



Le directeur

Paris, le 4 décembre 2025

NOTE**Pour le Premier ministre**

À l'attention de M Philippe GUSTIN, directeur de cabinet

s/c de Mme Aurore VITOU, de Mme Lise ALTER et de M Paul BERARD, directrices et directeur de cabinet

Objet : conséquence d'un retard ou d'un défaut d'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Vous avez souhaité disposer d'une analyse des conséquences d'un retard ou d'un défaut d'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Il n'existe pas de disposition juridique décrivant précisément les conséquences d'une telle situation qui ne s'est d'ailleurs présentée qu'une fois, l'an dernier, pendant seulement deux mois.

Vous voudrez bien trouver ci-après les différents éléments de réponses que je peux vous apporter, à la lumière des travaux conduits l'an dernier. Ils s'appuient sur deux principes fondamentaux qui se dégagent des dispositions existantes dans le champ du budget de l'Etat : la nécessité d'assurer la continuité de la vie de la nation et la proscription de dépenses discrétionnaires non strictement nécessaires pour assurer cette continuité.

1. Les prestations et les cotisations restent dues indépendamment de l'adoption d'une loi de financement

À la différence du budget de l'État pour lequel le cadre organique prévoit le principe d'une gestion en « services votés » en l'absence de loi de finances, il n'existe pas de disposition équivalente de niveau organique pour la sécurité sociale.

L'essentiel des dépenses de sécurité sociale (près de 700 Md€ au total) sont des dépenses de prestations (notamment les pensions de retraite pour environ 300 Md€, les prestations familiales pour environ 32 Md€, les soins de ville correspondant aux remboursements des frais de santé et aux indemnisations des arrêts de travail pour environ 115 Md€), établies par la loi et dont les régimes sont redevables envers les bénéficiaires sans qu'aucune autorisation annuelle de dépense soit nécessaire.

Dès lors que ces prestations sont dues, l'absence de LFI ou de LFSS n'aurait donc pas de conséquence juridique ni opérationnelle directe.

En outre, la loi prévoyant l'indexation sur l'inflation des prestations en espèces au 1er janvier ou au 1er avril, elles progresseraient mécaniquement en l'absence de disposition contraire adoptée en loi de financement.

Par ailleurs, s'agissant des « soins de ville », en l'absence de loi de financement, les remboursements resteraient dus sur la base des règles en vigueur. Toutefois, aucune nouvelle négociation conventionnelle ne pourrait intervenir (notamment la négociation sur les maisons France santé) et les négociations en cours (principalement celle avec les infirmières) devraient être suspendues, dans la mesure où elles donneraient lieu à des dépenses discrétionnaires non strictement nécessaires à la continuité de la vie de la nation.

Le même principe s'applique pour les cotisations, les recettes de la sécurité sociale étant elles aussi exigibles indépendamment de l'existence d'une loi de financement. Les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale sont quant à elles soumises au principe d'annualité mais la loi spéciale qui autoriserait la perception de l'ensemble des recettes fiscales les concernerait également.

2. Pour les dépenses autres que les prestations, les règles adoptées l'an dernier pourraient être reconduites

Si le PLFSS n'est pas adopté, le même cadre de gestion que celui qui a prévalu au cours des deux premiers mois de l'année 2025 pourrait être reconduit pour les dépenses autres que les prestations dont l'existence est prévue par la

loi.

S'agissant des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé (112 Md€), rémunérés à la fois par des tarifs (55%) et par des dotations (45%), des règles différentes devraient être définies selon le mode de rémunération :

- Pour les tarifs hospitaliers, à défaut d'ONDAM adopté par le Parlement permettant d'asseoir de nouveaux tarifs, le maintien de ceux de l'année 2025 dans l'attente d'une LFSS s'imposerait. A la différence de ce qui s'est pratiqué l'an dernier sur une période courte, il me paraît nécessaire d'autoriser également cette année expressément les cliniques privées à facturer sur leur base, plutôt que de suspendre la facturation et de procéder à des avances à la demande, particulièrement lourdes en gestion et donc non généralisables ni tenables dans la durée ;
- Les dotations seraient quant à elle déléguées par 1/12^{ème} chaque mois, dans la limite de leur part reconductible. Cela signifie qu'aucune mesure nouvelle ne pourrait être financée. Si la situation se prolongeait, elle pourrait créer des problèmes de trésorerie pour certains établissements, ce qui pourrait justifier de débloquer des aides d'urgence afin de garantir la continuité de leur activité. Pour les aides à l'investissement, la règle appliquée l'an dernier était de ne déléguer les aides que sur la base des engagements juridiquement déjà pris et, s'agissant des investissements soutenus par le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), dans la limite des crédits d'ores et déjà budgétés au sein de ce fonds.

Pour les établissements du secteur médico-social (EHPAD notamment et établissements pour personnes en situations de handicap) et comme cela a été fait l'an dernier, les dotations (34 Md€) seraient reconduites par douzième, en prenant en compte les créations de places décidées en cours d'année 2025, afin d'éviter de devoir supprimer des places mais aussi les créations de places 2026 ayant d'ores et déjà fait l'objet d'un engagement juridique. Cette situation risquerait également de créer dans certains établissements des ruptures de trésorerie si elle se prolongeait dans le temps, justifiant des compléments de dotation en urgence, toujours dans l'objectif d'assurer la continuité de leur activité. Cela signifierait également un renoncement total aux mesures nouvelles (pas de créations de places EHPAD / handicap autres que celles déjà autorisées, ce qui viendrait interrompre notamment le déploiement du plan « 50 000 solutions » dans le champ du handicap, pas d'augmentation du nombre de soignants dans les EHPAD).

Les crédits du fonds d'intervention régional (5,5 Md€) pourraient être délégués aux agences régionales de santé sur la base des montants reconductibles délégués en 2025 et sans que les ARS ne puissent les engager pour des dépenses discrétionnaires non strictement nécessaire à la continuité de la vie de la nation.

Pour les opérateurs financés par l'assurance maladie (Santé Publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament, l'Etablissement français du sang, l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, le Fonds d'Indemnisation des victimes de l'amiante, etc... soit environ 3,3 Md€) il avait été décidé l'an dernier de reconduire les budgets de l'année antérieure par transposition de la règle des « services votés ».

Pour la gestion des organismes de sécurité sociale (environ 14 Md€), l'absence de loi de financement ne remettrait pas en cause les conventions d'objectifs et de gestion déjà signées entre l'Etat et les différents organismes. L'an dernier, dans l'attente de l'adoption d'une nouvelle loi de financement, et par parallélisme avec la sphère Etat, il a été décidé en outre de donner une consigne de limitation des dépenses discrétionnaires d'investissement ou de communication non strictement indispensables.

Ces règles n'ont l'an dernier été appliquées que pour une courte durée (deux mois). Leur prolongation jusqu'au terme du 1^{er} semestre, voire jusqu'à la fin de l'année 2026, conduirait à des situations de tensions et de fragilisation des établissements de santé ou médico-sociaux justifiant de manière croissante des dotations en urgence comme mentionné plus haut. En outre, l'absence de loi de financement au titre de 2026 créerait une incertitude sans précédent pour l'ensemble des acteurs du système de santé sur leur niveau de financement, qui affecterait immanquablement leur gestion.

3. L'absence de loi de financement au titre de 2026 ferait toutefois peser un risque très élevé sur le financement du système de protection sociale

Si l'absence de cadre organique pour la sécurité sociale offre une certaine forme de souplesse en cas d'absence de loi de financement, cette situation accroît le niveau de risque pour le système de protection sociale.

L'absence de loi de financement conduirait à une dégradation très forte des comptes de la sécurité sociale, avec un déficit prévisionnel en 2026 sans doute au-delà de 30 Md€ : la dérive spontanée des comptes sociaux conduirait à un déficit 2026 estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 28,7Md€, auquel s'ajouteraient la perte

de 1,6 Md€ résultant de l'absence de la clause de sauvegarde, dont le niveau de déclenchement est fixé annuellement par la loi, pour les produits de santé. Il s'agirait d'un niveau inédit en l'absence de crise économique, qui s'apparenterait à une perte de contrôle. Il pourrait en outre être aggravé encore dans la mesure où une telle situation s'accompagnerait probablement d'une dégradation macro-économique préjudiciable aux recettes sociales.

Le besoin d'emprunt de l'ACOSS serait singulièrement accru sous l'effet de l'absence de la quasi-totalité des mesures d'économie et de la mesure visant à percevoir par anticipation les remises acquittées par les entreprises pharmaceutiques. Sur le plan juridique, l'ACOSS serait, en l'absence de LFI et de LFSS, autorisée à emprunter sans limite de plafond par la loi spéciale. Son besoin de financement à court terme serait toutefois porté à plus de 100 Md€ dans cette hypothèse au cours de l'année 2026, un niveau jamais atteint et donc très risqué, hautement susceptible de fragiliser le cadre de gestion des finances sociales.

Par ailleurs, l'absence de loi de finances pourrait également conduire à une aggravation de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale au titre des prestations versées par celle-ci pour son compte, ainsi que des exonérations compensées par crédits budgétaires, ce qui accroîtrait le besoin et donc le risque en trésorerie pour les organismes de sécurité sociale au-delà du montant de 100 Md€ mentionné plus haut.

4. Les mesures conservatoires mobilisables et les modalités de pilotage

A défaut d'une loi de financement, pour maîtriser les risques de financement et garantir la continuité du système, seules des mesures conservatoires paramétriques, correspondant notamment à celles qui étaient prévues en complément des mesures du PLFSS 2026, pourraient être mises en œuvre par le Gouvernement, quoiqu'elles correspondent toutes à des mesures sensibles et très difficiles au plan politique. Il serait par exemple juridiquement et techniquement possible par voie réglementaire :

- D'améliorer les recettes de la sécurité sociale en diminuant le montant des allègements généraux (1,5 Md€ selon le dernier scénario envisagé) ;
- D'améliorer la situation de la branche risques professionnels en ne diminuant pas les cotisations (400M€) ;
- D'améliorer la situation de la branche maladie en augmentant les participations forfaitaires et les franchises (de l'ordre de 1Md€ suivant les scénarios et la date de la décision) ;
- D'améliorer la situation de la branche famille en décalant la majoration pour âge pour les prestations familiales (200 M€), ou encore en baissant les montants de référence des prestations prévus par décret (ce qui pourrait représenter 300 M€ en réduisant le montant des prestations au 1^{er} avril à hauteur de la revalorisation applicable).
- De poursuivre les mesures de freinage du fonds national d'action sociale (FNAS) de la branche famille (400 M€ en essayant de préserver les crèches au maximum)

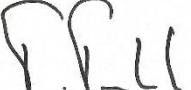
Dans le champ de l'ONDAM, l'absence de loi de financement n'empêche aucunement de continuer les négociations sur les prix des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux), en maintenant les objectifs de baisse de prix d'ores et déjà fixés (1,6 Md€), a fortiori du fait que ces négociations constituent le corollaire de négociations de prix à l'admission au remboursement de nouveaux produits, nécessaire à la continuité de la vie de la nation.

Au global, ces mesures ne permettraient de réaliser qu'une part limitée (de l'ordre de 5Md€) des mesures de redressement envisagées initialement, tandis que toutes les mesures nécessitant une base légale seraient impossibles (gel ou sous-revalorisation des prestations pour 3,5 Md€ pour l'ensemble des finances publiques dont 2,5 Md€ pour la sécurité sociale, taxation exceptionnelle des OC pour 1 Md€, gel de la CSG remplacement pour 0,3 Md€, réduction des niches sociales pour 0,3 Md€, notamment).

Les précisions techniques relatives aux éléments ici synthétisés sont directement communiquées au Secrétariat général du Gouvernement qui en a d'ores et déjà fait la demande.

La direction de la sécurité sociale se tient à votre disposition pour examiner chacune des pistes que vous jugeriez opportunes.

Le Directeur de la sécurité sociale


Pierre PRIBILE