



Secteur de l'Emploi et des Retraites

Numéro 05-2026

Réf. : FS/MB/AF

Paris, le 13 janvier 2026

DEUXIÈME SÉANCE D'OUVERTURE DE LA NÉGOCIATION SUR LES CONTRATS COURTS ET LES RUPTURES CONVENTIONNELLES

Chères et chers camarades,

Le mercredi 7 janvier 2026 s'est tenue la deuxième séance d'ouverture de la négociation sur les contrats courts et les ruptures conventionnelles.

Pour mémoire, la lettre de cadrage du 8 août 2025 imposait l'ouverture d'une nouvelle négociation sur l'assurance chômage alors que la convention d'assurance chômage de 2024 venait à peine d'entrer en vigueur et demandait des économies massives au détriment des demandeurs d'emploi. FO a contesté cette lettre de cadrage et a revendiqué son retrait jusque devant le Conseil d'État.

En date du 29 novembre 2025, le Ministre du Travail a adressé aux interlocuteurs sociaux une lettre leur demandant de trouver un accord sur les ruptures conventionnelles avec, cette fois, un objectif de 400 millions d'euros d'économies, ainsi la lettre de cadrage pourrait être retirée.

A la suite de cette demande, une réunion de négociation s'est ouverte avec toutes les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel mais avec comme seule organisation professionnelle, la CPME. Le Medef et l'U2P ne souhaitant pas se joindre à cette réunion (voir circulaire n°216-2025)

Lors de cette séance, un calendrier de négociation a été fixé. FO avait également demandé aux interlocuteurs sociaux de travailler à un accord permettant le retrait de la lettre de cadrage et a rappelé que l'ANI de 2024 prévoyait l'ouverture d'une négociation sur les contrats courts avant la fin de l'année 2025, ce qui justifiait la présence de toutes les organisations.

Conviés à la réunion suivante, prévue le 7 janvier 2026, le Medef et l'U2P ont décidé de se joindre à la négociation avec la volonté de reprendre les discussions, dès le début.

Ainsi, la réunion qui a eu lieu hier avait pour objet de : rappeler le contexte de lancement de la négociation, la fixation d'un nouveau calendrier des réunions de négociation, le lieu des réunions, la méthode de travail et l'enregistrement des thèmes proposés par chacune des organisations.

Toutes les organisations syndicales et patronales représentatives au niveau national et interprofessionnel étaient donc présentes lors de la réunion du 7 janvier.

Confédération Générale du Travail Force Ouvrière

141 avenue du Maine - 75680 Paris Cedex 14 - Tél. 01 40 52 82 00

<http://www.force-ouvriere.fr>

1. Concernant les thèmes proposés par les organisations

Pour les organisations patronales, le document de cadrage court toujours. De plus, si la convention d'assurance chômage a été agréée, ce n'est pas le cas pour l'avenant sur le bonus-malus qui prévoyait l'ouverture d'une discussion sur les contrats courts. Ainsi, aucune négociation sur les contrats courts peut être entamée, selon eux, car l'avenant n'a pas été agréé et n'a donc aucune valeur juridique. Concernant l'assurance chômage, les organisations patronales considèrent la situation préoccupante et leur volonté serait de permettre la soutenabilité du régime.

Aussi, ils souhaitent demander la suppression du document de cadrage et l'agrément de l'avenant sur le bonus-malus, sans cela aucune négociation sur les contrats courts ne sera réalisable.

Sur l'assurance chômage, les organisations patronales proposent d'ouvrir les sujets suivants :

- L'indemnisation post-rupture des ruptures conventionnelles,
- Les conditions d'entrée et les règles d'indemnisation de l'assurance chômage,
- Les régimes particuliers et les situations spécifiques : notamment les frontaliers et les intermittents du spectacle,
- La question des indus,
- Un calendrier qui permet de traiter prioritairement de l'assurance chômage puis des contrats courts.

FO s'est offusquée et a exprimé son mécontentement à l'égard des organisations patronales. FO a souligné que cette attitude se retrouvait aussi bien dans les discussions sur l'assurance chômage que sur l'Agirc-Arrco. Ce jeu dangereux peut mettre à mal le paritarisme, auquel FO est particulièrement attachée.

FO a rappelé que la dernière convention de l'assurance chômage a été signée sur la corde afin de préserver le paritarisme et a affirmé qu'elle ne signera pas un accord qui se ferait sur le dos des demandeurs d'emploi. FO s'oppose à toute mise en danger du paritarisme par les organisations patronales.

Pour FO, la négociation doit en priorité porter sur les contrats courts ; ensuite seulement pourrait s'ouvrir une discussion sur les ruptures conventionnelles, conformément au courrier du ministre du Travail. En outre, cette négociation ne saurait être conditionnée à l'agrément de l'avenant, mais repose sur l'engagement pris entre les interlocuteurs sociaux. Elle découle d'une signature réalisée dans le respect du paritarisme de négociation.

S'agissant de l'assurance chômage, FO estime que la soutenabilité du régime passe notamment par une réduction des licenciements par les entreprises et refuse d'ouvrir une négociation sur les thèmes actuellement évoqués. En particulier, aucune discussion sur les ruptures conventionnelles ne pourra avoir lieu sans une négociation et un travail exigeant sur les contrats courts. L'assurance chômage a été créée pour indemniser les privés d'emploi, or selon les chiffres de l'Unédic, de moins en moins de demandeurs d'emplois sont indemnisés.



L'ensemble des organisations syndicales s'accorde sur la nécessité d'ouvrir une négociation relative aux contrats courts, tout en envisageant la possibilité d'engager des discussions sur les ruptures conventionnelles.

Loin d'avoir trouvé un compromis sur l'ordre du jour avec les organisations patronales, les négociateurs se sont tout de même entendus sur un calendrier de discussion.

2. Concernant la méthodologie de la négociation

Le calendrier de négociation suivant a été décidé :

- S'agissant de l'assurance chômage et les ruptures conventionnelles :
 - 15 janvier
 - 11 février
 - 19 février
 - 25 février : conclusive
- S'agissant des contrats courts :
 - 28 janvier
 - 11 mars
 - 19 mars
 - 25 mars : potentiellement conclusive

Enfin, les réunions auront lieu dans les locaux de l'Unédic et chaque séance de négociation devra débuter par une phase de diagnostic.

Nous ne manquerons pas de vous tenir fidèlement informé du suivi de ces négociations.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Amitiés syndicales,

Michel BEUGAS
Secrétaire confédéral

Frédéric SOUILLOT
Secrétaire général

Secteur de la Protection Sociale Collective

Numéro 07-2026

Réf. : FS/EG/LL/DM/ES/DR/CC/CB

Paris, le 16 janvier 2026

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026

Chères et chers camarades,

La loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la Sécurité sociale (LFSS) a été publiée au JO du 31 décembre dernier.

Cette circulaire présente les principales mesures contenues dans la LFSS pour 2026 branche par branche, leur impact sur notre système de protection sociale, ainsi que les dispositions censurées par le Conseil constitutionnel (décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025).

Après une troisième lecture à l'Assemblée nationale, le texte a été adopté.

FO a été aux avants postes pour combattre ce projet de loi néfaste pour notre modèle de protection sociale et pour les assurés sociaux.

Grâce à notre mobilisation, lors des journées de manifestation des 18 septembre et 2 octobre derniers, ainsi qu'à l'action menée dans les caisses nationales et lors des différentes auditions parlementaires et sénatoriales, FO a obtenu le retrait de plusieurs mesures présentes dans le texte initial, parmi lesquelles :

- La suppression du doublement des franchises médicales ;
- La suppression du gel des prestations sociales, incluant la suppression de la sous-indexation des pensions de retraite jusqu'en 2030 ;
- La suppression des mesures remettant en cause le régime dérogatoire des ALD dites « non exonérantes » (suppression des délais de carence, et versement des IJ selon le droit commun) ;
- La suppression de la création d'un prélèvement social patronal de 8 % sur les accessoires de salaire (titres-restaurant, activités sociales et culturelles, etc.) ;
- La suppression du gel pour l'année 2026 du barème de la CSG sur les revenus de remplacement (pensions de retraite, pensions d'invalidité, allocations chômage). Cette mesure revenait en réalité à augmenter la CSG pour les ménages modestes et les personnes les plus fragiles ;
- La suppression de l'article remettant en cause la visite médicale post-congé maternité.

Pour autant, et malgré quelques avancées, notamment sur :

- le congé de naissance (deux mois par parent, fractionnable et représentant 70% du salaire net le premier mois et 60% du salaire net le deuxième mois) ;
- le renforcement des sanctions contre le travail dissimulé (passage de 25 % à 35 % de majoration, et de 40 % à 50 % de majoration en cas de travail dissimulé concernant un mineur) ;
- le renforcement des pouvoirs des URSSAF (dans le recouvrement des entreprises en difficultés) ;
- La réduction des allègements généraux pour les branches dont les minimas sont inférieurs au SMIC, revendication historique de FO ;
- Un malus de cotisation vieillesse pour les entreprises insuffisamment engagées sur l'emploi des seniors (pour les entreprises de plus de 300 salariés) ;
- La retraite des femmes : pour une mère d'un enfant, la pension sera calculée sur les 24 meilleures années ; pour deux enfants ou plus, seules les 23 meilleures années seront retenues. Le texte prévoit aussi d'ajouter deux trimestres réputés cotisés au titre de la naissance à la liste des trimestres nécessaires pour avoir une carrière longue.

FO demeure opposée à un certain nombre de mesures délétères pour les assurés sociaux telles que :

- la limitation des arrêts de travail (un mois pour une primo-prescription avec un renouvellement plafonné à deux mois) ;
- Un ONDAM qui, malgré un rehaussement à 3 %, demeure très en-deçà des besoins réels, estimés par le monde hospitalier à au moins 6 % nécessaire pour enrayer l'hémorragie des fermetures de lits, stopper les suppressions de postes et répondre correctement aux besoins d'offre de soins ;
- La taxation des mutuelles et complémentaires de 2,05% qui sera, in fine, être répercutée sur les cotisants ;
- L'extension aux entreprises de plus de 250 salariés d'une déduction de cotisations patronales sur les heures supplémentaires. Cette mesure représente une perte à gagner pour les recettes de la sécurité sociale et fragilise encore davantage le salaire différé ;
- Le rehaussement de 10% % de la contribution spécifique applicable aux indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite (40% au lieu de 30%). Cette mesure rendra encore plus difficile la signature de rupture conventionnelle.
- L'absence de renoncement au décalage, par décret, de 14 à 18 ans, de la majoration pour âge des allocations familiales et de la suppression de la prime de Noël pour les foyers sans enfants.



Pour FO, ce PLFSS ignore totalement les enjeux de long terme. Il a été adopté, sans réelle perspective de résorption du déficit de la Sécurité sociale, prévu à –19,4 milliards d’euros pour 2026. On peut d’ailleurs souligner que la branche AT/MP sera pour la première fois déficitaire (-0,5 md€ en 2025 et -1md€ en 2026).

Ce déficit, rappelons-le, résulte exclusivement des politiques de l’offre menées depuis des décennies autour du soi-disant “coût du travail”, avec l’accumulation continue des exonérations de cotisations. Ces exonérations, dont le coût s’élève à 86,9 Md€ en 2024 (allègements généraux, exonérations ciblées et spécifiques), compromettent gravement la pérennité de notre modèle social.

En la matière, FO revendique notamment :

- La conditionnalité de toutes les aides et exonérations aux entreprises ;
- La réduction immédiate du seuil de sortie des allègements généraux à 140 % du Smic, soit entre 12 et 15 Md€ de recettes supplémentaires par an ;
- la fin de l’indexation des seuils de sortie des allègements généraux sur le Smic.

Enfin, FO rappelle qu’elle continue de revendiquer **l’abrogation pure et simple** de la réforme des retraites : **sa suspension ne peut constituer qu’un préalable à l’abandon définitif de cette mesure injuste et injustifiée !**

Amitiés syndicales,

Éric GAUTRON
Secrétaire confédéral

Frédéric SOUILLOT
Secrétaire général

-
- **Annexe 1** : *Les dispositions de la LFSS branche par branche*
 - **Annexe 2** : *Circ. n°224-2025 : « Adoption du PLFSS 2026 - Mesures pour la branche vieillesse »*
 - **Annexe 3** : *Dispositions censurées par le Conseil constitutionnel*

Analyse par branche de la LFSS pour 2026

Branche Maladie

Article 52 : Dispositif expérimental de prise en charge intégrale à 100% par l'assurance maladie des actes de prélèvements consécutifs aux sévices subis par les victimes de violences sexuelles et sexistes.

Contenu du texte : suppression du ticket modérateur prise en charge intégrale par l'AMO, à titre expérimental, des actes de prélèvements effectués sur des victimes de violences sexuelles même en l'absence de plaintes.

Analyse FO

➔ FO est défavorable à cette mesure.

Article 53 : participation aux frais de santé des personnes non européennes résidant sur le territoire Français.

Contenu du texte : désormais, les personnes étrangères résidant de façon stable et régulière sur le territoire français, sans activité professionnelle peuvent être soignées à condition de payer une contribution : la PUMA (protection universelle maladie) devient ainsi conditionnée.

Rappelons que ce dispositif issu de la LFSS 2016 permettait jusqu'alors aux personnes travaillant ou résidant en France d'obtenir la prise en charge de ses dépenses de santé par la Sécurité sociale et ce, tout au long de sa vie.

L'objectif étant d'éviter les ruptures de droits, en particulier en cas de changement de situation personnelle ou de perte d'activité.

L'accès aux soins est un droit fondamental que la PUMA renforce, en la conditionnant, des personnes généralement éloignées des soins risquent se retrouver dans une situation encore plus précaire.

Analyse FO

➔ FO est favorable à cette mesure.

Article 54 : Prévenir l'augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d'accompagnement préventif dédiées

Contenu du texte :

En 2023, 25 millions de personnes souffraient de pathologies chroniques.

Le texte consiste à améliorer une prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et leur permettre un meilleur accompagnement.

Les pathologies concernées pourraient être l'HTA (hypertension artérielle) et le diabète. Un panier d'accompagnement préventif (bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique) pourrait être

financé à hauteur de 45 euros et de même qu'un bilan (45 euros). L'assurance maladie obligatoire serait le financeur principal à hauteur de 60 % (ticket modérateur de 40 %).

Il est **donc créé un nouveau panier de soins de prévention centré sur des prestations qui ne sont pas aujourd'hui prises en charge par l'assurance maladie.**

Analyse FO

- ➔ Une mesure de bon sens, que devront financer aussi les complémentaires. Il faudra que les critères médicaux permettant de déterminer l'accès à ce nouveau dispositif ne soient pas très contraignants.
- ➔ FO salue l'intention d'améliorer la prévention et l'accompagnement des malades chroniques, mais dénonce une approche qui fait reposer la prévention sur un modèle de financement partiellement privatisé.
- ➔ Pour FO, le cofinancement par les complémentaires santé introduit une rupture d'égalité entre les assurés. Là où la prise en charge des ALD repose sur la solidarité nationale, ce nouveau dispositif risque de créer une médecine à deux vitesses, où l'accès à la prévention dépendra du contrat complémentaire.
- ➔ FO souligne également que la prévention ne saurait compenser le sous-financement chronique du système de santé. Sans renforcement des moyens humains (médecins traitants, paramédicaux, accompagnants), un nouveau « parcours coordonné » risque d'être une stratégie de gestion administrative, sans effet concret sur la qualité du suivi des patients chroniques.
- ➔ FO s'inquiète d'une logique sous-jacente : en limitant le nombre d'entrées dans le dispositif ALD, l'objectif financier — plus que sanitaire — pourrait être de réduire les dépenses de remboursement. Or, les ALD ont pour vocation de protéger les plus fragiles face à des soins coûteux, non d'être restreintes par anticipation.
- ➔ Enfin, FO rappelle qu'une politique de prévention efficace doit être publique, universelle et accessible, financée par des cotisations sociales, et non dépendante d'accords entre assureurs et autorités sanitaires.

Article 55 : Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale

Contenu du texte : La vaccination contre la grippe est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, pour les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, en dehors des Ehpad ainsi que les personnes employées en Ehpad.

Un décret devra définir les conditions de mise en œuvre de cette obligation vaccinale.

Une obligation vaccinale contre la rougeole est instaurée pour certains professionnels de santé, dont la liste sera précisée par décret.

Analyse FO

- ➔ Pour FO, la vaccination doit relever du choix individuel et non d'une contrainte.

Article 56 : Généralisation du tiers payant pour les consultations de psychologues dans le cadre de mon soutien psy

Contenu du texte : entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2026

Analyse FO

➔ Pour FO, c'est une mesure de bon sens

Article 60 : Lutter contre la désertification médicale et renforcer l'accès aux soins

Contenu du texte :

⇒ **Les étudiants en médecine générale en dernière année** du diplôme spécialisées en médecine générale, **pendant leur stage, peuvent réaliser et facturer des soins.**

Le texte prévoit que ces derniers le font pour le compte du praticien agréé maître de stage ou de la structure agréée comme lieu de stage.

Dans ce cadre, ils doivent appliquer **les tarifs de la convention médicale**, ce qui suppose :

- ✓ **aucun dépassement d'honoraires possible,**
- ✓ **tiers payant obligatoire** pour la part remboursée par l'assurance maladie.

En ce qui concerne leur rémunération, celle-ci est prise en charge par le centre hospitalier *universitaire dont ils relèvent*.

Les modalités d'application du présent dispositif seront précisées par décret.

Conséquence : l'assuré n'avance pas de frais pris en charge par l'assurance maladie.

⇒ **Pour renforcer l'accès aux soins, le texte prévoit également :**

L'agence régionale de santé (ARS) peut proposer un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire. Ce contrat permet aux professionnels de santé de percevoir une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil.

Attention, Cette rémunération complémentaire ne pourra excéder 10% des rémunérations versées au médecin.

Rappelons qu'en contrepartie de cette aide, les professionnels de santé s'engagent à :

- ✓ **Exercer comme médecin généraliste libéral pendant 2 ans,**
- ✓ **S'installer dans une zone prioritaire définie par l'ARS,**
- ✓ **Respecter les tarifs opposables** (pas de dépassements d'honoraires),
- ✓ Participer à des actions définies par l'ARS en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité de soins voire de coordination de soins,
- ✓ Contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale

Un décret précisera les conditions d'application de ce texte.

Analyse FO

➔ FO est favorable aux mesures qui contribuent à l'accès aux soins. La conditionnalité des aides versées aux professionnels de santé est une mesure de bon sens.

Le directeur de l'UNCAM devra engager dans un délai de 2 mois, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles en vue de définir les participations des structures de soins relevant de ces accords au réseau des maisons France Santé et leurs rémunérations.

- ➔ Rappelons qu'une enveloppe de 150 millions d'euros avait été prévue dans le PLFSS 2026 pour financer le développement de ces structures. Toutefois, l'efficacité de ce dispositif peut être questionnée puisque l'objectif est de garantir un accès aux soins à moins de 30 minutes du domicile, alors même que de nombreux territoires manquent de médecins, qu'il s'agisse de médecins traitants ou de spécialistes
- ➔ Pour FO, la priorité ne doit pas être la création de nouvelles structures, mais l'investissement dans les professionnels de santé, dont le manque est particulièrement marqué dans les zones rurales comme dans certaines zones urbaines. Toujours selon FO, le dispositif France Santé risque de se limiter à un simple guichet d'orientation, sans répondre réellement aux difficultés d'accès aux soins.

Contenu du texte : une consultation longue à destination de toutes les femmes âgées de 45 ans à 65 ans inclus. Cette consultation constituera un cadre dédié pour l'information sur la ménopause. Une consultation réalisée à tarif opposable c'est à dire sans aucun dépassement d'honoraires.

➡ Pour FO c'est une mesure de bon sens.

- ➡ La capacité à prescrire des dispositifs médicaux et à renouveler des prescriptions médicales est ouvert à de nouveaux professionnels de santé

- ➔ Pour permettre aux assurés d'accéder plus rapidement aux soins dont ils ont besoin, de nouvelles compétences sont reconnues aux orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes orthésistes
- ➔ Un nouvel article L. 4369-9 au Code de la santé publique renvoie à un décret les conditions dans lesquelles ces trois professions peuvent prescrire ou renouveler des dispositifs médicaux inscrits sur une liste arrêtée par le ministre de la Santé et remplacer une partie de certains dispositifs médicaux inscrits sur une liste ou les réparer, sans prescription préalable
- ➔ Pour FO, c'est une mesure de bon sens en raison de la désertification médicale

Article 70 : Le service du contrôle médical du régime agricole de protection sociale

Contenu du texte : le texte prévoit que les praticiens conseils peuvent désormais faire des délégations de tâches, sous leur responsabilité, et faire réaliser des actes et certaines activités à d'autres professions médicales au sein de la caisse (infirmiers notamment).

Article 75 : Financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière

Contenu du texte : Initialement prévu pour 2026, la mise en place de la protection sociale complémentaire pour les fonctionnaires hospitaliers est reportée au 1^{er} janvier 2027.

Concrètement, les fonctionnaires hospitaliers bénéficieront de cette complémentaire santé à partir du 1^{er} janvier 2027.

Article 76 : Produits et actes prescrits par certains médecins non conventionnés

Contenu du texte : A compter du 1^{er} janvier, les produits de santé, actes et prestations prescrits par les médecins non conventionnés ne seront plus remboursables par l'assurance maladie, sauf prescriptions à titre gracieux pour le médecin lui-même ou ses proches.

Concrètement, **un patient consultant un médecin de secteur 3** verrait donc sa consultation et les ordonnances qui en découlent rester intégralement à sa charge. Cette mesure désavantage les assurés qui consultent ces professionnels de santé, alors que les travaux du HCAAM recommandaient pourtant la suppression de ce secteur.

Article 77 : Adaptation ou suppression d'actes ou prestations

Contenu du texte : le texte définit les conditions de prise en charge ou de remboursement des actes et prestations par voie réglementaire si leur inscription dans la nomenclature n'est pas traduite dans la convention médicale dans le délai de 6 mois après la fin de l'évaluation technique.

Il est également prévu de modifier à tout moment la nomenclature des actes et prestations et de négocier un avenant à la convention médicale annuellement, afin de déterminer les tarifs liés aux actes et prestations ayant fait l'objet d'une nouvelle hiérarchisation au cours de l'année.

Concrètement, si l'objectif est d'accélérer la révision de la nomenclature des actes médicaux et leur revalorisation tarifaire, les articles ajoutés disons-le, bafouent le principe du conventionnement qui constitue le socle de la négociation conventionnelle, cadre légitime d'un dialogue équilibré entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Article 78 : Inscription de nouveaux actes remboursables dans la convention médicale

Contenu du texte : le texte prévoit que lorsqu'un acte ou une prestation médicale est nouvellement inscrit ou révisé dans la liste officielle des actes remboursables, il doit normalement être intégré dans la convention médicale qui fixe les tarifs.

La convention médicale, en tant que cadre contractuel fixant notamment les tarifs, a vocation à intégrer les nouveaux actes et prestations dès leur création, afin de garantir une meilleure lisibilité et une plus grande transparence du dispositif.

Article 79 : Favoriser l'efficacité, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé

Contenu du texte : Dans un contexte où les finances publiques sont très contraintes, le gouvernement veut s'assurer que chaque euro dépensé en santé soit utile et justifié.

L'objectif est de **garantir la qualité et la sécurité des soins tout en améliorant l'efficacité** (le rapport entre coûts et résultats) **et la pertinence médicale** (éviter les actes inutiles ou redondants).

Analyse FO

- ➔ FO s'inquiète de cette généralisation des mécanismes d'incitation financière dans le système hospitalier, qu'elle considère comme une méthode de pilotage par la contrainte économique plutôt que par la santé publique.
- ➔ Selon FO, l'idée « d'efficacité » est souvent utilisée pour justifier des réductions de dépenses sans réelle prise en compte des conditions de travail et des besoins médicaux réels des patients. Derrière le discours sur la pertinence des soins, FO voit une stratégie visant à faire des économies sur les hôpitaux, en transférant la responsabilité du déficit budgétaire sur les équipes soignantes.
- ➔ FO s'oppose fermement à la logique de « récompense-punition » introduite dans les hôpitaux. Elle revient à évaluer la qualité des soins sur des indicateurs économiques, au détriment de la dimension humaine et collective de la prise en charge. Cette approche risque d'exercer une pression supplémentaire sur les professionnels de santé, déjà confrontés à des sous-effectifs chroniques, et de dissuader la prise en charge de cas complexes, plus coûteux et plus longs.

Article 81 : Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie, la durée d'indemnisation des arrêts de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et supprimer l'obligation de visite de reprise pour un retour de congé maternité : Texte adopté avec une légère modification

Contenu du texte : primo prescription de 15 jours pour un arrêt prescrit en ville et 1 mois à l'hôpital ; 2 mois pour un renouvellement.

Dérogation : il est laissé le soin aux médecins de déroger à ce plafond lorsque la situation du patient le justifie (cette justification doit être mentionnée sur la prescription).

Analyse FO

- ➔ L'impact de la mesure reste la même : limiter le droit d'être malade et une stigmatisation des professionnels de santé : encombrer les professionnels de santé déjà surchargés voire opposer les

Article 84 : Favoriser le recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération

Ces outils de nouvelle génération, souvent alimentés par l'IA, sont présentés comme des leviers clés pour sécuriser les prescriptions, renforcer leur pertinence et moderniser les pratiques médicales, vont dans le bon sens.

➡ Pour FO, ces outils de nouvelle génération souvent alimentés par l'IA sont présentés comme des leviers clés pour sécuriser les prescriptions, renforcer leur pertinence et moderniser les pratiques médicales vont dans le bon sens.

Contenu du texte : Le texte vise à réduire le gaspillage des médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie, dans un objectif à la fois économique, écologique et sanitaire. Pour cela, il autorise, hors situation de crise, la cession à titre gratuit de produits issus du stock sanitaire d'État à des entités publiques, notamment les établissements de santé. Cette mesure permet de réaliser des économies pour les bénéficiaires, d'éviter la destruction de produits non utilisés, et de mieux protéger les agents concernés, tout en générant un gain environnemental.

- ➡ Pour FO c'est une mesure de bon sens dans la mesure où le dispositif s'inscrit dans une démarche de meilleure gestion des ressources et de soutenabilité du système de santé.

Contenu du texte : Les dépenses de médicaments en France ont atteint plus de 27 milliards d'euros en 2024 et progressent désormais beaucoup plus vite qu'avant : la croissance annuelle moyenne est montée à 4,6 % entre 2022 et 2024 (contre 1,7 % sur 2017-2024).

Comme de nombreux brevets sont désormais expirés, des biosimilaires (équivalents à moindre coût des biologiques d'origine) ont été mis sur le marché.

Mais, contrairement aux génériques, qui sont massivement utilisés, les biosimilaires peinent à s'imposer en France, surtout en ville : ils ne représentent que 47 % des prescription en 2024. L'objectif affiché est d'atteindre un taux d'utilisation supérieur à 80 % (comme pour les génériques).

Pour y arriver, le texte prévoit :

- ✓ d'instaurer le tiers payant obligatoire pour tous patients acceptant un biosimilaire ou un médicament hybride substituable,
- ✓ de supprimer l'obligation faite aux médecins d'indiquer systématiquement le nom de marque à côté de la dénomination internationale du médicament, pour faciliter la prescription des biosimilaires.

Analyse **FO**

- ➔ FO prend acte de l'importance de développer le recours aux biosimilaires pour maîtriser les coûts tout en maintenant l'accès aux innovations thérapeutiques.
- ➔ Cependant, FO alerte sur le risque d'une approche trop purement économique : la politique du médicament doit rester centrée sur la qualité des soins, la liberté de prescription et le consentement éclairé du patient.
- ➔ FO rappelle que les biosimilaires, même s'ils sont équivalents cliniquement, nécessitent parfois un accompagnement des patients lors du passage du médicament d'origine vers un biosimilaire, notamment pour éviter la défiance ou les ruptures de traitement.
- ➔ FO rappelle aussi que le manque d'information et d'incitation réelle pour les praticiens freine la pénétration des biosimilaires. Les mesures purement incitatives (tiers payant, réglementation imposée sur l'ordonnance) ne peuvent remplacer le dialogue médecin-patient et la formation continue des professionnels sur ce sujet.

Article 109 : ONDAM maladie

Pour 2026, l'ONDAM est fixé à **271,4 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale **avec une progression de 3,1% par rapport à 2025** (après relèvement de 3,9 Mds€ par rapport au PLFSS initial), et la même répartition entre soins de ville et établissements de santé.

Analyse **FO**

- ➔ Cet ONDAM de 3%, demeure très en deçà des besoins réels, estimés par le monde hospitalier à au moins 6 % nécessaire pour enrayer l'hémorragie des fermetures de lits, stopper les suppressions de postes et répondre correctement aux besoins d'offre de soins

Branche Famille

Articles 1^{er}, 38, 47 & annexe - Financement de la branche famille :

Contenu des textes : Solde budgétaire de la branche :

Famille						
Année	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	58,9	60,2	60,1	61,8	62,9	64,0
Dépenses	57,8	59,3	59,7	60,4	61,1	62,0
Solde	1,1	0,8	0,4	1,4	1,8	2,0

Explications FO :

L'article 12 du PLFSS prévoit plusieurs réaffectations de recettes entre les branches de la sécurité sociale afin, notamment afin que les excédents de la branche famille viennent combler les déficits de la branche maladie et vieillesse.

Ainsi la branche famille transfère :

- aux branches maladie et vieillesse les contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d’achat d’actions (-1,6 Md€ pour 2026) ;
- à la branche maladie la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement actuellement affectée à la branche famille (-1,4 Md€ pour 2026) ;
- à la branche vieillesse la taxe sur les conventions d’assurance sur les contrats d’assurance automobile et une fraction de la taxe sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques (-1,5 Md€ pour 2026) ;
- à la branche vieillesse les taxes annuelles sur les émissions de dioxyde de carbone et sur les émissions de polluants atmosphériques (-1,0 Md€ pour 2026).

Analyse FO

- ➔ FO avait raison de tirer la sonnette d’alarme sur la situation budgétaire de la branche famille lors des deux précédentes LFSS. Le transfert d’excédents de 2 Md€ de la branche famille vers la branche maladie par la prise en charge des indemnités journalières post-natales (LFSS 2023), ainsi que la réduction des taxes sur les salaires (CSG) et de la fraction de TVA affectée à la branche (LFSS 2024 & LFSS 2025) fragilisent fortement cette dernière : son excédent n’atteindrait plus que 0,8 Md€ en 2025 et 0,4 Md€ en 2026.
- ➔ La réforme des allègements généraux de cotisations avec la suppression du « bandeau famille » de 1,8 points, réduit le coût des exonérations de cotisations affectées à la CNAF.

Ces nouvelles recettes auraient donc dû logiquement bénéficier à la branche famille. Il n'en sera rien : cet article 12 prévoit d'affecter, une nouvelle fois, une fraction de taxe sur les salaires (CSG), ainsi que d'autres contributions de la CNAF (notamment la taxe sur les véhicules terrestres à moteur, la taxe sur les conventions d'assurance et les produits de cotisation sur les jeux et paris), vers la CNAM et la CNAV.

- ➔ FO revendique que la branche ne soit plus utilisée comme variable d'ajustement des autres branches ce qui l'empêche de remplir ses missions essentielles : création de places en crèche, réforme du congé parental et revalorisation des prestations familiales.

Article 7 – Report du dispositif d'avance immédiat de crédit d'impôt pour les gardes d'enfant de moins de 6 ans

Contenu du texte :

La généralisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt est reportée au 1^{er} septembre 2027 (initialement prévu au 1^{er} juillet 2027) pour les activités de garde d'enfants de moins de 6 ans.

Analyse FO

- ➔ Les conditions techniques ne sont pas encore réunies pour que sa mise en œuvre intervienne dans les délais et les conditions prévus par la loi en raison des interactions entre les systèmes d'information de l'Acoss et de la DGFIP, lesquels ne permettent pas à ce jour d'exclure les risques d'erreur ou de fraude quant au correct rattachement de l'enfant à charge ou quant à l'identification de l'état civil des enfants. Aussi, alors que celui-ci a déjà fait l'objet de tentatives de fraudes, cet amendement du rapporteur général vise à sécuriser sa mise en œuvre en reportant au 1^{er} septembre 2027 sa généralisation aux activités de garde d'enfants de moins de six ans.
- ➔ Ce délai semble néanmoins encore un peu court pour régler l'ensemble des difficultés techniques.

Article 98 – Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires

Contenu du texte :

Le délai de recouvrement des pensions alimentaires impayées par les Caf et la MSA, via l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) passerait de 2 à 5 ans à compter du 1^{er} avril 2026.

Analyse FO

- ➔ Les impayés de pension alimentaire reposent sur la Sécurité sociale. La mesure proposée vise à réformer les procédures actuelles pour étendre la durée durant laquelle il est possible de procéder au paiement direct. L'Aripa pourra ainsi recouvrer des sommes plus importantes en récupérant les impayés d'une ancienneté supérieure à deux ans pour lesquels la procédure actuelle n'est plus applicable.
- ➔ FO est favorable à l'allongement de ce délai.

Article 99 – Créer un congé supplémentaire de naissance**Contenu du texte :**

Cet article introduit la création d'un congé supplémentaire de naissance, indemnisé par la Sécurité sociale et venant s'ajouter aux congés de maternité, de paternité et d'adoption.

D'une durée d'un mois ou deux, ce congé pourrait être pris par chaque parent simultanément ou alternativement. Il pourra être fractionné en deux périodes d'un mois chacune, selon des modalités définies.

Le texte prévoit que les parents percevront, au titre de ce congé, une fraction de leurs revenus d'activité antérieurs, dans la limite d'un plafond et ramenée à une valeur journalière. Le montant exact sera fixé par décret en Conseil d'État (annoncé à 70% du salaire net le 1^{er} mois et 60% le deuxième mois).

Ce congé est applicable à compter du 1^{er} janvier 2026, néanmoins du fait des contraintes techniques, ce dernier ne sera accessible qu'à compter du 1^{er} juillet 2026. Concrètement les parents d'enfants nés ou adoptés entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 mai 2026 bénéficieront d'un délai supplémentaire exceptionnel pour prendre ce nouveau congé : il s'étend jusqu'à la fin de l'année 2026, contre neuf mois après la naissance en droit commun.

Analyse FO

- ➔ FO est favorable à la création d'un congé supplémentaire de naissance.
- ➔ Néanmoins FO revendique que cette indemnité soit alignée sur celles des congés maternité et paternité, conformément à une revendication historique de notre organisation en faveur de l'allongement de ces congés.
- ➔ Rendre l'indemnité dégressive d'un mois sur l'autre serait contreproductif. Les difficultés actuelles en matière de modes de garde et la baisse de la natalité devraient au contraire inciter les pouvoirs publics à créer de nouveaux droits, rapprochant enfin la France des standards européens en matière de congés de naissance.
- ➔ De même, ce congé devrait pouvoir être pris au moins jusqu'au 1 an de l'enfant pour permettre une plus grande flexibilité aux parents.
- ➔ Par ailleurs, pour garantir un véritable service public de la petite enfance, répondant aux besoins des parents et favorisant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et familiale, FO réclame une réforme en profondeur du congé parental. L'actuelle prestation PreParE est un échec : avec moins de 1 % des pères éligibles y ayant recours. Le caractère forfaitaire et le faible montant de cette prestation font que ce sont principalement les mères qui en bénéficient, ce qui accentue les inégalités. FO est donc en pleine adéquation avec l'exposé des motifs qui prévoit que des : « travaux seront menés pour refondre plus globalement les congés parentaux, en s'interrogeant notamment sur le maintien de la PrePaRe, prestation de moins en moins utilisée par les parents ». Notre confédération sera vigilante quant à cette refonte et participera activement à toutes les concertations prévues.

Article 100 – Non prise en compte des indemnités de fin de contrat dans le calcul du CMG

Contenu du texte :

Pour calculer le CMG, les indemnités de fin de contrat de travail ne sont pas prises en compte c'est le cas ici :

- De l'indemnité de licenciement
- De l'indemnité de rupture conventionnelle
- De l'indemnité de départ à la retraite ou autres ruptures particulières
- Indemnités liées aux CDD
- Indemnités de congés

Analyse FO

➔ FO est favorable avec cette mesure.

Branche Recouvrement**Article 4 - Renforcement des pouvoirs des organismes de recouvrement**

Ce texte prévoit plusieurs mesures pour renforcer le pouvoir des organismes de recouvrement :

1) Exception de nullité des paiements accomplis lors de la période dite « suspecte »

Contenu du texte : ce texte vise à modifier L. 632-2 du code de commerce pour créer une exception à la nullité des paiements accomplis lors de la période suspecte au titre du précompte salarial (articles L. 243-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-20 du code rural et de la pêche maritime), de la taxe sur la valeur ajoutée (chapitre premier du titre II de la première partie du livre premier du code général des impôts) ou du prélèvement à la source (article 204 A de la section VIII du chapitre premier du titre premier de la première partie du livre premier du code général des impôts).

Explications de la mesure : Lorsqu'une entreprise fait l'objet d'un jugement d'ouverture de redressement ou de liquidation judiciaire, le tribunal de commerce peut fixer sa date de cessation des paiements à une date antérieure à celle du jugement. La période qui s'étend de la date de cessation des paiements au jour du prononcé du jugement d'ouverture de la procédure est qualifiée de « période suspecte ».

Pour faire échec à d'éventuels comportements frauduleux, le législateur a souhaité frapper de nullité de plein droit les actes du débiteur réalisés au cours de cette période suspecte ayant pour finalité de dissiper son actif ou d'avantager certains de ses créanciers. Il a par ailleurs prévu à l'article L. 632-2 du code de commerce une nullité facultative, au cas par cas, de certains actes réalisés au cours de cette même période quand le juge considère que les créanciers avaient connaissance de l'état de cessation des paiements de leur débiteur.

Les paiements perçus pour dettes échues effectués à compter de la date de cessation des paiements, ainsi que des saisies administratives, saisies attribution ou opposition exécutées par un créancier en connaissance de l'état de cessation des paiements du débiteur sont soumis au même régime et peuvent donc, comme n'importe quel paiement, faire l'objet d'une annulation, ce qui induit un remboursement au débiteur. La connaissance de l'état de cessation des paiements, qui est une condition de ce type de nullité, est laissée à l'appréciation souveraine des juges du fond.

Or, au terme d'une évolution jurisprudentielle défavorable aux créanciers publics, les juridictions retiennent régulièrement que l'Urssaf qui est à l'origine de l'assignation en redressement judiciaire a nécessairement connaissance de l'état de cessation des paiements de son débiteur. Ainsi, des paiements de cotisations et contributions, et notamment du précompte salarial, pourtant exigibles par application de la loi, sont annulés et doivent faire l'objet d'une restitution s'ils ont été effectués pendant la période suspecte.

C'est particulièrement le cas des paiements consentis au titre du précompte des parts salariales, de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ou du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, à raison de leur caractère d'ordre public. Cette caractéristique est liée notamment au fait que l'employeur collecte et paie, s'agissant du précompte salarial et du prélèvement à la source de l'IR, des sommes dues par les salariés. S'agissant de la TVA il s'agit de sommes collectées par l'entreprise sur ses clients, conservées dans sa trésorerie et destinées à être reversées à l'administration fiscale. La retenue par-devers soi de ces montants est constitutive d'inobservations graves et répétées aux obligations fiscales et sociales, susceptible de poursuites civiles et pénales.

Ce texte prévoit donc une exception de nullité pour permettre à l'URSSAF de récupérer ces sommes.

Analyse FO

- ➔ FO est favorable avec cette mesure puisque ces paiements résultent d'obligations d'ordre public et que les Urssaf, les caisses de mutualité sociale agricole et les administrations fiscales ne sont pas des partenaires commerciaux du débiteur susceptibles de rechercher un avantage frauduleux.

2) Octroi automatique d'un caractère privilégié aux créances des organismes de recouvrement social, sans nécessité d'une inscription auprès du greffe des tribunaux.

Explications de la mesure : Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur. Mais à partir d'un certain montant, le privilège doit être inscrit. L'inscription est ainsi obligatoire dès lors que la créance dépasse le seuil réglementaire.

Analyse FO



- ➔ L'octroi automatique d'un caractère privilégié aux créances permettra d'assurer de meilleures conditions de remboursement pour les créances des organismes de recouvrement en cas de procédure collective.

3) Allongement dans certains cas le délai, dans le cadre d'une procédure collective, permettant de convertir une déclaration provisionnelle en déclaration définitive pour les créances des organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Cela permettra d'aligner le traitement des créances sociales sur celui des créances fiscales.

Explications de la mesure: Cette mesure permet, dans certaines procédures de faillite ou de redressement d'entreprise, de donner plus de temps aux l'Urssaf pour transformer une déclaration provisoire de créances en déclaration définitive.

Analyse FO

- ➔ FO est favorable avec cette disposition qui permettra d'aligner le traitement des créances sociales sur celui des créances fiscales.

4) Autorisation, pour une durée de trois ans, le mandatement par les URSSAF des présidents de commission des chefs de service financiers, instances locales de coordination des créanciers publics, pour les actes relatifs à la prise de garanties.

Explications de la mesure : Les organismes de sécurité sociale, ne relèvent pas des mêmes dispositions que les comptables publics des administrations de l'Etat composant la commission des chefs de services financiers (CCSF). En effet, les dispositions du code de la sécurité sociale ne prévoient aucun mandat ou délégation de signature du directeur d'un organisme de sécurité sociale à un tiers extérieur aux organismes de sécurité sociale, pour les actes de la vie civile. Par conséquent, faute de dispositions expresses l'autorisant, le directeur de l'Urssaf ne peut pas donner mandat au président de la CCSF de le représenter à la CCSF pour accorder un échéancier ou pour prendre des garanties.

La mesure prévoit que, pour une durée de trois ans à compter du 1er janvier 2026, et en ce qui concerne les entreprises dont la situation fait l'objet d'un examen conjoint dans le cadre d'une commission instituée entre créanciers publics présidée par un directeur départemental ou régional des finances publiques, les directeurs des organismes des régimes de base de sécurité sociale chargés du recouvrement peuvent donner mandat au président de cette commission pour la prise, l'inscription, la gestion et la réalisation des sûretés et garanties accordées par les débiteurs.

Analyse FO

- ➔ Cette mesure permettra de simplifier et accélérer les actes de procédure, notamment en cas de créances contractées par de multiples établissements.

Article 5 - Renforcement des pouvoirs des organismes de recouvrement

Contenu du texte : Ce texte vient préciser le cadre légal de l'émission de déclarations sociales nominatives correctives établies à l'issue d'un contrôle conduit par les Urssaf ou par les caisses de mutualité sociale agricole et à sécuriser l'ajustement des droits sociaux des assurés lorsque les données des déclarations sociales réalisées par leurs employeurs ont fait l'objet de corrections par les organismes de recouvrement.

Il tend ainsi, à s'assurer que les employeurs remplissent leurs obligations déclaratives prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, dans des conditions garantissant la constitution de droits sociaux par leurs salariés.

Analyse FO

➔ Pas de commentaires particuliers, favorable.

Article 11 - Malus de cotisations pour les entreprises insuffisamment engagées sur l'emploi des seniors

Contenu du texte : Prévoit de rendre obligatoire et effective la négociation sur le maintien en emploi des seniors pour toutes les entreprises de 300 salariés et plus, sous peine de sanction prenant la forme d'un malus sur les cotisations vieillesse.

Analyse FO

➔ Favorable avec cette mesure. Afin de faire respecter l'ANI en faveur de l'emploi des seniors, il était nécessaire de créer des sanctions.
➔ L'objectif est désormais de favoriser l'emploi des seniors dans de bonnes conditions.

Article 12 - Augmentation de la CSG sur les produits d'épargne financière (de 9,2% à 10,6%).

Contenu du texte :

- Le taux de CSG reste à 9,2% pour : les revenus fonciers et plus-values immobilières, les revenus issus des contrats d'assurance de vie, les plans d'épargne logement et les contrats d'épargne logement ainsi que les plans d'épargne populaire.
- Relèvement de 1,4 points du taux de CSG (de 9,2% à 10,6%) sur les produits d'épargne financiers : Ce rehaussement prendra la forme d'une contribution financière pour l'autonomie (CFA) affecté donc à la branche autonomie. Cette contribution doit permettre notamment le recrutement de 4500 professionnels dans les EHPADs.

Analyse FO

➔ S'il est positif que ce rehaussement porte sur les produits financiers plutôt que sur les revenus de remplacement ou les salaires, on peut néanmoins regretter que les seules pistes

de recettes envisagées passent par l'impôt (CSG) et non par la cotisation ce qui fiscalise encore davantage notre modèle social.

Article 13 - Créer une contribution des Organismes complémentaires au titre de l'année 2026

Contenu du texte :

Le texte instaure une contribution exceptionnelle de 2,05 % sur le chiffre d'affaires 2025 des organismes complémentaires (OC), en réponse aux hausses de cotisations opérées en 2025, justifiées alors par une réforme du ticket modérateur finalement abandonnée.

Le texte prévoit que pour l'année 2026, le montant de ces cotisations ne peut être augmenté par rapport à celui applicable pour l'année 2025.

Il prévoit aussi qu'avant le 31 mars 2026, le Gouvernement et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engagent avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie une négociation relative aux conditions tendant à ce que le montant de la contribution instituée au présent article ne soit pas répercuté sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire stipulées au cours des exercices en cours et à venir par les organismes assujettis.

Analyse FO

- ➔ Dans un contexte de baisse du pouvoir d'achat, cette mesure va entraîner :
 - un risque de renoncement aux soins pour les plus fragiles,
 - et une accentuation des inégalités d'accès aux soins.
- ➔ Le texte prévoit que le montant de ces cotisations ne peut être augmenté par rapport à celui applicable pour l'année 2025. Les Complémentaires sont mobilisées sur le sujet.

Article 15 - Réduire les niches sociales applicables aux compléments salariaux

Contenu du texte :

Cet article prévoit un relèvement de 10% de la contribution spécifique applicable aux indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite (40% au lieu de 30%).

Analyse FO

- ➔ Pour justifier cette mesure le gouvernement évoque : « un accroissement des phénomènes d'optimisation dans les ruptures du contrat de travail » (sous-entendant que certains salariés chercheraient à bénéficier indûment de l'assurance chômage).
- ➔ Pour FO, cette analyse est erronée. Dans les faits, bon nombre de ruptures dites « amiables » n'en ont que le nom. Elles sont souvent subies par le salarié, qui préfère accepter une rupture conventionnelle plutôt que de continuer à endurer une situation de harcèlement, de burn-out, de mise au placard ou de pression managériale. Loin d'une logique d'«

opportunisme », ces salariés cherchent avant tout à échapper à une situation professionnelle devenue insoutenable. L'allocation de retour à l'emploi ne représente pas un avantage, mais un filet de sécurité minimal, souvent synonyme d'angoisse face à la perte d'un emploi et d'une partie des revenus.

Article 20 - Réduction des allègements généraux pour les branches dont les minimas sont inférieurs au SMIC

Contenu du texte :

Il est prévu de calculer les allègements généraux sur les minima de branche (et non sur le SMIC) lorsque ceux-ci sont inférieurs au salaire minimum de croissance.

Analyse FO

- ➔ Répond à une revendication de FO formulée lors de la conférence sociale.
- ➔ L'objectif étant d'inciter les branches concernées à revaloriser leurs minimas.

Article 21 - Extension aux entreprises de plus de 250 salariés d'une déduction de cotisations patronales sur les heures supplémentaires.

Contenu du texte :

Ce texte prévoit d'élargir la déduction forfaitaire de cotisations patronales sur les heures supplémentaires, aux entreprises de plus de 250 salariés.

Pour rappel dans les entreprises de 20 à 250 salariés, la déduction forfaitaire est fixée à 0,50 euro par heure rémunérée, l'objet du texte est ici de l'élargir aux entreprises de plus de 250 salariés.

Analyse FO

- ➔ Défavorable, FO défend le salaire différé, chaque heure travaillée doit être soumise à cotisations de sécurité sociale.
- ➔ Ce type de mesure fragilise les recettes pour financer notre modèle social, elles sont les causes premières du déficit actuel.

Article 23 – Rationalisation de certaines mesures d'exonération

Contenu du texte :

Il est prévu de rationaliser certaines exonérations spécifiques :

- L'exonération relative à l'aide à la création et la reprise d'entreprise (ACRE) : proposition de réduire le niveau pour les futurs bénéficiaires (le montant de l'exonération ne pourra pas dépasser 25%) et de recentrer le dispositif sur le public les plus fragiles. En revanche le dispositif actuel de l'ACRE reste le même pour la sphère agricole.

Le texte prévoit pour Mayotte :

- de réviser les modalités d'application de la réduction générale sur les bas salaires applicable à Mayotte, en y intégrant les contributions patronales d'assurance chômage et

en augmentant le point de sortie de cette réduction à 1,6 fois le SMIC mahorais, à partir du 1er janvier 2026 ;

- d'étendre l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale dite « LODEOM » à Mayotte en contrepartie de la suppression du CICE, à partir du 1er janvier 2027.

Ces mesures sont prévues dans la loi de programmation pour la refondation de Mayotte, l'objectif de cet amendement est de sécuriser au plus tôt leur application pour les entreprises mahoraises.

Analyse **FO**

- ➔ Les mesures de rationalisation des exonérations liées à l'ACRE, est évidemment très insuffisant pour permettre un retour à l'équilibre des comptes sociaux.
- ➔ Il aurait été plus judicieux d'agir sur les allègements généraux, notamment en réduisant immédiatement le seuil de sortie à 140 % du SMIC. Une telle mesure aurait permis de recouvrer entre 12 et 15 milliards d'euros supplémentaires par an, soit un quart de l'effort demandé aux assurés sociaux, ce qui aurait été bien plus efficace que de pénaliser le salaire des apprentis pour un résultat insignifiant sur les recettes de la Sécurité sociale.
- ➔ Concernant Mayotte il est logique que l'harmonisation ait lieu même sur des dispositifs pour lesquels nous sommes contre, même s'il serait plus urgent d'agir sur l'harmonisation des droits sociaux plutôt que sur les mesures d'exonérations de cotisations.

Article 48 – Objectif d'amortissement de la dette sociale et transfert à la CADES de 15 milliards d'euros de déficit

Contenu du texte :

Pour l'année 2026, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,4 milliards d'euros.

Introduit par le Sénat et repris par l'AN un amendement à ce texte prévoit le transfert de 15md€ de la dette de l'ACOSS vers la CADES.

Plus précisément cela signifie :

- 9 milliards d'euros de déficit pour la branche maladie sont transférés à la CADES
- 6 milliards de déficit de la branche retraite sont transférés
-

Analyse **FO**

- ➔ Ce transfert va permettre de soulager la trésorerie de l'ACOSS, qui n'a en principe pas vocation à s'endetter.
- ➔ Toutefois il convient de rappeler que FO avait alerté sur le fait que l'emballlement du déficit était désormais supérieur à la capacité annuelle de financement de la CADES. Ainsi le financement des déficits nouveaux de la Sécurité sociale n'est plus assuré depuis 2024 par la CADES, dont les ressources doivent servir pourtant à rembourser la dette sociale qui lui a été affectée jusqu'à la cessation de son activité, prévue en 2033. La faute ? Au transfert de la dette COVID à la CADES ainsi que la multiplication des mesures d'exonérations !

- ➔ Ces choix budgétaires dénoncés avec force par FO, ont entraîné le creusement de la dette sociale, désormais supportée par l'URSSAF Caisse nationale, qui gère la trésorerie des branches. FO alerte de nouveau les pouvoirs publics : en l'absence de réformes, cette dette augmentera rapidement et pourrait atteindre, selon la Cour des comptes, près de 115 Md€ en 2028.
- ➔ D'ailleurs, et comme le rappellent très justement les hauts magistrats : le niveau de dette croissant qui pèse ainsi sur l'URSSAF Caisse nationale contrevient à sa mission, puisque cette agence, comme la Sécurité sociale dans son ensemble, « n'a pas vocation à s'endetter ». Pourtant avec ce relèvement inévitable, l'URSSAF CN est aujourd'hui encore plus dépendante de l'emprunt et des créanciers qu'hier.

Article 49 – Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Contenu du texte : Relèvement du plafond d'emprunt de l'ACOSS à 83 milliards d'euros pour l'exercice 2026, soit un niveau supérieur à celui de l'année 2025, fixé à 65md€.

Analyse FO

- ➔ Même analyse que pour l'article 48.

Lutte contre la fraude

Article 41 – Annulation des cotisations prise en charge au bénéfice du professionnel de santé reconnu coupable de frais à caractère frauduleux :

Contenu du texte :

Cet article vise à rendre automatique l'annulation par l'Assurance maladie des cotisations sociales qu'elle a prises en charge au bénéfice du professionnel de santé reconnu coupable de faits à caractère frauduleux.

Analyse FO

- ➔ C'est une revendication historique de FO, nous sommes donc favorables avec cette disposition.

Article 44 – Renforcement des sanctions contre la fraude au travail dissimulé :

Contenu du texte :

Cet article vise à renforcer les sanctions contre la fraude au travail dissimulé, et plus précisément à porter de 25 % à 35 % le taux de majoration des cotisations sociales en cas de travail dissimulé, et de 40 % à 50 % le même taux applicable en cas de travail dissimulé d'une personne mineure. Cette majoration de taux s'applique aux procédures engagées à compter du 1er juin 2026.

Analyse FO

- ➔ Cette disposition répond à une revendication historique de FO, nous sommes donc favorables avec cette disposition.

Article 45 – Nouvelle répartition des pénalités prononcés lorsqu’un travailleur de plateforme ne transmet pas à la plateforme les données permettant leur identification ou lorsque les plateformes ne transmettent pas ces mêmes données aux Urssaf :**Contenu du texte :**

Cet article propose de répartir différemment les montants maximaux de pénalités pouvant être prononcés en cas de défaut de transmission des données nécessaires à l'identification des travailleurs afin de faire davantage peser la responsabilité sur les plateformes en divisant par deux le montant applicable aux travailleurs et en multipliant par deux celui applicable aux plateformes.

- Pénalité applicable aux travailleurs : 3250 euros (au lieu de 7500 euros)
- Pénalité applicable à la plateforme : 15 000 euros (au lieu de 7500 euros)

Analyse FO

- ➔ Il aurait été préférable de maintenir le montant initial applicable aux travailleurs (7500) et doubler celle applicable à la plateforme (15 000).

Branche AT/MP**Article 81 – Limitation de la période d’indemnisation temporaire des AT/MP :****Contenu du texte :**

La modification de l'article L. 433-1 clarifie et encadre les conditions de versement des indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en introduisant notamment une durée maximale de versement, en précisant les effets d'une reprise du travail, et en définissant les situations dans lesquelles ces indemnités cessent d'être dues.

1. Instauration d'une durée maximale de versement des indemnités journalières

Les indemnités journalières AT-MP sont désormais versées pendant une période d'une durée maximale, fixée par décret et calculée de date à date. Cette durée maximale ne pourra toutefois pas être inférieure à celle applicable en matière d'indemnités journalières d'affections longues durée (article L. 323-1, 1°) soit 3 ans.

Le texte précise également que, lorsqu'une interruption de travail est suivie d'une reprise, le décompte de cette durée maximale recommence à zéro à condition que la reprise du travail atteigne une durée minimale, elle aussi fixée par décret. Ce mécanisme permet d'éviter qu'une courte reprise interrompue par une rechute n'épuise artificiellement le droit aux indemnités journalières.

2. Clarification des conditions d'arrêt du versement des indemnités journalières

Un nouvel alinéa est inséré après le deuxième alinéa. Il énonce que les indemnités journalières sont versées pendant toute la période d'incapacité temporaire de travail, jusqu'à l'une des échéances suivantes :

- guérison complète,
- consolidation des lésions,
- décès de la victime,
- ou expiration de la durée maximale introduite par le texte (nouveau).

Lorsque cette durée maximale est atteinte, l'incapacité est réputée devenir permanente, ce qui permet d'engager l'examen des droits à rente au titre de l'incapacité permanente partielle (IPP).

Le texte réaffirme également que les indemnités journalières sont dues en cas de rechute ou d'aggravation dans les conditions définies à l'article L. 443-2.

3. Exclusion de certaines indemnités du plafonnement nouvellement créé

Enfin, la durée maximale instaurée au deuxième alinéa n'est pas applicable aux indemnités journalières visées à ce troisième alinéa. Il s'agit d'un dispositif dérogatoire destiné à exclure certaines catégories d'indemnités du champ de la limitation temporelle, afin de préserver les droits de publics particuliers ou de situations spécifiques.

Analyse FO

- ➔ L'article 28 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 introduit une réforme majeure du régime AT/MP en limitant à environ trois ans la durée maximale de versement des indemnités journalières versées aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. À l'issue de cette période, si la personne n'a pas repris le travail, elle sera automatiquement placée en situation de guérison ou de consolidation. Si des séquelles persistent, elle basculera vers une incapacité permanente, avec l'ouverture éventuelle d'un droit à un capital ou à une rente.
- ➔ Derrière une apparente mesure de « simplification », cette disposition constitue une véritable aberration médicale et sociale. Elle repose sur une logique purement budgétaire, au détriment des droits fondamentaux des victimes et de la réalité des parcours de soins.
- ➔ D'un point de vue médical, la consolidation est censée intervenir lorsque l'état de santé est stabilisé, c'est-à-dire lorsque plus aucune amélioration n'est attendue. Ce n'est pas un acte administratif mais une décision médicale individualisée, qui dépend de la nature de la pathologie, de l'évolution clinique et des traitements en cours. Imposer une consolidation automatique au bout de quatre ans revient à nier cette réalité médicale. Certaines pathologies — notamment les maladies chroniques ou les polytraumatismes lourds — nécessitent des prises en charge longues et complexes. Leurs évolutions ne peuvent être réduites à une norme arbitraire. La stabilisation peut intervenir bien au-delà de quatre ans, après des années de rééducation, de traitements spécialisés, voire de rechutes. Une consolidation forcée dans ce contexte revient à figer artificiellement une situation médicale encore évolutive.

- ➔ D'un point de vue indemnitaire, le passage forcé du régime d'incapacité temporaire au régime d'incapacité permanente aura des conséquences graves sur l'indemnisation des victimes.
- ➔ Aujourd'hui, lorsqu'un salarié est en arrêt de travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il perçoit des indemnités journalières spécifiques financées par la branche AT/MP, plus favorables que celles de droit commun :

- Du **1er au 28^e jour d'arrêt**, la victime perçoit **60 % de son salaire journalier de référence**, dans la limite d'un plafond fixé à **€ 233,10 bruts par jour** en 2025 (correspondant à un salaire journalier plafonné à 388,50 €).
- À compter du **29^e jour**, ce taux est porté à **80 % du salaire journalier**, toujours dans la limite de ce même plafond.

Ce versement est maintenu tant que la victime est médicalement reconnue en incapacité temporaire de travailler, que cette incapacité soit partielle ou totale.

Il cesse uniquement :

- Si la victime guérit complètement (retour à l'état antérieur à l'AT/MP) ;
- Si son état est déclaré consolidé (l'état de la victime n'évolue plus mais elle garde des séquelles) ;
- ou en cas de décès avant que la victime ait été guérie ou consolidée.

Il n'existe actuellement aucune durée maximale légale de guérison / consolidation : celle-ci intervient lorsque l'état médical le justifie, pas à une date arbitraire.

La réforme introduite par l'article 28 prévoit une limitation stricte à quatre ans de versement des IJSS AT/MP ;

Au-delà de ce délai, même si l'état de santé de la victime n'est pas stabilisé, elle sera réputée consolidée et basculera automatiquement vers le régime d'incapacité permanente.

La victime percevra alors :

- si le taux d'incapacité est inférieur à 10 % → versement d'un capital forfaitaire unique (entre 479,55€ et 4794,83€ en 2025),
- si le taux est supérieur ou égal à 10 % → versement d'une rente viagère, payée semestriellement.

Or, que cela soit par le biais d'un capital ou par le biais d'une rente, l'indemnisation de l'incapacité permanente est bien moins avantageuse pour la victime que l'indemnisation de l'incapacité temporaire.

Pour les rentes, le montant est calculé selon la formule suivante :

RENTE ANNUELLE = TAUX UTILE × SALAIRE UTILE

Le taux utile est déterminé à partir du taux d'incapacité reconnu :

- Pour la fraction **jusqu'à 50 %**, on divise par 2 (par exemple 30 % devient 15 %).
- Pour la fraction **au-delà de 50 %**, on multiplie par 1,5.

Le **salaire utile** correspond au salaire de référence de la victime au moment de l'accident, ou à une moyenne si cela est plus représentatif. Ce salaire sert de base au calcul de la rente. Il ne peut pas être inférieur au salaire minimum des rentes, fixé à **21 327,85 € au 1^{er} avril 2025**.

Lorsque le salaire annuel dépasse ce minimum, il est retenu selon un système de tranches :

- jusqu'à 2 fois le salaire minimum des rentes, il est pris en compte en totalité ;
- pour la fraction comprise entre 2 et 8 fois le salaire minimum, seule un tiers est retenu ;
- pour la fraction excédant 8 fois le salaire minimum, cette partie est écartée du calcul.

Ainsi, plus le salaire de référence est élevé, plus la part réellement prise en compte pour le calcul de la rente diminue, ce qui limite mécaniquement le montant maximal pouvant être perçu.

La rente est versée à vie, en deux échéances semestrielles, et n'est pas indexée sur l'évolution du salaire réel de la victime (hormis une revalorisation annuelle très faible).

Cette bascule entraîne donc une perte financière significative pour la victime, au moment même où ses besoins médicaux et sociaux peuvent rester élevés.

Exemple chiffré

Prenons l'exemple d'une salariée qui percevait 2 500 € nets par mois (environ 3 200 € bruts), soit environ 117 € nets par jour.

➤ **En incapacité temporaire, elle perçoit :**

En 2025, le salaire journalier maximal pris en compte est de 388,50€. L'indemnité journalière maximale est donc de :

- 60% de 388,50 = 233,10€ (1^{er} au 28^e jour)
- 80% de 388,50€ = 310,80€ (à partir du 29^e jour)

Cela correspond à environ 9.324€ bruts par mois de salaire maximal pris en compte

Salaire journalier brut estimé pour notre salariée : **3.200€ (*brut mensuel* ÷ 30 ≈ 106,67€/jour**

- **Du 1^{er} au 28^e jour :**
 - 60 % × 106,67 € = 64,00 € / jour
 - → env. **1 920 € bruts / mois**
- **À partir du 29^e jour :**
 - 80 % × 106,67 € = 85,33 € / jour
 - → env. **2 560 € bruts / mois**

Ce montant est versé tant que la personne est en arrêt, même plusieurs années, si son état médical le justifie.

➤ **En incapacité permanente, elle perçoit :**

Supposons qu'au moment de la consolidation forcée, le taux d'incapacité retenu soit de **20 %**.

- Taux utile = $20 \% \div 2 = 10 \%$
- Salaire utile = 3 200 € bruts mensuels → 38 400 € bruts annuels
 - Rente annuelle = $10 \% \times 38\,400 \text{ €} = 3\,840 \text{ € / an}$ (versés en deux fois par an)
 - Soit 320€ par mois
 - **Perte mensuelle par rapport aux IJSS : $2\,560 \text{ €} - 320 \text{ €} = 2\,240 \text{ € / mois}$ soit 26 880 /an**

Même avec un taux d'incapacité plus élevé (ex. 50 % → taux utile 25 %), la rente resterait largement inférieure au revenu de remplacement perçu sous IJSS :

- $25 \% \times 38\,400 \text{ €} = 9\,600 \text{ € / an} \rightarrow$ soit 800 € / mois
- → perte mensuelle d'environ 1700 €.

Si le taux est inférieur à 10 %, la victime ne perçoit qu'un **capital unique**. Par exemple, pour un taux de 8 %, le capital en 2025 est de 4 075,64 €. Ce montant **ne couvre même pas deux mois de revenus** équivalents aux IJSS.

La consolidation déclenche également l'évaluation des séquelles et la fixation du taux d'incapacité. Si celle-ci est prématurée, l'évaluation se fera sur un état de santé qui n'est pas stabilisé, entraînant une sous-estimation mécanique des préjudices. Les souffrances endurées, les pertes fonctionnelles, les besoins en appareillage ou en tierce personne risquent d'être mal appréciés, ce qui compromet durablement la réparation du dommage. Ce risque est d'autant plus fort que les victimes les plus précaires auront davantage de difficultés à contester ces décisions devant les juridictions.

Au-delà de ces impacts individuels, la mesure fragilise le modèle même de la réparation AT/MP, fondé historiquement sur la présomption d'origine professionnelle et sur une protection renforcée des travailleurs victimes. En imposant une consolidation automatique, l'État transfère une partie du coût du risque professionnel sur les victimes elles-mêmes, en réduisant la durée des prestations temporaires et en limitant la portée de l'indemnisation.

En somme, cette réforme est une fausse simplification mais une vraie régression. Elle substitue à une logique médicale et protectrice une logique comptable et normative qui nie la singularité de chaque parcours de soin. Elle aggravera les inégalités, précarisera les victimes les plus lourdement atteintes et affaiblira encore la portée du régime AT/MP.

➔ **FO revendique que la consolidation doit rester ce qu'elle est : une décision médicale fondée sur l'état de santé réel de la victime, et non un couperet administratif destiné à alléger les dépenses de la Sécurité sociale. Limiter à quatre ans la durée des IJSS AT/MP, c'est fragiliser les droits de ceux qui ont déjà payé le prix fort de l'accident ou de la maladie liée au travail.**

Article 95 – Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles**Contenu du texte :**

Ce texte a pour finalité de répondre à plusieurs dysfonctionnements des Comités de Régionaux de Reconnaissances des Maladies Professionnelles (CRRMP) dans le cadre du système secondaire de reconnaissance des maladies professionnelles fondés sur l'expertise individuelle.

Le texte prévoit de renvoyer à un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national, qui déterminera les modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies, en tenant compte des données acquises de la science.

Lorsque seule la condition relative au délai de prise en charge fait défaut, une maladie inscrite dans un tableau des maladies professionnelles peut être reconnue comme d'origine professionnelle, après avis d'au moins deux médecins-conseils rendus selon des modalités fixées par décret, dès lors qu'il est démontré qu'elle est directement liée au travail habituel de la victime. L'avis des médecins-conseils s'impose alors à la caisse.

Explications :

Le décret pris initialement en Conseil d'Etat sera pris avec avis explicite des interlocuteurs sociaux pour définir les modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies, en tenant compte des connaissances scientifiques actuelles.

Une maladie figurant dans un tableau peut être reconnue comme professionnelle même si le délai de prise en charge n'est pas respecté. Il faut pour cela l'avis favorable d'au moins deux médecins-conseils, qui doivent confirmer que la maladie est directement causée par le travail. Leur avis s'impose à la caisse.

Ce texte permettra de réduire les saisines du CRRMP et, de ce fait, de désengorger ces instances.

Analyse FO

- ➔ FO demeure prudent quant aux effets de l'article 39 du PLFSS 2026, qui prévoit d'élargir les missions confiées aux médecins-conseils pour désengorger les CRRMP. Les services du contrôle médical sont déjà confrontés à une surcharge importante de travail, aggravée par un sous-effectif structurel et des difficultés de recrutement récurrentes.
- ➔ Dans ce contexte, l'ajout de nouvelles responsabilités risque non seulement d'accroître la pression sur les médecins-conseils, mais aussi d'allonger les délais d'instruction des dossiers et de fragiliser la qualité du service rendu aux assurés.

Article 97 – Extension du bénéfice capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles

Contenu du texte :

Les ayants droit ainsi que les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole des chefs d'exploitation, des aides familiaux et des associés d'exploitation ont le droit au paiement d'un capital décès également.

Ce capital décès est versé même « lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ».

Ce capital décès est également versé aux ayants droit d'un assuré ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles définie par décret et titulaire, au cours des trois mois précédant son décès, de l'une des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 ou d'une rente mentionnée à l'article L. 752-6 associée à un taux d'incapacité permanente supérieur à un taux fixé par décret.

Cet article prévoit ainsi que :

- Les bénéficiaires d'un capital décès peuvent prétendre au paiement de celui-ci même si la cause du décès est un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Le texte prévoit une nouvelle catégorie d'assuré dont le décès ouvre droit au capital décès pour les ayants droits.

Analyse FO

- ➔ Favorable à ce que les ayants droits perçoivent un capital décès pour les non-salariés agricoles.

Branche Autonomie

Articles 1^{er}, 114 & annexe - Financement de la branche autonomie :

Contenu du texte :

Solde budgétaire de la branche : La branche autonomie est au titre de l'année 2025 déficitaire (-0,4Md€) Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale est fixé à 43,6 milliards d'euros en augmentation de 3,5% par rapport à 2025.

Analyse FO

- ➔ Cette progression permettra peut-être de maintenir les dynamiques engagées (50 000 solutions PH, médicalisation des EHPAD, de couverture des dépenses départementales pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH), ainsi que d'améliorer le financement de l'habitat intermédiaire par la création de 10 000 places supplémentaires ?
- ➔ Mais cette trajectoire ne permettra pas de répondre aux besoins de financement de la branche, notamment en matière d'effectifs nécessaires à la prise en charge des personnes

âgées en perte d'autonomie (compte tenu du choc démographique attendu dès 2030) et des personnes en situation de handicap.

- ➔ L'absence de mesures structurelles permettant à la branche de faire face, dans les années à venir, à l'augmentation des prises en charge liées au vieillissement de la population place celle-ci dans une situation inconfortable, avec un déficit estimé à -1,7 milliard d'euros dès 2026 et pour les années suivantes.
- ➔ FO renouvelle ainsi son souhait de voir adoptée une loi pluriannuelle pour l'autonomie, texte promis à plusieurs reprises par l'exécutif et le législateur (cf. article 10 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie), mais qui n'a toujours pas vu le jour. Cette loi est indispensable pour garantir des financements pérennes et propres à la branche, mais aussi pour définir plus clairement le modèle de société que nous souhaitons bâtir pour nos aînés et les personnes en situation de handicap, afin de leur permettre de construire leurs projets de vie, quel que soit leur niveau de revenus ou leur lieu de résidence.

Article 90 – Réforme SERAFIN - Nouvelle tarification de certains Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des mineurs en situation de handicap.

Contenu du texte :

L'article met en œuvre une première étape de la réforme de la tarification des ESMS dédiés aux personnes handicapées. Sont uniquement concernés pour ce premier volet une partie des ESMS intervenant auprès de jeunes et des mineurs, soit l'essentiel des instituts médico-éducatifs, des services d'éducation spéciale et de soins à domicile, des instituts d'éducatrices motrices ou des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Ces établissements et services bénéficieront ainsi d'une dotation globale de financement qui comprend : une part principale, basée sur un forfait (à la place), modulée par des coefficients permettant de tenir compte de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs de qualité de service rendu ainsi que de la coordination entre structures et services ; le cas échéant, de financements complémentaires prévus dans les Cpom. En résumé, il s'agit de passer d'une tarification en fonction du niveau de charges à une tarification en fonction du niveau de ressources. Ces établissements et services devront transmettre à la CNSA et à l'ARS compétente les données nécessaires à la détermination de ces dotations.

Ces dispositions seront précisées par décret en Conseil d'État. Une période transitoire est mise en place de 2027 à 2034 durant laquelle sera organisée une convergence des financements. La mise en œuvre de cette nouvelle tarification est prévue pour 2027.

Analyse FO

- ➔ FO salue l'intention de moderniser la tarification du médico-social pour corriger les inégalités historiques entre établissements, mais exprime une vigilance critique sur les effets possibles de cette réforme. Pour FO, le risque majeur est que le modèle SERAFIN-PH, sous couvert d'objectivation, devienne un mécanisme de rationalisation budgétaire visant à contenir la dépense plutôt qu'à améliorer la qualité de l'accompagnement. En remplaçant les dotations historiques par des critères techniques et d'activité, l'État pourrait imposer un pilotage quantitatif des structures, éloigné de la réalité humaine du handicap.
- ➔ FO insiste sur le fait que la complexité des accompagnements ne se résume pas à des indicateurs mesurables : chaque situation requiert du temps, de la coordination et des moyens humains adaptés. Réduire le financement à des critères standardisés risquerait de fragiliser les équipes et d'accentuer les inégalités entre établissements accueillant des publics aux besoins différents.
- ➔ Enfin, FO souligne que cette réforme exige un accompagnement financier et humain massif : sans revalorisation des salaires et renforcement des effectifs, aucune structure ne pourra appliquer sereinement ce nouveau modèle.

Article 93 – Contribution de la CNSA à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 pour les départements

Contenu des textes : Cette mesure vise à faciliter la mise en œuvre de l'accord du 4 juin 2024, qui prévoit l'extension de la prime Ségur à l'ensemble des professionnels de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif.

Pour aider les départements à supporter le coût de ces revalorisations, l'article acte une compensation pérenne de la CNSA à hauteur de 85 M€ - un montant correspondant selon l'étude d'impact à la moitié des sommes engagées par les départements pour absorber ces revalorisations salariales. Les modalités de la répartition de cette aide entre départements, qui tient compte du nombre de places dans ces établissements et services, seront précisées par décret.

Analyse FO

- ➔ FO considère positivement l'extension de la prime Ségur à l'ensemble des salariés du secteur médico-social privé non lucratif, qu'elle demandait depuis longtemps au nom du principe d'égalité de traitement entre professionnels.
- ➔ Toutefois, FO alerte sur le risque d'un financement insuffisant et provisoire. Les 85 millions d'euros prévus au titre de la CNSA ne couvrent qu'une part limitée des coûts réels que les départements vont devoir assumer. Cette situation pourrait créer des inégalités territoriales dans la mise en œuvre de la revalorisation, avec des collectivités moins bien dotées incapables d'assurer la totalité de la prime à leurs établissements.
- ➔ FO rappelle que la CNSA ne peut se substituer durablement à l'État dans le financement des salaires. La mesure repose sur des fonds redéployés, sans abonder réellement les

ressources du secteur médico-social, déjà fragilisé par le sous-financement chronique des établissements pour personnes âgées ou handicapées. FO exige une revalorisation structurelle des métiers du soin et de l'accompagnement, inscrite directement dans les conventions collectives et financée par une enveloppe pérenne de l'État, et non par des compensations ponctuelles.

- ➔ FO souligne également que le Ségur de la santé, malgré ses avancées, reste incomplet : de nombreux personnels d'établissements privés et publics (agents techniques, cuisiniers, agents administratifs, auxiliaires de vie) n'ont pas bénéficié d'une revalorisation à la hauteur de leurs responsabilités.
- ➔ Enfin, FO demande que la CNSA conserve son rôle premier de pilotage et financement de l'autonomie des personnes dépendantes, et non d'outil de compensation budgétaire pour pallier les manques des politiques salariales nationales.

////////////////////////////////////

Secteur de l'Emploi et des Retraites

Numéro 224-2025

Réf. : FS/MB/JS

Paris, le 19 décembre 2025

ADOPTION DU PLFSS 2026 : MESURES POUR LA BRANCHE VIEILLESSE

Chères et chers camarades,

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2026 a été définitivement adopté, en dernière lecture, par l'Assemblée nationale le 16 décembre 2025.

Cette circulaire a pour but de vous informer des dispositions présentes dans ce texte concernant la branche vieillesse.

Deuxième partie du PLFSS : Recettes, Recouvrement et Trésorerie

Article 8 : L'URSSAF du Limousin devient l'unique interlocuteur en matière d'accès à la Sécurité Sociale pour les artistes-auteurs (affiliation, cotisations, action sociale, médiation). La Sécurité Sociale des Artistes Auteurs (SSAA) aura une mission de représentation des artistes-auteurs et pourra donner son avis sur des projets portant spécifiquement sur leurs règles de Sécurité Sociale.

Article 11 : Création d'un malus sur les cotisations sociales pour les entreprises d'au moins 300 salariés qui se seront insuffisamment engagées sur l'emploi des seniors (un texte réglementaire viendra préciser les modalités de ce malus). Ce malus sera reversé à la branche vieillesse et veuvage.

Article 13 : Création d'une contribution de 2,05 % pour les complémentaires santé. Un amendement a été ajouté par les députés afin d'éviter une augmentation des tarifs des mutuelles.

Troisième partie du PLFSS : Dispositions relatives aux Dépenses

Article 97 : extension d'un capital décès aux ayant droits non-salariés agricoles décédés à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 99 : création d'un congé supplémentaire de naissance avec le versement d'indemnités de naissance à compter des enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2026. Ce congé permettra la validation de trimestres assimilés pris en compte pour les droits à la retraite.

Article 102 : Modification du dispositif du cumul emploi retraite (CER), pour les assurés qui demandent leur première pension, à compter du 1^{er} janvier 2027, afin de le simplifier et de le rationaliser. Ainsi, selon l'âge de la personne au moment du CER, la retraite pourra être réduite à hauteur de 100 % des revenus d'activité (CER avant l'âge légal) ou à 50 % des revenus d'activité (CER entre l'âge légal et 67 ans). Les revenus d'activité pourront se cumuler, sans limite, avec les retraites si la personne est âgée d'au moins 67 ans (âge d'obtention de la retraite à taux plein) lors du CER.

Les conditions d'écêtement entre les régimes seront fixées par un décret, la priorité de réduction s'appliquera néanmoins en priorité sur les régimes de retraite de base.

La condition de subsidiarité est étendue à l'ensemble du dispositif CER (avant uniquement pour le CER intégral) sous risque de suspension de sa retraite.

La création à une seconde retraite n'est possible que dans le cas d'un CER à compter de l'âge d'obtention de la retraite à taux plein et sans plafond de pension.

Article 104 : Prise en compte de trimestres de majoration d'assurance pour enfant, congé parental, congé supplémentaire de naissance pour l'ouverture du droit à la retraite anticipée au titre de la carrière longue, à compter du 1^{er} septembre 2026. L'objectif de cette mesure est de réduire les inégalités entre les femmes et les hommes dans les droits à la retraite.

Article 105 : Suspension de la réforme des retraites de 2023 pour les assurés nés du 1^{er} janvier 1963 jusqu'au 31 mars 1965 avec l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans et 9 mois. L'augmentation de l'âge de départ à la retraite se poursuit ensuite jusqu'à la génération 1968 à l'âge de 63 ans et 9 mois. La durée d'assurance est également ralentie avec la condition de 170 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1963 et le 31 mars 1965 pour atteindre 172 trimestres à partir de 1966 (au lieu de 165 actuellement). La suspension concerne aussi les fonctionnaires, notamment les catégories actives et les retraites anticipées au titre de la carrière longue. La suspension sera applicable à compter du 1^{er} septembre 2026.

Article 112 : L'objectif de dépenses pour l'année 2026 concernant la branche vieillesse est de 310,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Dispositions supprimées lors du débat parlementaire

Le gel des retraites de base, pour l'année 2026, et la sous indexation programmée des prestations vieillesse jusqu'en 2029 ont été abandonnés. Par conséquent, les pensions de retraite seront revalorisées au taux de 0,9 %, à compter du 1^{er} janvier 2026, conformément aux dispositions réglementaires.

Il en est de même pour le maintien du seuil de revenus 2025 déterminé en fonction du revenu fiscal de référence, utilisés pour déterminer l'application des prélèvements de CSG sur les pensions de retraites, qui a été supprimé du PLFSS 2026.



Circulaire confédérale

Pour Force Ouvrière, la mobilisation a permis de faire tomber ces mesures d'austérité qui ne venaient qu'aggraver la situation et le pouvoir d'achat des retraités.

La « suspension », ou plutôt le décalage, de la réforme des retraites de 2023 ne signifie pas son abrogation. Force Ouvrière maintient sa revendication pour l'abrogation de cette réforme brutale, injuste et injustifiée.

Amitiés syndicales,

Michel BEAUGAS Secrétaire confédéral	Frédéric SOUILLOT Secrétaire Général
--	--

Dispositions censurées par la décision du Conseil Constitutionnel relative à la LFSS n° 2025-1403 du 30 décembre 2025

Dans sa décision du 30 décembre le Conseil constitutionnel a validé la très grande majorité des mesures de la LFSS pour 2026.

I. Censure sur le fond :

Une seule mesure est censurée au fond, il s'agit de l'article 83 sur la définition de l'incapacité de travail ouvrant droit au IJSS :

La mesure avait pour objet de clarifier la notion d'« incapacité de travail » ouvrant droit au versement des IJSS. Cette notion, figurant à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, permet de déterminer quels arrêts de travail pour motif médical peuvent être indemnisés. À cet effet, la LFSS indiquait que l'assuré social a droit à l'indemnisation lorsqu'il est placé dans l'incapacité physique de continuer ou reprendre non pas seulement son emploi mais, plus largement, « une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque ».

Le Conseil relève que cette nouvelle définition pouvait conduire à priver d'indemnisation un assuré social temporairement placé dans l'incapacité d'exercer son emploi, mais en capacité physique d'exercer une autre activité professionnelle que la sienne, sans que puissent être prises en compte, notamment, sa situation personnelle et la réalité d'une alternative professionnelle susceptible de lui être ouverte y compris au regard des soins qu'il doit subir, et ce alors même que l'impossibilité d'une reprise à terme de son emploi n'aurait pas été constatée par le prescripteur. Il estime qu'une telle définition était imprécise et insuffisamment circonscrite, et privait de garanties légales les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, selon lequel la Nation garantit à tous la protection de la santé et la sécurité matérielle. Il la déclare donc contraire à la Constitution.

II. Cavaliers sociaux :

Le Conseil censure, par ailleurs, d'office neufs « cavaliers sociaux », c'est-à-dire des dispositions qui n'ont pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Ces censures, prononcées pour un motif de procédure, ne préjugent pas de la conformité du contenu de ces dispositions à la Constitution, elles peuvent valablement être adoptées dans une loi ordinaire et être jugées ou non conformes à la Constitution.

Dans le cadre de la LFSS, les 9 articles censurés sont :

- **l'article 51** qui prévoit que par voie réglementaire sera précisé les conditions dans lesquelles les anciens assurés de l'assurance maladie recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé après leur retour sur le territoire national.

- **l'article 57** qui interdit l'inscription de produits contenant certaines substances nocives sur la liste des produits de protection périodique réutilisable pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie.
- **Le 1° paragraphe de l'article 60** qui complète l'objet d'une convention pouvant être conclue entre les organisations représentatives des professionnels de santé et l'assurance maladie, sans que ces dispositions aient pour objet d'imposer aux parties à la convention d'adopter des mesures ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement.
- **L'article 69** qui soumet la pratique de la médecine esthétique à une autorisation préalable.
- **Le 1° paragraphe I de l'article 72** sur la transmission électronique des documents relatifs à la prise en charge des soins, produits et prestations.
- **L'article 85** relatif aux obligations de report dans le dossier médical partagé et de consultation de ce dossier ainsi qu'au régime de pénalité applicable en cas de manquement à ces obligations.
- **L'article 91** qui prévoit l'obligation de renseigner certaines données dans les services numériques en santé et réforme le régime de sanction applicable aux établissements et services médico-sociaux.
- **L'article 92** qui réforme le régime d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux à caractère expérimental.
- **Le paragraphe VII de l'article 105** qui prévoit la remise au Parlement d'un rapport portant sur la situation actuelle des pensions de retraite à Mayotte.

////////////////////////////////////