte économique, budgétaire et sociale difficile dans lequel ce projet s'inscrit et la nécessité de redresser les comptes sociaux, les membres du Conseil ont émis **un avis défavorable** sur le PLFSS 2027, assorti des positions explicitées ci-après.

Le PLFSS pour 2027 a été présenté en Conseil des ministres du 1^{er} octobre 2026, le même jour, que le projet de loi de finances (PLF) pour 2027. Le Conseil de l'âge, comme l'article L142-1 du Code de la sécurité sociale le prévoit, l'a examiné pour rendre un avis.

Dans des délais toujours contraints, le secrétariat général du HCFEA s'est appuyé sur les documents annexés au PLFSS 2027 transmis par le Gouvernement au Parlement – principalement les annexes 5 sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et 9 portant études d'impacts de certains articles. Il a échangé avec les directions d'administration centrale, au premier chef la direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Celles-ci sont intervenues lors de la séance du 12 octobre pour présenter le PLFSS 2027 et apporter des réponses aux questions des membres.

En termes de cadrage global, le Gouvernement inscrit les projets de lois financières pour 2027 dans une trajectoire de redressement des finances publiques visant à ramener le déficit public à 5,0 % du PIB en 2027 (après 5,4 % en 2026 et 5,1 % en 2025), reposant sur un effort structurel primaire de 1,2 point de PIB.

S'agissant du contexte macro-économique, le Gouvernement a retenu pour 2027 une prévision de croissance économique (PIB en volume) de 1,0 % (après 0,5 % en 2026), une inflation (hors tabac) ramenée à 1,7 % (après 2,1 % en 2026) et une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,4 %.



En matière de redressement des comptes sociaux, l'objectif est de ramener le déficit des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale (ROBSS) et du Fonds de solidarité vieillesse à – 12,7 Md€ en 2027, contre – 21,8 Md€ révisés pour 2026 et – 21,6 Md€ en 2025.

Les mesures nouvelles contenues dans le PLFSS 2027 contribueraient à améliorer le solde des régimes de base de 9,1 Md€ par rapport à l'exercice 2026.

Le PLFSS pour 2027 vise un freinage de la progression des dépenses des régimes de base, limitée à + 2,0 % en valeur en 2027, avec notamment une progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) contenue à + 2,0 %, tandis que la progression des recettes atteindrait + 3,4 %.

L'objectif de dépenses de la branche Autonomie, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est proposé à 44,4 Md€ pour 2027 (Article 48), en hausse de + 2,5 % par rapport à 2026. Le solde de la branche Autonomie s'améliorerait légèrement pour s'établir à – 0,2 Md€ en 2027 (après – 0,3 Md€ révisé en 2026), les dépenses de l'Objectif global de dépenses (OGD) progressant de + 2,8 % et de + 3,3 % pour le seul sous-objectif personnes âgées, pour atteindre 18,8 Md€.

Le PLFSS 2027 contient cinq articles de lettre ou de chiffres concernant spécifiquement la politique de l'âge et la branche autonomie, à savoir :

- l'article 13 (Financement des départements) : réaffecte directement aux départements une part dynamique de 300 M€ de CSG sur les revenus du capital, neutralisée par un ajustement des concours de la CNSA, stabilisés à 6,0 Md€, tenant compte notamment du recentrage de l'APA générant 250 M€ d'économies pour les départements ;
- l'article 38 (Ehpad/Fusion des sections) prolongeant jusqu'au 31 décembre 2027 l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » ;
- l'article 39 (Intéressement à l'efficacité des Ehpad et des services autonomie à domicile) visant à instaurer un mécanisme d'intéressement financiers de ces structures à leur contribution à des économies globales sur la qualité des parcours de soins ;
- les articles 43 et 48 précités.

D'autres articles ont été étudiés car touchant plus ou moins directement les retraités et personnes âgées :

- l'article 9 (Régulation macroéconomique des dispositifs médicaux) : renforce les mécanismes de régulation des dépenses liées aux dispositifs médicaux ;
- l'article 27 (Vaccination) : élargit la prise en charge de certains vaccins et renforce les capacités de stockage et de conservation des vaccins dans les Ehpad et les centres de santé ;
- l'article 34 (Forfaitiser et harmoniser la majoration de pension [MPE] pour enfants) : la mesure transforme, pour les pensions à liquider à compter du 1^{er} juillet 2027, la MPE proportionnelle aux revenus en un montant forfaitaire identique pour les hommes et les femmes ;
- l'article 35 (Revalorisation différenciée des pensions) : limite à + 0,2 % la revalorisation moyenne des pensions de retraite de base au 1^{er} janvier 2027, avec un gel ou une sous-indexation des pensions supérieures à 1 260 € brut par mois et la préservation de l'ASPA.

Un contexte de décélération de la progression des dépenses de la branche autonomie

Concernant les dépenses de l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA, finançant les frais de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), elles progressent de + 2,6 % à champ constant (+ 2,8 % à périmètre courant) pour s'imputer sur l'Ondam 2027, dont 18,8 Md€ dans le champ des personnes âgées (+ 3,3 %) et 16,3 Md€ dans le champ du handicap (+ 1,9 %). La construction de cet objectif pour 2027 intègre des mesures d'économie et d'efficience, notamment le projet de durcissement, par la voie réglementaire, du barème de participation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin d'en diminuer de 250 M€ ses dépenses en 2027, ainsi que le mécanisme d'intéressement financier des Ehpad et des services autonomie à domicile précité. Les dépenses de la CNSA situées hors du champ de l'OGD s'élèveraient quant à elles à 9,3 Md€ (+ 1,6 %), tandis que les concours versés aux départements seraient stabilisés à 6,0 Md€, du fait de l'affectation directe aux conseils départementaux d'une fraction de 300 M€ de CSG sur les revenus du capital.

S'agissant des accompagnements des personnes âgées, le gouvernement indique que le projet de loi de financement permet de poursuivre pour 2027 la stratégie de déploiement de l'offre et de soutien aux établissements. Il assure notamment la prolongation jusqu'au 31 décembre 2027 de l'expérimentation de la réforme du financement des Ehpad (fusion des sections « soins » et « dépendance » sous la forme d'un Forfait Global Unique – FGU) pour les 23 départements pilotes (voir *infra*). Il prévoit la poursuite du plan de renforcement du taux de professionnels par résident en Ehpad, avec une nouvelle tranche permettant le financement de 3 700 emplois supplémentaires, pour un coût supplémentaire à hauteur de 200 M€, de déploiement des Centres de ressources territoriaux (CRT) avec une cible à terme de 500 Ehpad recevant cette mission, ainsi qu'une tranche supplémentaire du plan pluriannuel de création de 25 000 places de Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Les dépenses de la CNSA hors du champ de l'OGD s'élèveraient quant à elles à 9,3 Md€ en 2027, en progression de + 1,6 % par rapport à 2026. Le gouvernement souhaite « *assurer la soutenabilité des dépenses croissantes réalisées par les départements pour accompagner à domicile les personnes en perte d'autonomie en prenant des mesures d'efficience et en renforçant le soutien financier de la Sécurité sociale* ».

Les concours versés par la branche aux départements (finançant notamment l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA et la Prestation compensatrice du handicap – PCH) atteindraient ainsi 6,0 Md€ en 2027, affichant une stabilité par rapport à 2026. Cette évolution traduirait d'une part l'affectation directe aux départements, à compter de 2027 (*via* l'Article 13), d'une fraction de 300 M€ (0,3 Md€) de CSG sur les revenus du capital pour le financement de leurs dépenses d'autonomie, venant diminuer d'autant les recettes et le montant brut des concours versés par la CNSA. Elle intègre d'autre part l'effet de la révision précitée du barème de l'APA, avec un partage de l'économie de 250 M€ à parité entre départements et CNSA.

Cette dernière réforme, qui cherche à assurer une meilleure soutenabilité d'une dépense d'APA pourtant peu dynamique, augmentera le taux d'effort et le reste à charge, pour 80 % des bénéficiaires, de 125 M€ après intervention du crédit d'impôt pour l'emploi à domicile. Le Conseil de l'âge a exprimé par le passé des réserves quant à l'utilisation de ce type de leviers paramétrique. Il a ainsi émis un avis défavorable sur cette mesure¹.

¹ Avis du Conseil de l'âge sur le projet de décret portant modification des paramètres de calcul du montant de participation financière des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, adopté le 12 octobre 2026.



Une progression contenue des recettes de la branche Autonomie en 2027

Comme l'ensemble des branches de la Sécurité sociale dont les recettes fiscales affectées (principalement la CSG et la CSA) sont directement sensibles à la conjoncture et à l'évolution de la masse salariale du secteur privé (prévue à + 2,4 % en 2027 après + 1,5 % en 2026), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) enregistre une progression modérée de ses ressources spontanées.

Les recettes totales de la branche Autonomie s'établiraient à 44,2 Md€ en 2027 (contre 43,0 Md€ révisés pour 2026, soit une progression de + 1,2 Md€ ou + 2,8 %). Cette trajectoire intègre l'impact de l'Article 13 du PLFSS 2027 précité, et donc le transfert en recette directe des départements d'une recette dynamique de 300 M€ de la CSG assise sur les revenus du capital (jusqu'alors perçue par la CNSA) pour le financement de leurs dépenses de PCH et d'APA.

S'agissant des prélèvements sur les revenus de remplacement, la revalorisation différenciée des pensions de retraite prévue pour 2027 (limitant la revalorisation moyenne à + 0,2 % au 1^{er} janvier 2027, hors ASPA) modère la dynamique de la CSG sur les retraites perçue par la branche. En revanche, la préservation des barèmes d'assujettissement à la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et aux différents taux de CSG permet de stabiliser les rendements de ces contributions acquittées par les retraités.

Enfin, la branche Autonomie ne tire pas de bénéfice direct des mesures de recettes nouvelles portées par le PLFSS 2027 au titre de la rationalisation des allègements généraux ou du cadrage des dispositifs de partage de la valeur en entreprise (dont les 3,7 Md€ de rendement net sont affectés aux autres branches du régime général). À cet égard, le Conseil de l'âge regrette que la trajectoire des recettes de la CNSA ne lui permette pas d'envisager de résorber le déficit structurel prévisionnel de la branche, qui irait croissant sur la période 2027-2030, les fractions nouvelles de CSG affectée en 2024 puis en 2026, qu'il convient de sauver, ne suffisant pas à accompagner la dynamique des besoins de soutien à l'autonomie et de la perte non souhaitée d'assiette résultant de la réforme des prélèvements sociaux acquittés par les travailleurs indépendants², qui continue à produire des effets en 2027.

Un solde et une trajectoire pluriannuelle de la branche Autonomie durablement dégradés

Comme le craignait le Conseil de l'âge dans ses avis sur les précédents PLFSS pour 2025 et 2026, la CNSA, revenue à une situation déficitaire dès 2025, connaîtrait selon le rapport annexé au PLFSS pour 2027 une insuffisance de financement caractérisée et continue sur l'ensemble de la période 2026-2030.

Pour l'exercice 2027, la branche Autonomie afficherait un solde légèrement déficitaire de - 0,2 Md€ (avec 44,2 Md€ de recettes pour 44,4 Md€ de dépenses). Loin d'amorcer un rétablissement, la trajectoire financière projetée à moyen terme confirme une dégradation continue du solde de la branche :

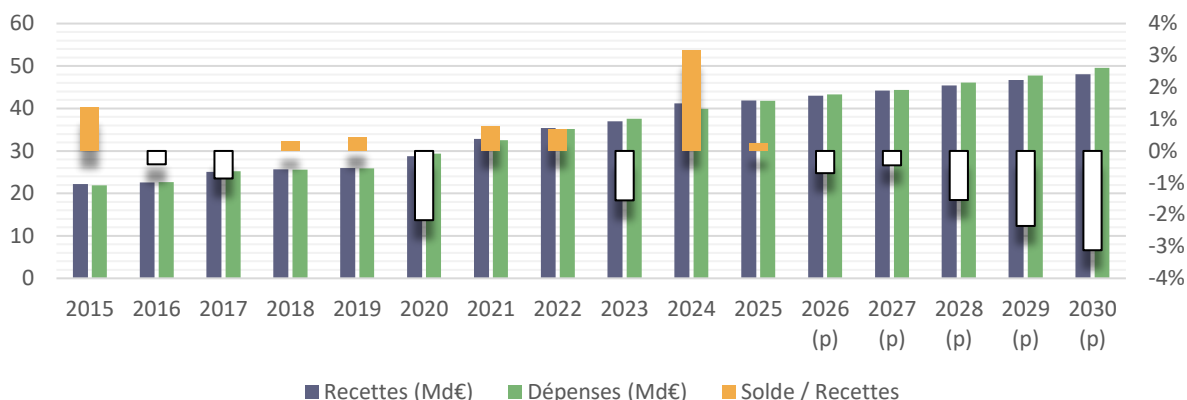
- - 0,7 Md€ en 2028,
- - 1,1 Md€ en 2029,
- - 1,6 Md€ à l'horizon 2030 (soit plus de 3,3 % de ses recettes à cet horizon).

Cette trajectoire reflète le dynamisme structurel des charges liées à l'Objectif global de dépenses (OGD), tiré par la transition démographique et la hausse des besoins d'accompagnement médico-social, avec une progression annuelle des dépenses estimée à + 3,7 % par an dès 2028, alors que les recettes fiscales affectées (principalement la CSG) progressent à un rythme plus modéré. Par ailleurs, l'affectation directe aux départements d'une

² Voir les avis sur les PLFSS pour 2025 et pour 2026.

fraction de 300 M€ de CSG assise sur les revenus du capital (Article 13), neutralisée par une baisse équivalente des concours de la CNSA, constitue un simple réaménagement des flux sans apport de ressources nettes ni pour la branche, ni pour les départements, ce qui laisse dans l'insatisfaction ces deux acteurs.

Graphique 1 | Évolution des recettes, dépenses (en Md€ – échelle de gauche) et du solde en part des recettes (en % – échelle de droite) de la CNSA



Source : données REPSS 2025, PLFSS 2026 et 2027.

Sur cette trajectoire, le Conseil de l'âge rappelle les conclusions de ses avis sur les PLFSS 2025 et 2026 : l'installation de ce déficit prolongé entretient un « effet d'horizon » pour la CNSA, la privant de toute capacité de programmation pluriannuelle pour accompagner la montée en charge du virage domiciliaire et du renforcement des effectifs en Ehpad. L'impasse financière demeure entière et confirme la nécessité d'un « rebasage » des recettes de la branche Autonomie, avec un apport plus puissant et pérenne.

Des mesures hors branche autonomie qui vont impacter les retraités

Dans un contexte de fort déséquilibre des comptes sociaux, il est légitime que le plus grand nombre contribue, dans la mesure de sa situation et de ses moyens, à l'effort de redressement.

Le Conseil de l'âge ne s'oppose pas, par nature, à l'existence de certaines mesures ciblées sur les personnes âgées. Cependant, comme il l'a rappelé dans ses travaux sur la contribution économique et sociale des seniors, les personnes âgées ne forment pas une catégorie uniforme et connaissent des conditions de vie, des niveaux de ressources et des charges contraintes (notamment de santé et d'autonomie) extrêmement disparates.

En termes de volume financier, la principale mesure impactant les retraités et la branche Vieillesse dans le PLFSS 2027 réside dans la revalorisation différenciée des pensions de retraite de base au 1^{er} janvier 2027 (Article 35), qui limitera la revalorisation moyenne globale à + 0,2 %.

On peut toutefois positivement noter que ce « freinage » s'appliquerait de manière ciblée : les pensions supérieures à 1 260 € brut par mois font l'objet d'un gel ou d'une sous-indexation marquée, tandis que les retraités aux revenus les plus modestes conservent une revalorisation alignée sur l'inflation prévisionnelle (1,7 %). Le Conseil de l'âge se satisfait également que, à la différence du projet d'« année blanche » examiné lors du PLFSS pour 2026, le PLFSS 2027 introduit deux exceptions majeures au gel, concernant l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA / minimum vieillesse) et la majoration pour tierce personne (MTP), elle aussi exclue du mécanisme de sous-indexation par l'article 35.



L'avis du Conseil de l'âge | En synthèse

Le Conseil de l'âge exprime sa déception quant à l'orientation générale et à une majorité de mesures proposées dans le cadre ou le texte du PLFSS 2027. L'ensemble de ses membres émet un avis globalement défavorable, les administrations ne prenant pas part à sa délibération.

Dans un contexte économique et financier qu'il sait difficile, le Conseil ne voit pas de problème de principe à la recherche d'économies ou à la participation des retraités les plus aisés à l'effort collectif de redressement des comptes sociaux, dès lors que tous ceux qui le doivent y contribuent également, et en particulier les hauts revenus, afin que l'effort soit équitablement partagé. Avec ceux des autres Hauts conseils, dans le rapport conjoint au Premier ministre, ses membres ont partagé le constat que la situation de la Sécurité sociale était très préoccupante, tant au regard de son déficit que de la dette sociale, appelant une action résolue et des efforts partagés pour redresser ses comptes.

Dans le chapitre Les leviers d'une meilleure efficacité de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie, qui portait sa contribution à ce rapport conjoint, le Conseil de l'âge avait formulé des propositions visant à réduire à moyen terme les dépenses évitables, tant de santé que d'aide à l'autonomie, par un effort accru de prévention et une adaptation des accompagnements. Il salue des mesures nouvelles qui vont dans cette direction - comme celles de l'article 39 d'intéressement à l'efficacité des Ehpad et des services autonomie à domicile ou de l'article 27 d'élargissement de la prise en charge des vaccinations. Toutefois, le chemin qu'il trace pour la politique et la branche autonomie, projeté à l'horizon 2030, manque d'ambition et de leviers jouant sur la qualité et l'efficacité.

Sur un plan comptable, le PLFSS 2027 permettrait de diminuer de plus d'un tiers le déficit tendanciel prévu pour 2026, le faisant repasser sous les 20 Md€. Cette amélioration repose toutefois largement sur des mesures d'économies paramétriques, plutôt que sur des actions permettant d'améliorer structurellement l'efficacité des dépenses à court et moyen terme. C'est regrettable dans le champ de l'autonomie, où les besoins vont progresser fortement.

Le dossier de presse du PLFSS 2027 rappelle à juste titre la pression démographique exercée sur la branche Autonomie, qui devrait se traduire par plus de 200 000 personnes âgées supplémentaires en situation de perte d'autonomie nécessitant un accompagnement renforcé entre 2020 et 2030. Or, la progression effective du nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile demeure en deçà des trajectoires démographiques théoriques. Pour le Conseil de l'âge, ce décalage ne saurait être interprété comme le signe d'un ralentissement des besoins. Il révèle plutôt les difficultés de notre système à apporter une réponse effective aux situations de perte d'autonomie, dans un contexte marqué par les difficultés d'attractivité des métiers du domicile, la saturation des services d'aide et d'accompagnement et la progression du reste à charge pour les ménages.

Dans ce contexte, la construction malthusienne de l'OGD et le durcissement du barème de l'APA (laquelle dégagerait 250 M€ d'économies), conçues pour atténuer les dépenses des financeurs que sont la CNSA (via les ARS) et les départements, se retourneront contre l'objectif affiché et les efforts des acteurs des territoires pour renforcer à la fois des accompagnements à domicile et conforter les Ehpad. Or, ces deux piliers de l'offre sont déjà très fragilisés tant vu des personnes que des organismes gestionnaires. La plus forte participation des bénéficiaires de l'APA, présentée comme « mesurée », va accroître le non-recours ou les renoncements à l'aide, en particulier pour les personnes dont les limitations sont encore modérées et/ou celles des classes moyennes. Cette mesure s'ajoute aux autres efforts demandés aux retraités, y compris fiscaux, avec le risque d'une pesée cumulative très forte sur les retraités modestes, qui des dépenses préengagées importantes (loyers, énergie, mais aussi les contrats d'assurance

complémentaire santé dont les coûts devraient augmenter du fait des mesures proposées par le PLFSS 2027) et qu'ils ne disposent pas d'une épargne à mobiliser. D'où un risque de moindre solvabilisation et de renoncement à des biens essentiels. La contrepartie aux efforts doit être *a minima* un très bon niveau d'aide par la solidarité nationale des besoins d'aide à l'autonomie pour elles, leurs proches et le renforcement des moyens de la politique de l'autonomie.

Ces économies n'empêchent d'ailleurs pas que soit prévue une trajectoire pluriannuelle de la CNSA où s'accroissent les déficits, comme le Conseil de l'âge l'avait malheureusement anticipé lors de son avis après examen du PLFSS 2026.

Le Conseil considère que la soutenabilité financière du système ne peut être recherchée indépendamment de son niveau de protection et sans une action structurante de prévention et d'adaptation, conduite sans à-coups pour engendrer des économies structurelles, mais aussi de la confiance et de la visibilité. La perte de vigueur du soutien à l'autonomie dans un tendanciel démographique haussier porte le risque de devoir constater, demain, une aggravation des situations de perte d'autonomie, un accroissement de la charge pesant sur les aidants ou à des reports de dépenses vers d'autres composantes de la protection sociale. C'est sur cet aspect que le PLFSS 2027 lui paraît être en deçà des besoins et des attentes légitimes.

Le Conseil appelle donc à une rénovation profonde de l'APA afin d'en assurer l'effectivité. En premier lieu pour les personnes en application des droits et garanties inscrites dans la loi en 2020³, mais aussi pour qu'elle garde son rôle d'outil central de soutien à l'autonomie et de prévention de sa dégradation. Le projet de décret de réforme du barème de l'APA, sur lequel il a rendu un avis défavorable, doit être retiré au bénéfice d'une démarche approfondie et concertée visant à adapter l'APA au nouveau contexte démographique et épidémiologique. Elle privilégierait le développement des actions de suivi des fragilités et de prévention de la perte d'autonomie, avec une cible d'économie liée à meilleure organisation du secteur et une baisse des dépenses de réparation, et non uniquement sur la participation des personnes.

Dans ses rapports sur les Ehpad et le redressement des comptes sociaux, le Conseil a également fait des propositions d'économies de rationalisation des soins. En particulier, l'intégration des interventions des masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels paramédicaux dans un tarif partiel élargi en Ehpad dégagerait au moins 80 M€ d'économies structurelles par transfert vers l'Ondam personnes âgées, atteignables dès 2027 (voir *infra*).

Il plaide par ailleurs pour que, comme ses membres en ont délibéré dans le rapport à 360° sur les Ehpad, la réforme de la fusion des sections ne soit pas seulement prorogée et réservée à un nombre aussi limité de départements, mais ouverte à l'ensemble des départements à compter du 1^{er} janvier 2028. Au-delà de l'évaluation largement positive qu'en font, à l'instar du Conseil de l'âge, le Gouvernement et les départements, cette fusion est une opportunité pour refonder et simplifier les modalités de tarification des Ehpad, et leur permettre de contribuer pleinement à l'accompagnement et à la qualité de vie des personnes âgées les plus vulnérables.

Ainsi, à défaut de pouvoir, dans la période actuelle, porter de plus grandes ambitions – que par ailleurs seule une loi de programmation pluriannuelle pourrait pleinement déployer dans la durée et un périmètre dépassant la seule Sécurité sociale – le PLFSS pour 2027 pourrait faire œuvre utile en engageant ces deux réformes nécessaires.

³ Article L111-2-1 III. - La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la sécurité sociale.

La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé.



Mesures du PLFSS pour 2027 concernant les personnes âgées et positions du Conseil de l'âge

Article 9 | Régulation macroéconomique des dispositifs médicaux

Cet article crée une contribution sectorielle pérenne à la charge des entreprises exploitant des dispositifs médicaux, produits de santé et prestations associées inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), pris en charge en sus des prestations hospitalières, en accès précoce ou au titre de la télésurveillance médicale.

Afin d'encadrer la progression des dépenses remboursées - qui ont atteint 12,1 Md€ en 2025 avec une croissance annuelle moyenne de + 4,7 % (2022-2025) -, la mesure fixe l'assiette de cette contribution à 70 % des montants remboursés par l'Assurance maladie pour l'ensemble des dispositifs médicaux à code individuel. Le taux de la contribution est fixé à 3,6 % pour l'année 2027, pour un rendement net attendu de 150 M€ par an, intégralement affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). L'exposé des motifs et l'étude d'impact (Annexe 9) justifient cette régulation par le dynamisme structurel des besoins, tiré au premier chef par le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et l'essor des technologies médicales.

► **Le Conseil de l'âge partage la volonté du Gouvernement de réguler la dépense d'assurance maladie mais regrette la présentation du vieillissement de la population comme un simple facteur de dérive budgétaire.**

Comme dans ses avis antérieurs, le Conseil de l'âge rappelle que l'accroissement des besoins de santé et d'équipement lié au grand âge constitue une évolution démographique prévisible qui doit faire l'objet d'une stratégie d'accompagnement et d'investissement, et non d'une appréciation principalement comptable visant à justifier des prélèvements correctifs.

► **Le Conseil de l'âge regrette l'absence de fléchage d'une partie du produit de cette contribution vers la branche Autonomie (CNSA).**

L'article 9 soulève un enjeu de cohérence. Bien que l'assurance maladie soit le principal financeur des produits à la LPP, ces derniers peuvent être également prescrits et financés dans le cadre des prestations de compensation que sont la PCH et l'APA. Pour cette dernière, le montant alloué par le département peut comprendre, outre les aides humaines, le financement de certaines aides techniques dès lors qu'elles sont prévues dans le plan personnalisé d'autonomie lors de l'évaluation (ou de la réévaluation) par l'équipe médico-sociale des besoins de la personne. Les dépenses d'aides techniques constituent une part importante du poste « prise en charge d'aides diverses concourant à l'autonomie », qui est stable dans le temps autour de 7 % des dépenses totales d'APA à domicile. Le Conseil de l'âge a constaté dans son rapport Domicile de 2024 un sous-recours à la prescription d'aide technique, pourtant essentielles pour l'accompagnement de l'autonomie à domicile et la prévention de sa dégradation.

Compte tenu des projections de besoins en termes d'autonomie, il aurait été pertinent de consacrer une partie du produit de cette taxe au financement du volet « aides techniques » de l'APA, par une affectation à la CNSA permettant de majorer le concours APA aux départements.

Article 13 | Réforme du financement des départements pour les dépenses APA et PCH

Cet article réorganise le financement des dépenses d'autonomie des collectivités territoriales en attribuant directement aux conseils départementaux une ressource fiscal-social propre.

À compter du 1^{er} janvier 2027, une fraction de 300 M€ du produit de la CSG sur les revenus du capital, jusqu'ici affectée à la CNSA, est directement transférée aux départements pour le financement de l'APA et de la PCH.

Cette somme est répartie au prorata du poids prévisionnel de chaque département dans les concours 2025 de la CNSA (225 M€ au titre des personnes âgées et 75 M€ pour le handicap) et sera revalorisée chaque année selon la progression du rendement global de la CSG. En contrepartie, les concours bruts versés par la CNSA aux collectivités sont diminués d'un montant équivalent (- 300 M€), ce qui maintient le montant net des concours versés par la Caisse à 6,0 Md€. L'article intègre par ailleurs au sein du concours PCH la charge découlant de la suppression de la limite d'âge pour les personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou de pathologies évolutives graves.

► **Le Conseil de l'âge constate que cette opération se traduit par un jeu à somme nulle où l'on s'éloigne du principe voulant que les prélèvements sociaux soient spécialisés dans leur finalité de financement exclusif de dépenses sociales et attribués à des organismes de sécurité (ou d'assurance) sociale à cet effet.**

Par ailleurs, ce transfert direct de 300 M€ de CSG apporte une ressource garantie et dynamique aux départements, régis par le principe de libre administration, ce qui interdit de l'assortir d'engagements ou de contrepartie leur imposant de maintenir leur effort propre de financement. Sans mécanisme de fléchage garanti, cette ressource est versée dans le budget général des collectivités sans obligation ou garantie d'une augmentation effective de leurs efforts en termes de soutien l'autonomie.

A l'inverse pour la CNSA, l'opération est neutre en balance sur le solde de la branche, du fait de la baisse équivalente des concours, l'indexation de la part transférée sur la dynamique de la CSG entraînera à terme une moindre progression dans la durée des recettes sociales de la Caisse.

► **Le Conseil alerte sur l'affaiblissement potentiel du rôle régulateur et péréquisiteur de la CNSA.**

En prenant à la Caisse nationale un volume de concours au profit d'un transfert fiscal automatique, la mesure retire à la Sécurité sociale un levier direct de pilotage national et d'arbitrage. Ce désengagement de la Caisse ampute ses capacités de péréquation entre départements, nécessaire pour prendre en compte la capacité inégale des départements à pouvoir remplir leurs missions et engagements en termes de soutien l'autonomie, mais aussi entre territoires et outils d'intervention (OGD ou concours). Elle fige des situations sur une base historique, risquant de propager dans le temps ces iniquités.

► **Pour toutes ces raisons, le Conseil de l'âge est défavorable à cette mesure, qui n'apporte rien vu des personnes âgées ou en situation de handicap en termes de soutien à leur autonomie et vient fragiliser le pilotage de la branche.**



Article 27 | Favoriser l'accès à la vaccination

Cet article réorganise et élargit le cadre de prise en charge et d'administration de la politique vaccinale pour renforcer la couverture contre les infections respiratoires saisonnières (grippe, Covid-19, pneumocoque, VRS) et les épidémies évitables (rougeole) :

- il instaure la prise en charge en sus par l'Assurance maladie (en dehors de la dotation globale de soins) de certains vaccins et traitements d'immunisation administrés aux résidents des Ehpad disposant d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI) ainsi que dans les établissements de santé ;
- il autorise les services de prévention et de santé au travail (SPST), les laboratoires de biologie médicale (LBM) et l'OFIL à détenir des stocks de vaccins pour vacciner directement usagers et professionnels sur place ;
- il rétablit la prise en charge par l'Assurance maladie des doses de vaccins distribuées dans les centres de vaccination gérés par les communes et départements ;
- il supprime l'avis préalable obligatoire de la HAS pour l'actualisation du calendrier des vaccinations lorsqu'il s'agit d'intégrer une recommandation déjà validée par la Haute Autorité.

L'impact financier net est évalué par l'étude d'impact (Annexe 9) à 28 M€ en 2027, puis 70 M€ en 2028, 82 M€ en 2029 et 95 M€ en 2030 (dont 40 M€ en année pleine pour le financement en sus des vaccins en Ehpad et à l'hôpital).

► **Le Conseil de l'âge approuve cette mesure de renforcement de cet outil essentiel de prévention qu'est la vaccination et la logique d'« aller-vers » les lieux où elle doit plus se déployer. Il note toutefois que le PLFSS pour 2027 ne donne pas de vision globale sur les autres types d'action de promotion de la santé et de prévention destinées aux personnes qui avancent en âge. En particulier, aucune visibilité sur le soutien financier au déploiement de Mon Bilan Prévention et de la généralisation de la démarche Icope n'y est apportée, ce qui prive les acteurs de son déploiement de capacité de projection⁴.**

Le Conseil est très favorable à la facilitation du stockage et à la diversification des lieux d'injection (Ehpad, médecine du travail, laboratoires). Les infections respiratoires hivernales constituent l'une des premières causes d'hospitalisations évitables et de perte brutale d'autonomie chez les personnes âgées : lever les freins d'accès au plus près des lieux de vie est un choix pertinent de santé publique. Il se félicite que le PLFSS 2027 privilégie la pédagogie, l'incitation et la simplification d'accès. Le Conseil rappelle que la politique vaccinale auprès des seniors doit reposer sur la confiance, le dialogue médical et l'adhésion libre.

► **Le Conseil salue le financement, en sus par la Cnam, des vaccins pour les Ehpad dotés d'une pharmacie à usage intérieur.**

L'Annexe 9 souligne, à l'image du [rapport du Conseil de l'âge sur les Ehpad](#), que si la couverture vaccinale en Ehpad est globalement satisfaisante, elle demeure inégale et se heurtait jusqu'ici à une anomalie de financement. Dans les Ehpad disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), le coût d'achat du produit vaccinal était imputé sur le forfait de soins de l'établissement, contrairement aux Ehpad sans PUI où le vaccin est pris en charge directement par l'Assurance maladie. L'article 27 met fin à cette inégalité en prévoyant la prise en charge en sus par l'Assurance maladie (hors dotation de soins) de certains vaccins et traitements d'immunisation

⁴ Le Conseil salue par ailleurs l'extension de la « taxe soda » à des produits sucrés et transformés, même si cette mesure n'épuise pas toutes les actions qui peuvent contribuer à promouvoir une alimentation saine et lutter contre l'obésité.

dans les Ehpad avec PUI, garantissant une prise en charge homogène et lisible pour l'ensemble des 108 000 personnes âgées accueillies dans ces structures.

► **Le Conseil prend acte très favorablement de la décision de distinguer l'arrêté ministériel applicable aux Ehpad de celui des établissements de santé.**

L'Annexe 9 précise que la liste des vaccins concernés sera fixée par un arrêté ministériel autonome, distinct de celui régissant les établissements de santé. Cette autonomie réglementaire permettra de cibler avec pertinence les vaccins et traitements d'immunisation (notamment contre les infections respiratoires) les plus adaptés à la vulnérabilité des résidents.

Articles 34 et 35 | Forfaitisation de la majoration de pension pour enfants et revalorisation différenciée des pensions de retraite en 2027

Ces deux articles réforment le régime des pensions de retraite de base pour participer au redressement de la branche Vieillesse et des comptes sociaux :

- l'article 34 (forfaitisation et harmonisation de la majoration de pension pour enfants – MPE) transforme, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2027, la majoration pour enfants (jusqu'ici égale à + 10 % de la pension à partir de 3 enfants) en une majoration forfaitaire en euros (fixé par décret), identique quel que soit le niveau de pension de base de l'assuré ;
- l'article 35 (dérogation exceptionnelle aux modalités de revalorisation des pensions au 1^{er} janvier 2027) déroge au principe d'indexation automatique sur l'inflation (Article L. 161-23-1 du CSS) mais garantit le maintien de la revalorisation à hauteur de l'inflation prévisionnelle (1,7 %) pour l'ensemble des retraités percevant un montant total de pensions inférieur ou égal à 1 260 € par mois. Pour les pensions supérieures à ce seuil, il autorise le pouvoir réglementaire à fixer par décret des taux de revalorisation réduits, pouvant aller jusqu'à un gel. L'Aspa et la MTP ne sont pas concernées par le gel de l'indexation.

La forfaitisation de la MPE est conçue à enveloppe financière constante à long terme, mais générerait un surcoût transitoire très limité sur les ROBSS de – 1,4 M€ en 2027, atteignant - 53,1 M€ en 2030.

Le rendement net de la sous-indexation des pensions est estimé entre 3,0 Md€ et 4,0 Md€ en 2027 pour l'ensemble des régimes (dont 3,0 Md€ pour le ROBSS dans l'hypothèse d'un gel au-dessus du seuil de 1 260 €).

► **Le Conseil prend acte de la réforme de la majoration pour enfants, conforme à l'un des scénarios paramétriques proposé dans le rapport Droits familiaux et conjugaux du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur le sujet. Si elle permet de progresser vers plus d'équité entre pensionnés selon leur pension, et entre hommes et femmes, lesquelles contribuent plus à l'éducation des enfants mais bénéficient moins des MDE du fait de pensions plus faibles, il note toutefois son entrée en vigueur très rapide sur le flux de nouveaux pensionnés et le fait qu'elle impactera certaines en fonction de leur profil de carrière.**

Le passage d'une logique proportionnelle à un montant forfaitaire, à enveloppe financière constante à long terme, avantage les petites pensions, majoritairement perçues par des femmes aux carrières hachées.

► **Le Conseil réitère sa demande d'un fléchage d'une partie du produit des efforts des retraités vers la branche Autonomie.**



Le Conseil ne s'oppose pas, par principe, à un effort des retraités pour le redressement des comptes sociaux. Il relève toutefois que le seuil mensuel retenu apparaît potentiellement trop bas et pénalise fortement les retraités des classes moyennes modestes qui font face à des dépenses contraintes élevées, notamment de santé et potentiellement d'aide à l'autonomie.

Dans tous les cas, si un effort financier doit être demandé aux personnes retraitées au nom de la solidarité intergénérationnelle, le rendement de cet effort devrait être fléchi, même partiellement, vers le financement de l'accompagnement du grand âge (recrutements en Ehpad, revalorisation du domicile, restructuration de l'offre).

► **Le Conseil de l'âge se félicite vivement que le législateur ait tiré les enseignements de ses alertes passées en excluant explicitement la MTP du périmètre de l'article 35.**

Cette exclusion explicite de la MTP garantit que le paramètre légal servant de référence à la revalorisation du tarif plancher national de l'APA à domicile et des prestations de compensation restera indexé sur l'inflation en 2028, évitant de même un gel de son barème et de ses plafonds.

Article 38 | Prolongation de l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad

Cet article modifie l'article 79 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 (amendé par la LFSS 2025) afin d'étendre d'une année supplémentaire, soit jusqu'au 31 décembre 2027, l'expérimentation de la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des unités de soins de longue durée (USLD).

Initié au 1^{er} juillet 2025 dans 23 départements volontaires (répartis sur 8 régions), ce dispositif concerne actuellement 1 570 Ehpad (~117 600 places, soit 19 % de l'offre nationale) et 115 USLD. Il consiste à substituer aux forfaits historiques distincts un Forfait Global Unique (FGU) relatif aux « soins et à l'entretien de l'autonomie », versé par l'Assurance maladie/CNSA, combiné à une participation forfaitaire journalière unique des résidents fixée au niveau national (6,16 € par jour en 2026).

L'étude d'impact (annexe 9) et le dossier de presse justifient cette prolongation par les retours très positifs des acteurs (89 % des établissements interrogés constatent une simplification administrative et 16 départements sur 18 répondants souhaitent maintenir la fusion) et par la hausse de la valeur du point GIR constatée dans 17 départements. Le Gouvernement indique que cette année supplémentaire est nécessaire pour mener la concertation avec les départements, sécuriser les circuits de reversement financier et préparer les conditions opérationnelles d'une généralisation future.

La prolongation s'effectue à périmètre financier et géographique constant pour 2027, maintenant les enveloppes de transferts déjà engagées (de l'ordre de 747 M€ en année pleine pour la part entretien de l'autonomie). Pour les départements expérimentateurs, le maintien du mécanisme de neutralisation budgétaire par rétro-compensation à la CNSA d'une part de leurs concours APA et de leur taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA).

► **Le Conseil de l'âge réaffirme que la fusion des sections pour l'ensemble des Ehpad est une réforme structurelle indispensable.**

Dans son rapport de juin 2026 consacré aux Ehpad (« Des lieux de vie et d'attentions pour aujourd'hui et demain ») comme dans ses avis antérieurs (juillet 2024 et PLFSS 2025), le Conseil

de l'âge réaffirme que la fusion des sections est une réforme structurelle indispensable. Elle met fin au cloisonnement historique entre les sections « soin » et « dépendance » (« entretien de l'autonomie »), simplifie le pilotage budgétaire et apporte une plus grande équité d'allocation de ressources entre établissements.

► **Le Conseil déplore que le Gouvernement se limite à prolonger d'un an l'expérimentation sans fixer de calendrier législatif contraignant pour le déploiement universel.**

Conformément à la préconisation de son rapport de juin 2026, le Conseil de l'âge appelait à inscrire dès le PLFSS 2027 une trajectoire de généralisation à l'ensemble du territoire national (« France entière ») à horizon 2028.

La coexistence prolongée de deux régimes tarifaires distincts entre départements expérimentateurs et non-expérimentateurs entretient une complexité de gestion dommageable pour les ARS et les gestionnaires pluri-départementaux.

► **Le Conseil rappelle sa mise en garde exprimée lors de l'examen des PLFSS 2025 et 2026.**

Dans le modèle expérimental actuel, la CNSA prend en charge l'entretien de l'autonomie des résidents originaires de départements non-expérimentateurs hébergés dans un Ehpad d'un département expérimentateur sans refacturation à leur département d'origine (~80 M€). Le Conseil recommande que la future généralisation mette fin à cette asymétrie financière qui pèse indûment sur les comptes de la branche Autonomie.

Le Conseil de l'âge souligne avec force que la fusion des sections est un outil d'optimisation de gestion qui ne crée pas, par lui-même, les capacités d'accompagnement requises face à la médicalisation accrue des résidents. Comme il le relève dans son dernier rapport, cette réforme nécessaire ne résout ni la question du reste à charge sur la section hébergement pour les familles, ni la nécessité d'atteindre la cible d'encadrement minimale de 8 professionnels pour 10 résidents (0,8 ETP par résident) d'ici 2030.

Article 39 | Intéressement à l'efficiencia des Ehpad et des services autonomie à domicile

Cet article complète le Code de l'action sociale et des familles (insertion de l'article L. 314-2-3-1 du CASF) afin d'instaurer un mécanisme d'intéressement financier des Ehpad, USLD et Services autonomie à domicile (SAD / SSIAD) dispensant des soins et des prestations d'aide. Ce dispositif autorise le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) à attribuer une dotation complémentaire aux établissements et services médico-sociaux en fonction des résultats obtenus au regard d'objectifs de qualité, de pertinence des soins et d'efficiencia des parcours (mesurés en volume ou en taux d'évolution).

L'exposé des motifs, le dossier de presse et l'étude d'impact (Annexe 9) précisent que ces objectifs visent prioritairement la réduction des hospitalisations évitables, la prévention des passages non programmés aux urgences, l'évitement des séjours hospitaliers anormalement longs et le soutien aux retours à domicile. Afin de favoriser la synergie territoriale, le texte prévoit que ces objectifs d'efficiencia peuvent être partagés entre les ESMS et les établissements de santé ou structures de coordination (CPTS, dispositifs d'appui à la coordination - DAC) opérant de façon coordonnée sur un même bassin de santé.

Le dispositif mobilise une enveloppe initiale de 140 millions d'euros de crédits réorientés, historiquement dévolus au soutien ponctuel des établissements en difficulté. Couverte par l'Objectif global de dépenses (OGD) de la branche Autonomie (CNSA), cette mesure vise à



engendrer des externalités économiques majeures au bénéfice de la branche Maladie (Cnam), en réduisant la charge des séjours hospitaliers inadéquats et des recours d'urgence évitables (évalués à plus de 4,2 Md€ par an par la Cour des comptes).

Le cadrage réglementaire national (Décret en Conseil d'État) est attendu pour le deuxième trimestre 2027 (pour une application dès la campagne budgétaire 2027), un décret fixera le socle méthodologique d'évaluation. Il définira la nomenclature des indicateurs nationaux de santé et de parcours (notamment le taux de chutes graves, la fréquence des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, les réhospitalisations précoces et la durée des séjours hospitaliers).

Le texte confère au Directeur Général de l'ARS la faculté d'adapter les cibles d'efficience aux vulnérabilités démographiques de son territoire. Ces objectifs pourront être formulés soit en volume absolu, soit en taux d'évolution pluriannuel. L'ARS disposera de la liberté d'allouer des dotations complémentaires aux structures ayant satisfait à ces exigences de résultat.

L'intéressement sera formellement formalisé au sein des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre l'ARS et les gestionnaires. Le texte autorise enfin la définition d'objectifs partagés et transversaux associant, au sein d'un même bassin de santé, les Ehpad, les services à domicile, les établissements de santé, les CPTS et les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Cette synergie permettra par exemple de financer conjointement des lignes de régulation gériatrique dédiées, des gardes infirmières de nuit mutualisées ou des équipes mobiles de prévention.

► **Le Conseil de l'âge salue la reconnaissance légale des externalités sanitaires positives générées par le secteur médico-social.**

Récompenser les équipes soignantes qui préservent la dignité des résidents en leur évitant l'épreuve traumatique des urgences procède d'une philosophie vertueuse, en écho direct aux orientations développées dans le [rapport des Hauts Conseil](#) et son [rapport Ehpad de juin 2026](#).

Le Conseil invite le pouvoir réglementaire et les agences régionales à concevoir une ingénierie d'évaluation sobre et intelligible. La mesure de la performance ne doit pas se muer en une procédure administrative supplémentaire prenant un temps précieux aux directions et professionnels. Les données de suivi des objectifs et résultats devraient donc être extraites sans surcroît déclaratif des outils existants (Tableau de bord de la performance, Dossier usager informatisé – DUI, base RésidESMS appariée au SNDS).

► **Le Conseil estime contraire à l'équité interbranches que la CNSA supporte seule le coût d'abondement des dotations d'intéressement.**

Le Conseil affirme solennellement que cet intéressement doit s'incarner dans des ressources financières nouvelles et véritables (bonus). Il récusé par avance toute tentative d'instrumentaliser ce mécanisme pour opérer une réfection autoritaire ou une ponction sur les dotations de soins de base des établissements, dont l'équilibre financier demeure profondément fragilisé par la conjoncture. Dès lors que les bénéfices comptables issus de la baisse des hospitalisations évitables viendront soulager l'Ondam hospitalier de la Cnam, le Conseil estime contraire à l'équité interbranches que la CNSA supporte seule le coût d'abondement des dotations d'intéressement. Il préconise l'instauration d'un mécanisme de transfert financier de l'Ondam établissements de santé vers l'OGD pour alimenter ce fonds.

Article 43 | Ondam et sous-objectifs de l'Ondam et Article 48 | Objectif de dépenses de la branche autonomie

L'article 43 du projet de loi fixe le montant de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2027 à 278,7 milliards d'euros, soit une progression contenue à + 2,0 % à champ constant par rapport à l'exercice 2026 rectifié.

Au sein de cet ensemble, l'OGD géré par la CNSA puis les ARS, qui finance le fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), s'établit à 35,1 milliards d'euros, enregistrant une croissance de + 2,6 %. Ce sous-objectif médico-social se détaille en deux enveloppes distinctes : d'une part, les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées (OGD Personnes âgées – PA), fixées à 18,8 milliards d'euros (en hausse de + 3,3 % par rapport aux 18,2 Md€ de 2026) ; d'autre part, les dépenses consacrées aux personnes en situation de handicap (OGD PH), portées à 16,3 milliards d'euros (+ 1,9 %).

Une progression faciale du sous-objectif « Personnes âgées » (+ 0,6 Md€) dont l'effort net est largement neutralisé par des opérations de périmètre, le débasage de crédits 2026 (après celui réalisé en 2025) et la dérive des charges contraintes.

Le projet de loi affiche une croissance apparente de l'OGD « Personnes âgées » de + 3,3 % (soit + 0,6 Md€). Toutefois, le Conseil de l'âge souligne que ce taux d'évolution ne saurait être interprété comme une augmentation équivalente des moyens d'accompagnement. Une analyse de la construction budgétaire révèle qu'une partie de cette enveloppe tient :

- des effets de périmètre et de transferts interenveloppes car la base 2026 est affectée par des ajustements de périmètre, notamment l'effet en année pleine du surcoût de l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie » dans 23 départements (revalorisation du point GIR départemental portée à 15 M€ en 2027 à l'article 38), tempéré par le transfert vers l'Ondam de soins de ville de la prise en charge des vaccins en Ehpad avec PUI (– 40 M€ à l'article 27) ;
- un débasage des crédits 2026 annulés, pour la deuxième année consécutive, pour 160 M€ (voir [l'annexe 5](#) au PLFSS), la base pour l'OGD 2027 étant rabaissée dans le PLFSS 2027 créant une baisse en niveau problématique, et qui gonfle artificiellement le pourcentage de hausse d'une année sur l'autre sans injecter de ressources nouvelles.

Le Conseil de l'âge estime qu'à champ constant, la progression des moyens du secteur s'établit plutôt à un niveau de 400-450 M€ (soit entre + 2,2 % et + 2,5 %, inférieur aux + 3,3 % affichés).

Si l'on intègre la croissance spontanée des dépenses⁵, avec une inflation à 1,7 %, et de l'effort de réalisation d'économies demandé par ailleurs aux établissements, on constate l'attrition d'une grande partie des crédits supplémentaires attribués et la progression réelle des moyens s'établit probablement à un niveau inférieur à 1 %.

⁵ Elle résulte de plusieurs facteurs : le Glissement vieillesse technicité (GVT) salarial, correspondant à la progression mécanique des rémunérations liée à l'ancienneté et aux promotions d'échelon ; les charges salariales réglementaires, liées notamment aux revalorisations du Smic, l'inflation non salariale, qui renchérit les dépenses de fonctionnement incompressibles des établissements et services, notamment l'énergie, la restauration, les produits de soins et d'hygiène et la blanchisserie. Elle prend également en compte la hausse des cotisations employeurs, en particulier ceux affiliés à la Caisse nationale de retraite des collectivités territoriales (CNRACL), ce qui est indispensable pour les établissements et services concernés, mais qui prend mal en compte les causes structurelles du déficit de cette caisse et le fait qu'on fait intervenir des crédits de la branche autonomie pour couvrir les déficits d'un régime de retraite, comme le rapport du Conseil de l'âge sur les Ehpad l'a mis en lumière.



- Le Conseil constate avec préoccupation que les crédits alloués couvrent à peine le Glissement vieillesse technicité (GVT) des personnels et l'actualisation des coupes Pathos, ne dégagant pas les marges de manœuvre nécessaires pour résorber la vulnérabilité financière structurelle des Ehpad et des services d'aide à domicile.
- Il estime particulièrement injuste, qu'après avoir contribué en 2026 à la sous-consommation de l'Ondam global, l'OGD s'en trouve une deuxième fois pénalisé en 2027 par le débasage des crédits gelés en 2026.

Parallèlement, l'article 48 fixe l'objectif de dépenses de la branche Autonomie (CNSA) à 44,4 Md€ pour l'année 2027, en progression de + 2,5 % en valeur par rapport à 2026.

L'exposé des motifs et l'Annexe 9 précisent que la construction de l'OGD Personnes âgées intègre tout d'abord le financement de mesures nouvelles (à hauteur de 70 M€) dédiées aux créations de places en SSIAD/SAD, au déploiement des Centres de ressources territoriaux (CRT) et aux plateformes de répit pour les proches aidants. Au titre du plan de financement de 50 000 ETP de professionnels soignants en Ehpad, il prévoit une tranche 2027 à 3 700 ETP en diminution par rapport aux années précédentes, ce qui ne permet pas d'espérer un net progrès de l'encadrement et éloigne de la cible préconisée par le Conseil de l'âge. Par ailleurs, une partie de ces postes sont liées à l'augmentation du GMPS des Ehpad, et donc ne font qu'accompagner la complexité des besoins des résidents, sans renforcement net. Enfin, par la diminution de son soutien aux Régions au titre de la formation professionnelle (en PLF pour 2027), l'État limite les formations en professionnels en capacité à pourvoir les postes financés.

Enfin, en déclinaison d'un objectif transverse d'efficacité de gestion également appliqué aux établissements sanitaires, les financements hors mesures nouvelles sont diminués par :

- l'exigence d'économies internes avec un objectif de sobriété et d'efficacité sur les achats des ESMS (pesant pour 65 M€ sur la construction de l'OGD PA) ;
- la réorientation interne de crédits de soutien avec le financement de la dotation d'intéressement à l'efficacité de l'article 39 (140 M€) par la création du « fonds qualité » porté par la seule CNSA, plutôt que par un apport de crédits « sanitaires ».

En l'absence d'un nouveau fonds d'urgence (par lequel 100 à 300 M€ étaient alloués lors des exercices précédents), un grand nombre d'Ehpad et de SAD continueront à connaître des difficultés financières et une faible capacité à investir pour améliorer leur efficacité et les conditions d'accompagnement des personnes et de travail de leurs professionnels, par exemple par un plus grand recours aux outils numériques (voir le rapport de [juillet 2026](#)).

- Le Conseil de l'âge réitère sa demande de rétablissement d'un fonds d'urgence pour les Ehpad et services à domicile.

Par ailleurs, et de façon plus structurante, le Conseil de l'âge estime qu'il existe des économies à réaliser par une meilleure organisation globale des soins, et qui permet de ralentir la hausse spontanée des dépenses liées au vieillissement de la population et à la démographie de certaines professions de santé, par une rationalisation sous une direction et une organisation intégrée. Faisant écho aux travaux de 2025 et 2026 du Conseil de l'âge mais également du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le rapport [Charges et Produits pour 2027](#) de la Cnam pour 2027 met en exergue les dépenses importantes et pour partie inefficaces liées à l'insuffisante coordination des parcours et les avantages de l'intégration dans les tarifs des Ehpad d'un plus large périmètre de soins⁶.

⁶ Voir le Chapitre 3.2.6 Résidents en EHPAD : comment limiter le recours à l'hôpital ? : « Les EHPAD en tarif global présentent, en effet, un taux de résidents passés aux urgences sans hospitalisation inférieur aux EHPAD ».

Encadré : Privilégier des gisements d'efficience structurelle dès le PLFSS 2027 via, en particulier, la réorganisation des soins de kinésithérapie (MKR) en Ehpad

Le Conseil de l'âge recommande toujours de mobiliser des gisements d'efficience structurelle fondés sur la prévention et la rationalisation des parcours de soins. Dans son rapport Ehpad de 2026, il a proposé pour tous les Ehpad une cible de passage au tarif global avec intégration des dépenses de médicaments à cinq ans, avec passage « en sas » sous deux ans à un tarif partiel étendu à l'ensemble des interventions des professionnels paramédicaux conventionnés.

L'articulation entre la rénovation tarifaire des Ehpad et la régulation des masseurs-kinésithérapeutes (MKR), dont le flux d'installation actuel en libéral est fort, en offre une opportunité de mise en œuvre.

1. L'opportunité de l'Avenant 7 de la Cnam à l'été 2027

La Cnam confirme que l'Avenant 7 à la convention nationale conditionne l'installation en libéral des étudiants entrés en formation en 2023 à une obligation préalable de deux ans d'exercice en établissement sanitaire ou médico-social. La toute première promotion soumise à ce « sas » obligatoire sera diplômée à l'été 2027.

2. Le tarif partiel élargi : 80 M€ d'économies structurelles sans perte de chance

Actuellement, l'entrée en Ehpad au tarif partiel déclenche une augmentation des dépenses de kinésithérapie en soins de ville, qui passent de 36 € à 81 € par mois et par résident. Conformément aux préconisations de ses [rapports sur les Ehpad](#) et [le redressement des comptes sociaux](#), le Conseil de l'âge propose la création dès le PLFSS 2027 d'un « tarif partiel élargi » intégrant les prestations des professionnels paramédicaux conventionnés dont les MKR dans le forfait de l'établissement.

Cette intégration, structurée en concertation avec l'Ordre des MKR et le médecin coordonnateur, permettrait de passer d'un paiement à l'acte incontrôlé à une prise en charge globale axée sur la prévention des chutes et le maintien de l'autonomie. Elle générerait une économie nette de 25 % sur les dépenses actuelles de kinésithérapie en Ehpad, soit 80 M€ transférés de la ville vers l'Ondam médico-social sans dégradation des prises en charge, à l'image de la situation des MKR au sein des établissements au tarif global.

L'article 48 prévoit le solde financier de la branche Autonomie demeure déficitaire à hauteur de – 0,2 milliard d'euros en 2027 (après – 0,3 Md€ en 2026). La trajectoire pluriannuelle confirmée par le rapport annexé montre une dégradation continue de cette impasse budgétaire, le déficit s'élargissant à – 0,7 Md€ en 2028 pour atteindre – 1,6 Md€ à l'horizon 2030.

- ▶ Le Conseil affirme son attachement à ce que, au sein des comptes publics, la situation budgétaire de la CNSA et des départements, principaux financeurs de la politique au bénéfice des personnes âgées, puisse être améliorée notamment par des mesures pour diminuer la progression de leurs dépenses futures, consolider leurs recettes et assurer la soutenabilité de politique de l'autonomie.
- ▶ Il relève toutefois que, côté niveau de soutien public, malgré les mesures positives prises ces dernières années, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées mesuré en points de Produit intérieur brut n'évolue que peu, en dessous de 1,1 point. Il

en tarif partiel (25,9% pour les premiers contre 31,2% pour les seconds). Ce constat s'applique également aux EHPAD avec PUI, pour lesquels le taux de résidents avec recours urgences non suivis d'une hospitalisation est de 22,0% lorsque ceux-ci disposent d'une PUI contre 30,9% pour ceux sans PUI ».



note que s'agissant des dépenses d'autonomie, il n'y a aucun « dérapage », les évolutions en volume étant mesurées, et les revalorisations des salaires des professionnels justifiées.

- Dans le rapport au Premier ministre, il a estimé qu'une stratégie globale de du grand âge est indispensable pour prévenir la perte d'autonomie et adapter effectivement la société au vieillissement, proposant quatre leviers principaux d'action et un effort préalable de simplification de la gouvernance et de la gestion des prestations.

- À court terme, il se prononçait sur les recettes pouvant être mobilisées pour mieux financer la politique et la branche autonomie de la Sécurité sociale, en commençant en premier lieu, pour des questions d'adhésion et non stigmatisation, par l'affectation d'une partie de l'augmentation des contributions fiscales ou sociales des retraités, au financement du soutien à l'autonomie, ainsi que pour une plus grande mise à contribution des revenus du capital, mesure votée par le Parlement en LFSS pour 2026. A l'horizon de moyen et long terme, il proposait d'envisager un élargissement des sources de financement en augmentant ou créant un nouveau prélèvement sur les transmissions à titre gratuit de patrimoine, qui mettrait plus à contribution les personnes plus âgées dans les stigmatiser pour autant.

- En l'absence d'une loi de programmation qu'il appelle de ses vœux, et qui est prévue par la loi « bien vieillir » de 2024, le Conseil de l'âge regrette que ces pistes d'évolution ne soient pas assez reprises dès le PLFSS 2027.

DECLARATIONS ET CONTRIBUTIONS DES MEMBRES

CFDT	<i>p.20</i>
CFE-CGC, CGT, Ensemble & Solidaires, FGR-FP, FO et FSU	<i>p.22</i>
CFR et Fnar	<i>p.25</i>
FNMF	<i>p.27</i>
Medef	<i>p. 28</i>
Unaf	<i>p.31</i>
Unsa	<i>p.34</i>



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027

Pour la CFDT, ce projet de loi manque d'ambition face aux défis majeurs auxquels la Sécurité sociale est confrontée. Il n'est pas à la hauteur des enjeux de financement et de pérennité de notre système de protection sociale.

Ce texte repose avant tout sur des mesures d'économies, tant dans le champ de la Sécurité sociale que des complémentaires santé, en ciblant notamment les travailleurs, les assurés, les retraités, les personnes en situation de dépendance.

Bien entendu, la CFDT est consciente de la nécessité d'équilibrer les comptes publics, et en particulier les comptes sociaux. La CFDT considère indispensable que les efforts soient équitablement partagés. Or, le projet de texte présente un profond déséquilibre entre les efforts demandés aux assurés et ceux demandés aux entreprises ainsi qu'aux plus aisés.

Pour sa part, la CFDT rappelle qu'elle s'est prononcée en faveur :

- d'une compensation intégrale par l'État des exonérations de cotisations sociales ;
- d'une hausse de la contribution sociale généralisée (CSG), en particulier sur les revenus du patrimoine et des placements financiers.

Cette première version du PLFSS apparaît donc comme un projet de sous-financement, reposant en grande partie sur des « coups de rabot » dans les prestations.

La progression de l'Ondam est fixée à 2 % en 2027. Cette hypothèse, particulièrement restrictive et peu réaliste, risque d'aggraver les difficultés de l'hôpital public.

Le report de la prise en charge de la protection sociale complémentaire pour le personnel soignant hospitalier est, quant à lui, tout simplement inacceptable.

L'extension de la taxe soda aux produits solides transformés contenant des additifs est la bienvenue mais il manque une stratégie globale de prévention.

Ce PLFSS comporte majoritairement des mesures qui pénalisent les personnes les plus précaires et les plus fragiles, dans un contexte de nouvelle poussée inflationniste alimentée notamment par le prix des carburants et pesant durablement sur le pouvoir d'achat.

Il n'est pas acceptable de demander des efforts supplémentaires aux plus modestes :

- En gelant les prestations familiales et la prime d'activité ;
- En réduisant l'enveloppe de l'allocation de rentrée scolaire ;

- En révisant les modalités de calcul du montant net social. Déjà, en 2023, la CFDT s'était mobilisée pour retirer du MNS les participations employeurs aux complémentaires, à la prévoyance et à la retraite supplémentaire.
- En reconduisant la contribution exceptionnelle de 2,05% due par les organismes complémentaires ;
- Et ce, après avoir déjà organisé, par décrets durant l'été, des transferts de charges vers les complémentaires santé, les ménages les plus modestes et les malades.□

À cela s'ajoute, pour les étrangers non européens en situation régulière, l'instauration d'un délai de carence d'un an avant de pouvoir accéder à certaines prestations familiales et aux aides personnelles au logement.

Pour la CFDT, cet appel du pied aux thèses de l'extrême droite sur la préférence nationale est nauséabond et dépourvu de la moindre humanité et fraternité.

La désindexation des retraites au-delà de 1 260€ est une mesure brutale contraire au principe de la retraite contributive comme l'a déjà souligné le conseil constitutionnel. La CFDT a toujours dit qu'il est possible d'envisager une mise à contribution des retraités qui le peuvent, mais ce seuil de 1 260 euros, inférieur au seuil de pauvreté, est beaucoup trop bas pour considérer que ce soit le cas.

Pour la CFDT, il est également inacceptable d'affecter aux départements une fraction de CSG normalement consacrée au financement de la Sécurité sociale. Le principe de libre administration des départements ne garantit pas que ces ressources seront effectivement fléchées vers une politique de l'autonomie. Il s'agit donc d'une ponction sur les finances sociales destinée à se substituer à un financement qui devrait relever des finances publiques.

L'augmentation de la capacité d'emprunt à long terme de l'Urssaf risque de détourner celle-ci de sa mission en lui faisant davantage porter la gestion de la dette sociale.

Cet avant-projet de LFSS n'est donc pas à la hauteur des attentes de la CFDT.

Les choix du gouvernement constituent de mauvais signaux envoyés aux travailleurs, alors que les plus gros patrimoines sont épargnés et que les exonérations de taxes restent particulièrement importantes, sans contrepartie.

La CFDT appelle donc les parlementaires à se saisir pleinement du projet, à entendre les aspirations de justice sociale des travailleurs et à porter dans le débat des propositions permettant de garantir une Sécurité sociale solide, juste et durable, capable d'affronter les défis du présent comme ceux de l'avenir.

Nous émettons donc un avis défavorable sur ce PLFSS.

**AVIS sur le PLFSS 2027**

Contribution des organisations : CFE-CGC, CGT, Ensemble & Solidaires, FGR-FP, FO, FSU.

Les organisations signataires ont pris connaissance du projet de loi de financement de la Sécurité sociale

Elles observent que la mesure s'inscrit dans la loi du 30 décembre 1995 qui autorise le gouvernement à réformer la protection sociale par ordonnance. Les ordonnances de janvier et avril 1996 établissent le principe d'une loi annuelle de financement de la Sécurité sociale votée chaque année par le Parlement et qui fixe les objectifs de progression des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM). En 2005, la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale prône une culture de la performance fondée sur une logique de résultat. C'est la remise en cause des principes fondateurs de la Sécurité sociale contenus dans les ordonnances d'octobre 1945 : « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins. ».

Les organisations signataires dénoncent le projet de budget, porteur d'une austérité inégalée. L'exécutif compte « diviser par deux » le déficit de la Sécurité sociale : de 22 Mds à 12 ou 13 Mds. La revalorisation globale de l'ONDAM fixée à 2 %, 3 % pour les hôpitaux quand la Fédération Hospitalière de France (FHF) demande un minimum de 3,9 %, est scandaleusement insuffisante. Propagande oblige : le gouvernement table sur une inflation largement sous-estimée de 1,7 % alors qu'elle s'élève déjà fin septembre à 3%.

L'austérité une fois de plus va reposer sur les usagers : salarié.es, personnes vulnérables, malades et retraité.es surtout. Pourtant, faut-il rappeler que le déficit de la Sécurité Sociale est construit de toutes pièces. Le soi-disant déficit ne vient pas des dépenses mais du manque de recettes liées, notamment, aux exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les entreprises, exonérations partiellement compensées par l'État donc par les impôts que nous payons.

Déjà, sans attendre les débats budgétaires, le gouvernement a sorti plusieurs décrets pour augmenter les « restes à charge » des soins dentaires, des transports sanitaires ou encore de certains médicaments. Mesures aussi à l'égard des franchises (augmentation du plafond et de la participation forfaitaire).

Les attaques contre les indemnisations des congés maladie se poursuivent. Les partenaires sociaux sont conviés à une négociation salariale pour « trouver » un milliard d'euros d'économies. Et des mesures seront prises pour « prévenir la désinsertion professionnelle (Article 20). Les arrêts de travail notamment avec

la baisse du plafond de calcul des indemnités en cas d'accidents de travail ou de maladies professionnelles sont programmés.

L'article 37 qui restreint l'accès aux prestations familiales pour les étrangers hors-UE, pourtant en situation régulière, inscrit une discrimination intolérable.

La contribution exceptionnelle des complémentaires de 2026 est prorogée pour 2027 avec les conséquences que l'on connaît : augmentation des coûts de ces complémentaires désormais indispensables mais 5 millions de personnes en France n'en ont pas. En revanche, la surtaxe d'impôt sur les sociétés pour les grandes entreprises est réduite à 30 %.

Les organisations signataires dénoncent des mesures inacceptables contre les retraités qui financeront, à leurs dépens, 5,5 milliards :

Article 35 : Au 1^{er} janvier 2027, seules les pensions inférieures ou égales à 1 281 euros seront revalorisées (+ 2%). Lorsqu'elles atteindront 2 034 euros et plus, elles seront gelées. Entre les deux : sous indexation. C'est une dérogation exceptionnelle justifiée, pour « pérenniser le système de retraite et le rendre plus équitable ». Actuellement le montant moyen des pensions est revalorisé de 0,2 %, comme les prestations sociales. Des décrets – méthode inacceptable – pourraient intervenir dans l'année 2027 pour modifier les montants. Il faut rappeler, pourtant, que les retraités ont perdu 5,3 points de pouvoir d'achat en 10 ans. Il s'agit du montant total avec les complémentaires. C'est une dérogation exceptionnelle justifiée, pour « pérenniser le système de retraite et le rendre plus équitable ». Actuellement le montant moyen des pensions est revalorisé de 0,2 %, comme les prestations sociales (annexe du PLFSS).

Le projet de budget intègre également la diminution du plafond de l'abattement de 10 % qui passera de 4 439 à 3 000 euros alors même que la majorité des députés ont repoussé cette mesure en commission des finances.

Ces mesures constituent un mauvais signal adressé aux millions de retraités confrontés à la hausse des dépenses de santé et du coût de la vie.

Nous demandons que soit maintenue à minima l'indexation de toutes les pensions sur l'inflation et même un rattrapage.

Les organisations dénoncent l'insuffisance des financements pour l'autonomie : la 5^{ème} branche est prévue en déficit jusqu'en 2030.

Face à ce secteur sinistré, alors que démographie et vieillissement de la population augmentent les besoins, la réponse apportée est dérisoire voire scandaleuse quand on se réfère notamment au projet de décret durcissant le barème de l'APA.



Article 13 : les départements, recevront 300 millions d'euros, issus de la CSG de la branche autonomie et sans que soit garanti le fléchage vers l'autonomie

Article 38 : l'expérimentation de la fusion « soins et dépendance » est prolongée jusqu'au 31 décembre 2027 sans que soit fixé un calendrier de généralisation, confortant ainsi les inégalités entre départements.

Article 39 : l'intéressement à l'efficience des Ehpad et des services à domicile a pour objectif la réduction des hospitalisations ou des recours aux urgences. Mesure de financement complémentaire qui ne tient pas compte de la réalité des établissements ni de la diversité des services à domicile alors qu'il faut renforcer les aides aux Ehpad sinistrées financièrement et les services à domicile exsangues (augmentation des effectifs, rénovation des bâtiments, réduction du reste à charge).

Les organisations signataires rappellent l'urgence d'une loi « grand âge » de programmation et de financement.

Ponctionner la Sécurité sociale, aggraver considérablement l'accès à la santé pour toutes et tous : tel est le projet de loi. Reculs de couvertures, basculements sur les complémentaires, ponctions financières sur les familles, les retraité-es et les salarié-es victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, salarié-es en congé de maladie, politique contre les étrangers... Ce projet d'une austérité sans pareil est inacceptable.

Les organisations signataires émettent un avis défavorable à ce projet augmenter considérablement le nombre de personnes -dont de nombreux retraités- qui vont sombrer dans la pauvreté et de fait, dégrader la santé d'une partie grandissante de la population.

9 octobre 2026

PLFSS 2027

Avis de la CFR et de la FNAR pour le Conseil de l'Âge

La FNAR et la CFR observent l'absence de mesures substantielles et structurelles dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2027, le choix ayant été fait de présenter un projet de Loi prenant en compte le contexte politique et économique incertain. Le débat parlementaire modifiera certainement significativement les dispositions présentées.

Concernant l'autonomie et le grand âge, les moyens mis en œuvre restent insuffisants, au-delà de quelques mesures, une Loi de programmation est toujours attendue par les acteurs du secteur.

L'article 48 fixe l'objectif de dépenses (OGD) de la branche autonomie à 44,4 milliards d'euros en augmentation de 2,5 % par rapport à 2026. Ce taux d'évolution est historiquement bas puisque, après prise en compte des dépenses nouvelles, le taux de reconduction des crédits accordés aux établissements et services dans le domaine de l'âge et du handicap, sera proche de zéro, et ceci dans un contexte de reprise de l'inflation entre 2 et 3%. L'ensemble du secteur va être encore davantage fragilisé, voire certaines structures, conduites à la remise en cause de leur activité.

L'article 13 attribue aux Conseils Départementaux une fraction de la CSG sur le capital qui est aujourd'hui attribuée à la CNSA. Cet article n'apporte donc aucun financement supplémentaire aux Conseils Départementaux puisque le produit de la fraction de CSG qui leur est attribuée par ce canal (300 M€) est soustrait, à due concurrence, du budget de la CNSA. Cette mesure, outre qu'elle ne soulagera pas les finances des Conseils Départementaux et n'apportera pas de crédits nouveaux pour améliorer les plans d'aide APA et PCH, constitue une grave atteinte à la cohérence de la branche autonomie puisqu'elle prive la CNSA de ses capacités de pilotage et de contrôle sur ces prestations. Elle aggraverait l'illisibilité de la branche dans un contexte où la maîtrise des finances publiques requiert à l'inverse simplification et cohérence. En outre, elle constituerait un grave précédent qui pourrait être repris sur d'autres branches de la Sécurité Sociale (ex : branche Famille et Aide sociale à l'enfance). Aussi la FNAR et la CFR demandent avec force le retrait de cet article 13.

L'article 38 prolonge l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD. Cette expérimentation aura duré 18 mois et les évaluations réalisées orientent vers une généralisation rapide du dispositif. La FNAR et la CFR regrette fortement le report de la généralisation de la mesure alors que les évaluations disponibles sont favorables : simplification pour les gestionnaires et les tutelles, diminution des restes à charge pour les résidents, amélioration de l'équilibre économique des structures etc...



9 octobre 2026

L'article 39 prévoit l'instauration d'un mécanisme d'intéressement pour le secteur médico-social du grand âge comme cela existe dans le secteur sanitaire. Cette mesure permet à la branche autonomie de participer à la gestion du risque « maladie » et est donc positive, sous réserve des modalités de mise en œuvre (les financements accordés doivent compenser les dépenses affectées aux objectifs poursuivis).

Enfin le PLFSS 2027 ne prévoit aucune mesure pour consolider le secteur de l'accompagnement à domicile qui connaît de graves difficultés structurelles (comme les a bien décrites le Rapport de la Cour de Comptes de juillet 2026) et ceci pour la 3^{ème} année consécutive. Ce constat est en totale contradiction avec l'affichage du virage domiciliaire comme priorité absolue et constitue chaque année un retard supplémentaire à l'approche de la bascule démographique des années 2030. De même, aucune mesure n'est prévue pour accompagner et soulager les aidants qui vivent avec une charge physique et mentale croissante. C'est pourquoi face à un constat de blocage et d'immobilisme, la FNAR et la CFR en appellent à une loi de programmation pluri annuelle qui permette d'objectiver les besoins, de définir les priorités ainsi que les moyens nécessaires pour une vie digne et autonome à l'abord du grand âge.

S'agissant de la santé, l'article 12 proroge la contribution exceptionnelle de 2,05% à la charge des organismes complémentaires. Il s'ensuivra l'augmentation des cotisations de complémentaire santé, avec un effet particulièrement pénalisant pour les retraités et les jeunes, exclus des contrats collectifs complémentaires. À cela s'ajoutent de nouvelles baisses de remboursement à hauteur de 700 millions d'euros.

En matière de retraite, l'article 35 prévoit une dérogation exceptionnelle aux modalités de revalorisation des retraites de base avec désindexation possible pour ceux percevant une pension totale (base et complémentaire) supérieure à 1281 euros. Cette mesure aura un impact pour de nombreux retraités.

S'ajoute aux mesures prévues par le PLFSS la mesure fiscale réduisant l'abattement sur les pensions des retraités. Au total, l'ensemble de ces dispositions auront des conséquences négatives sur le pouvoir d'achat des aînés.

En conclusion, la CFR et la FNAR portent un **avis défavorable** sur le projet de Loi de la Sécurité Sociale pour 2027.



FNMF

La Mutualité Française partage largement les préoccupations exprimées par le Conseil de l'âge du HCFEA sur le PLFSS pour 2027 et soutient les orientations de son avis. Les constats du HCFEA confortent plusieurs positions portées de longue date par la Mutualité sur la nécessité d'un financement pérenne de l'autonomie et sur le risque d'une réponse essentiellement comptable au vieillissement.

Dans un contexte marqué par la dégradation des comptes sociaux et l'accélération du vieillissement de la population, elle considère que la soutenabilité de notre système de protection sociale appelle une stratégie pluriannuelle fondée sur des réformes structurelles, plutôt que sur des mesures de court terme ou des transferts de charges entre financeurs.

Pour la Mutualité Française, la progression des dépenses de la branche autonomie, fixée à 2,5 % en 2027, ne paraît pas à la hauteur de l'évolution des besoins liés au vieillissement, à la perte d'autonomie et au soutien nécessaire aux établissements, aux services et aux professionnels. Son financement doit être sécurisé dans la durée afin de conforter les capacités d'action, de pilotage et de péréquation territoriale de la CNSA.

Dans cette perspective, la prévention doit devenir un axe structurant de la politique de l'autonomie. Elle ne saurait être limitée à la vaccination ou à des interventions ponctuelles, mais doit couvrir le repérage précoce des fragilités, la préservation des capacités fonctionnelles, l'adaptation de l'environnement, le soutien aux aidants et la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie. Elle doit irriguer les politiques conduites à domicile, en établissement et dans les territoires, et bénéficier de financements pérennes et identifiés.

Cette ambition suppose de faire évoluer notre modèle afin de ne plus seulement intervenir lorsque la maladie ou la perte d'autonomie sont installées, mais d'investir davantage dans le maintien en bonne santé et l'accompagnement en amont. Elle requiert une meilleure coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les mutuelles, par leur proximité avec les assurés et leur implantation territoriale, doivent pouvoir contribuer pleinement à la conception et au déploiement de ces parcours, au-delà de leur seul rôle de cofinanceur. Cette orientation rejoint celle défendue dans le document Commentaires PLFSS.

La Mutualité Française appelle également à préserver les missions de pilotage, de régulation et de péréquation de la CNSA. Toute évolution du financement de l'APA et de la PCH doit garantir l'équité entre les territoires et ne pas entraîner une augmentation des restes à charge, du renoncement ou du non-recours.

Elle soutient également la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD et souhaite qu'une trajectoire claire de généralisation soit désormais définie.

Enfin, la Mutualité Française appelle à prendre en compte l'effet cumulé des mesures susceptibles de peser sur les personnes âgées. Les transferts vers les organismes complémentaires, l'alourdissement de la fiscalité applicable aux contrats et l'augmentation potentielle des restes à charge risquent d'affecter l'accès aux soins et aux accompagnements, en particulier pour les retraités. Elle demande que l'effort de redressement soit réparti équitablement, en fonction des capacités réelles de contribution, et que l'ensemble des financeurs soit effectivement associé aux décisions les concernant.

Au regard de ces éléments, la Mutualité Française soutient l'avis du Conseil de l'âge du HCFEA et émet un avis défavorable sur le PLFSS pour 2027. Elle considère que le projet ne permet pas, en l'état, de sécuriser durablement la branche Autonomie ni d'apporter une réponse suffisante au défi démographique. Elle appelle à renforcer le texte autour de trois priorités : une stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie, des ressources pluriannuelles à la hauteur des besoins et la garantie d'un accès équitable aux soins et aux accompagnements dans tous les territoires.



PLFSS 2027 – Déclaration du MEDEF dans les caisses de Sécurité sociale
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La situation des finances publiques et sociales est désormais suffisamment connue pour qu'il ne soit nécessaire d'y revenir longuement.

Je voudrais en revanche insister sur ce qu'elle signifie politiquement et collectivement.

La dette n'est jamais neutre. Elle est une dépense que nous décidons aujourd'hui et dont nous transférons le financement à ceux qui viendront après nous. Lorsque ce recours à la dette devient récurrent et structurel au point de financer des dépenses courantes, cela doit interroger.

Et, osons le dire, il y a une forme d'injustice – et, à certains égards, d'immoralité – à transférer aux générations futures notre incapacité présente à équilibrer nos choix collectifs.

C'est pourquoi, pour le MEDEF, le redressement de nos comptes représente bien plus qu'une politique budgétaire et une simple équation comptable. **C'est une politique de responsabilité à l'égard des générations futures.**

Nos enfants et nos petits-enfants ne doivent pas hériter uniquement de déficits, d'intérêts à payer et de marges de manœuvre réduites. **Ils doivent aussi hériter d'un pays capable d'investir, d'innover, de créer des emplois et d'accéder à de nouveaux progrès sociaux.**

Or plus nous consacrons de ressources au service de la dette, moins nous en disposons pour préparer l'avenir : pour l'éducation, la recherche, la transition écologique, l'investissement productif ou encore l'accompagnement des nouvelles formes de protection sociale.

Ainsi, la trajectoire de redressement portée par le PLFSS pour 2027, visant à porter les déficits de 21,8 milliards d'euros en 2026 à 12,7 milliards d'euros en 2027, est indispensable.

Mais nous alertons sur la nature des efforts demandés.

L'environnement économique lui-même particulièrement fragile. Derrière les indicateurs macroéconomiques, nous observons une dégradation très concrète de la situation des entreprises : tensions sur les trésoreries, ralentissement de l'activité, défaillances à un niveau élevé et difficultés croissantes à préserver l'emploi et les capacités d'investissement.

La France souffre d'un niveau élevé de prélèvements sur le travail et sur les entreprises. Ceux-ci figurent déjà parmi les plus élevés des pays comparables. Les cotisations sociales patronales représentent ainsi 26,7 % du coût du travail au niveau du salaire moyen. Dans ces conditions, **le redressement de nos comptes sociaux ne devrait pas reposer une nouvelle fois principalement sur une augmentation du coût du travail.** C'est pourquoi nous regrettons que cumulé la hausse du coût du travail (que ce soit au travers des 2 mesures sur les AG ou des

transferts vers les complémentaires santé qui in fine pèseront sur les entreprises et les salariés) s'élève à plus de 11 mds d'euros.

Cette hausse du coût du travail, dans un contexte d'atonie économique et qui va pénaliser prioritairement des secteurs à faibles marges avec le rabotage des AG- risque d'avoir un effet récessif sur l'emploi et le pouvoir d'achat et donc de fragiliser encore plus le nécessaire retour à l'équilibre de nos régimes sociaux.

S'agissant des mesures relatives aux dépenses, le MEDEF considère qu'elles sont indispensables. Le redressement des comptes sociaux exige des choix et des réformes permettant de mieux employer chaque euro dépensé. La politique de l'autonomie doit prendre toute sa part à cet effort. Mais elle ne peut pas devenir la variable d'ajustement de nos finances sociales.

C'est pourtant le risque que fait peser ce PLFSS. Face à la progression des besoins liés au vieillissement, les établissements et les services à domicile sont déjà fragilisés et confrontés à d'importantes difficultés de recrutement. Comprimer leurs moyens tout en augmentant la participation financière des personnes accompagnées risque d'affaiblir davantage les deux piliers de notre politique de l'autonomie.

Nous partageons, à cet égard, les préoccupations exprimées par le Conseil de l'âge du HCFEA. Le durcissement envisagé du barème de l'APA, dont sont attendus 250 millions d'euros d'économies, risque d'accroître le renoncement aux aides, notamment parmi les classes moyennes et les personnes dont la perte d'autonomie reste modérée. Or, c'est précisément à ce stade qu'un accompagnement adapté peut éviter une dégradation de leur situation. Nous demandons donc que cette réforme soit revue dans le cadre d'une concertation portant sur l'effectivité de l'aide et l'organisation des accompagnements.

Réduire l'aide aujourd'hui peut conduire à dépenser davantage demain : aggravation de la perte d'autonomie, hospitalisations évitables, épuisement des proches aidants. Ces conséquences concernent aussi directement les entreprises, à travers la disponibilité et le maintien dans l'emploi des salariés aidants. Un transfert de charges vers les familles ou vers l'assurance maladie ne constitue pas une économie pour la collectivité.

Les économies doivent donc être recherchées dans la prévention, la simplification et une meilleure coordination entre le domicile, les établissements et l'hôpital. L'intéressement à l'efficacité des Ehpad et des services autonomie à domicile va dans le bon sens, à condition de récompenser des améliorations réelles de l'accompagnement, sans complexité administrative supplémentaire. Les économies réalisées au bénéfice de l'assurance maladie doivent également être prises en compte : la branche autonomie ne peut supporter seule le financement d'actions dont les gains bénéficient à d'autres branches.

Cette ambition appelle une trajectoire pluriannuelle lisible, des priorités explicites et une évaluation des résultats. Elle ne saurait justifier une nouvelle hausse des prélèvements sur les entreprises et du coût du travail, qui fragiliserait l'emploi et, avec lui, les ressources de notre protection sociale.



Notre position est donc claire : le redressement des comptes est indispensable, mais il doit reposer sur des économies durables. Affaiblir l'accompagnement de l'autonomie, au risque d'aggraver les besoins et les dépenses futures, ne répond pas à cette exigence.

Sans surprise, nous émettrons un **avis défavorable** sur ce PLFSS pour 2027.



Contribution de l'UNAF au Conseil de l'Âge – PLFSS 2027

12 octobre 2026

Au sein de ce Conseil, l'Unaf ne peut que réitérer et s'appuyer sur des réserves et demandes déjà évoquées au sein d'autres instances, dont notamment le CA de la CNAV ainsi que le Conseil de la CNSA et de la CNAM.

En premier lieu, l'Unaf regrette de ne découvrir dans ce PLFSS pour 2027 que peu de mesures structurantes pour la branche Autonomie, alors que la Conférence Nationale du Handicap et la Conférence Nationale de l'Autonomie se réunissent cette année.

Tout d'abord, l'Unaf relève avec intérêt les diverses mesures concernant les EHPAD à l'aune d'une hausse considérable des besoins en lien avec le vieillissement de la population. Concernant l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance », il sera nécessaire de prendre en compte les retours des résidents et d'étudier l'impact financier de la participation journalière forfaitaire sur les personnes âgées et leurs familles. La mise en place d'un intéressement à l'efficacité des EHPAD et SAD semble répondre à un objectif d'amélioration de la qualité de l'accueil et des parcours de soins en EHPAD tout en favorisant l'octroi de financements complémentaires par les ARS. Il faudra veiller à ce que cet intéressement n'entraîne pas un impact financier conséquent sur les personnes et leurs familles.

Concernant la réforme du financement des départements pour les dépenses APA et PCH prévues par l'article 13, nous comprenons bien la nécessité d'inscrire de telles aides financières dans une logique de proximité et de territorialisation, qui constitue des enjeux forts de la branche Autonomie. L'Unaf regrette cette mesure qui porte des risques en matière d'équité territoriale. Il est primordial que la CNSA conserve pleinement son rôle de chef de file dans le pilotage des politiques d'autonomie, afin de garantir un accès aux droits équitable dans l'ensemble des territoires.



Concernant la branche vieillesse, l'Unaf rappelle que notre régime de retraite par répartition repose sur une démographie dynamique. La chute des naissances depuis 2014 est un facteur majeur de fragilisation de notre système. **Pour l'Unaf, faire le choix d'une politique familiale volontariste permettrait de renverser cette tendance délétère. Avec ce PLFSS, on est très loin d'un tel choix.**

Le PLFSS prévoit dans son article 34 une disposition majeure concernant les droits familiaux en matière de retraites : la transformation de la majoration de 10% pour les parents de familles nombreuses en un forfait d'un montant compris entre 105 et 110 euros. Et ceci dès mi 2027.

L'Unaf tient à partager plusieurs points de vigilance :

1. **Contrairement à ce que le gouvernement affirme, la mesure de forfaitisation ne sera pas systématiquement favorable aux femmes :**
 - Certaines femmes ayant élevé 3 enfants ou plus ont des retraites élevées reflétant un fort engagement professionnel : elles seront pénalisées alors même qu'elles ont cumulé emploi et charges de famille. Dans le scénario de la DREES pour le COR, plus d'1/4 des mères nées en 1978 étaient pendantes en termes de droits individuels.
 - Les femmes restées mariées avec leur conjoint subiront la perte de retraite de leur conjoint et donc une baisse du niveau de vie du couple
 - Surtout, les veuves subiront une baisse de leur pension de réversion puisque la majoration fait l'objet d'une réversion
 - Le forfait annoncé sera proratisé pour des carrières incomplètes donc beaucoup de femmes ne toucheront pas le forfait annoncé.
2. **Il faut rappeler que cette majoration n'avait pas pour objectif de compenser les carrières hachées des mères de familles (ce qui est la vocation d'autres droits familiaux) mais la moindre capacité d'épargne qui caractérise les parents des familles nombreuses. La réforme éloigne clairement la mesure de cet objectif visant les couples.**
3. **Cette mesure heurte de front un principe de proportionnalité et la nature contributive qui est au cœur de notre système. Les débats au sein du COR avaient montré l'attachement de la majorité des partenaires sociaux à ce principe : les**



majorations plus élevées correspondant à des contributions plus élevées. La réforme ignore ce fondement.

4. Le montant annoncé du forfait - entre 105 et 110 euros - semble peu attractif et inférieur aux simulations réalisées par la DREES pour le COR. Quel sera d'ailleurs le mode d'indexation du forfait ainsi créé ? Il s'agit d'un élément déterminant pour le maintien de ce droit.

Compte tenu des pertes importantes pour certains couples qui ont préparé leur retraite en tenant compte de ces droits, **cette annonce est d'une grande brutalité**. Après 12 ans de coupes aux dépens des familles et en particulier des familles nombreuses, elle risque d'être un nouveau signal de l'inconstance des pouvoirs publics dans le soutien aux familles.

D'autant plus que cette mesure doit être articulée avec la dérogation exceptionnelle concernant la fixation du taux de revalorisation des pensions de retraite, une plus grande participation dans le cadre de l'APA, la hausse du plafond des participations forfaitaires et franchises médicales, la hausse de plusieurs tickets modérateurs et les transferts à venir vers les complémentaires qui seront répercutées sur les personnes âgées par le biais d'une augmentation des cotisations. La fragilisation financière des retraités peut mettre à mal leurs capacités à financer leur dépendance.

Enfin, l'Unaf constate avec énormément de regrets que, via de nouveaux transferts aux dépens de la branche famille, vers la CNAM et vers les caisses de retraite, ce PLFSS ponctionne à nouveau et massivement les moyens de la politique familiale. **L'avenir de la Sécurité sociale nécessite une dynamique démographique positive** et ce n'est pas en démantelant les moyens de la politique familiale que cette dynamique déjà affaiblie pourra être relancée.

Pour l'ensemble de ces raisons et en l'état actuel du texte, l'Unaf donne un avis défavorable au PLFSS 2027.



Un PLFSS 2027 sans vision et profondément inéquitable : le gouvernement fait encore payer les plus fragiles

Le gouvernement vient de présenter son projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027. Sous couvert de réduire le déficit, il choisit une nouvelle fois de faire porter l'essentiel des efforts sur les malades, les retraités et les familles, sans apporter de réponse structurelle aux enjeux du financement de notre système de protection sociale.

Pour l'UNSA, le redressement des comptes sociaux peut justifier que des efforts soient demandés. Mais ceux-ci ne peuvent être admis qu'à condition d'être justement et équitablement répartis. Or, avec ce PLFSS, ce sont avant tout les assurés sociaux qui vont payer la facture.

Les assurés sociaux mis à contribution, les plus fragiles en première ligne

Cette orientation est particulièrement visible en matière de santé. Avant même la présentation du PLFSS, plusieurs mesures réglementaires avaient déjà été arrêtées, augmentant le reste à charge pour les assurés, les victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle, sur certains médicaments et soins dentaires. A cela s'ajoute le relèvement des plafonds annuels des franchises médicales et des participations forfaitaires, passant chacun de 50 à 70 euros. Pour les assurés concernés, ce sont jusqu'à 140 euros par an qui pourront rester à leur charge.

Les retraités sont eux aussi ponctionnés. Le gouvernement entend ainsi leur imposer plus de 4 milliards d'euros d'efforts à travers l'abaissement du plafond de l'abattement fiscal de 10 % sur les pensions de retraite, qui passerait de 4 439 à 3 000 euros, mais aussi par la sous-indexation des pensions supérieures à 1 281 euros, soit 7 euros de moins que le seuil de pauvreté.

Les familles ne sont pas davantage épargnées. Près d'1 milliard d'euros d'économies est réalisé sur la branche famille, notamment à travers le gel d'un grand nombre de prestations et les mesures envisagées sur l'allocation de rentrée scolaire, qui affecteront directement les ménages les plus modestes.

Par ailleurs, l'UNSA dénonce l'instauration d'un délai de carence d'un an pour l'accès aux prestations familiales. Cette mesure discriminatoire est profondément choquante car elle induit de manière insidieuse une préférence nationale chère à l'extrême droite.

Au total, qu'il s'agisse des dépenses de santé, des pensions de retraite ou des prestations familiales, le gouvernement fait le choix de concentrer les efforts sur les assurés sociaux et les travailleurs plutôt que d'ouvrir un véritable chantier sur les ressources de la Sécurité sociale.

Quelques dispositions vont néanmoins dans une direction plus juste. C'est notamment le cas de la transformation de la majoration de pension de 10 % accordée aux parents de trois enfants et un dispositif forfaitaire.

L'UNSA considère également que le renforcement de la fiscalité sur les produits sucrés et transformés peut constituer un levier utile, dès lors qu'il s'inscrit dans une véritable politique de prévention en santé publique et contribue effectivement au financement de notre système de protection sociale.

Des économies immédiates sans réponse aux défis de demain

Les moyens consacrés à notre système de santé demeurent très en deçà des besoins. Le gouvernement propose ainsi un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) limité à + 2 %. Un ONDAM insuffisant signifie concrètement davantage de tensions pour l'hôpital et le médico-social mais aussi de nouvelles difficultés d'accès aux soins pour les assurés.

L'UNSA regrette également l'absence de mesures à la hauteur des enjeux liés à la perte d'autonomie, pourtant au cœur des défis démographiques à venir. Au contraire, le PLFSS pour 2027 remet en cause l'universalité de l'allocation personnalisée d'autonomie !

Face aux efforts demandés aux assurés sociaux et aux travailleurs, l'UNSA considère que d'autres leviers doivent être mobilisés.

L'élargissement des assiettes retenues pour le calcul des allègements généraux de cotisations sociales constitue un premier pas. Mais il demeure insuffisant au vu des 75 milliards d'euros d'exonérations et allègements de cotisations sociales annuels accordés aux entreprises. Pour l'UNSA, ces aides doivent désormais être conditionnées à des engagements précis en matière d'emploi, de qualité de l'emploi, de salaires ainsi que de transitions écologique et numérique.



La contribution supplémentaire demandée aux entreprises demeure quant à elle extrêmement limitée. Dans le même temps, le gouvernement fait le choix ne pas mettre à contribution les ultra-riches, ni les groupes financiers parmi lesquels les entreprises privées lucratives qui gèrent les EHPAD.

En réalité, ce PLFSS ne dessine aucune vision durable pour l'avenir de notre modèle de protection sociale. Une nouvelle fois, le gouvernement privilégie les économies sur les dépenses et demande des efforts aux assurés sociaux et aux travailleurs sans engager le débat de fond pourtant indispensable sur les ressources de la Sécurité sociale.

La soutenabilité de notre système de protection sociale nécessite une répartition beaucoup plus juste des efforts, la recherche de nouvelles recettes et une véritable réflexion sur le financement de la Sécurité sociale.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Retrouvez nos dernières actualités sur

hcfea.gouv.fr



Le HCFEA est membre du réseau du Haut-commissariat à la stratégie et au plan – HCSP (www.strategie-plan.gouv.fr).

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

