



Loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Mesures impactant l'activité des établissements, des professionnels de santé et du secteur médico-social

- [Loi n°2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 \(1\)](#)
- [Décision du Conseil Constitutionnel n°2025-899 DC du 30 décembre 2025](#)

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2026 a été **publiée le 31 décembre 2025** au Journal Officiel (JO).

Cette loi a été définitivement adoptée par le Parlement le 16 décembre à l'issue d'une dernière lecture à l'Assemblée nationale après son rejet par le Sénat.

Elle a par la suite fait l'objet d'une saisine du Conseil Constitutionnel, qui dans une décision du 30 décembre a censuré partiellement ou en totalité 10 articles de la loi. A ce titre, les sages ont notamment censuré l'article 69 soumettant la pratique de la médecine esthétique à une autorisation préalable de l'Ordre et l'article 85 rendant obligatoires l'alimentation du dossier médical partagé et sa consultation dans certains cas.

Le texte définitif compte 115 articles contre 56 dans le texte initial déposé par le Gouvernement.

Les principales mesures impactant l'activité des établissements, des professionnels de santé et du secteur médico-social sont précisées ci-après.



TABLE DES MATIERES

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2026	1 -
ONDAM	3 -
• <i>ONDAM pour 2026 (Art. 109)</i>	3 -
IMPACTS SUR LES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE (OFFRE DE SOINS)	4 -
• <i>Rétablissement du statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (Art.60)</i>	4 -
• <i>Création d'un réseau « France Santé » pour les structures de soins de premiers recours (Art.63)</i>	5 -
• <i>Favoriser l'efficacité, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé (Art.79)</i>	6 -
• <i>Plafonnement des dépenses d'intérim au sein des établissements publics de santé ou médico-sociaux (Art.80)</i>	
• <i>Autres mesures (Art.61, 68, 72, 75)</i>	7 -
IMPACTS SUR LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL	8 -
• <i>Cadre de la réforme tarifaire des établissements et services pour enfants handicapés (Art.90)</i>	8 -
MESURES SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION	9 -
MESURES RELATIVES AUX DISPOSITIFS MEDICAUX ET MEDICAMENTS	10 -



ONDAM

○ ONDAM pour 2026 (Art. 109)



L'ONDAM 2026 est fixé à **274,4 Md€** avec un taux de progression de **3,1%**.



IMPACTS SUR LES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE (OFFRE DE SOINS)

○ Rétablissement du statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (Art.60)

L'article 60 rétablit le statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) à l'article [L 1435-4-3 du CSP](#) conformément aux mesures annoncées lors de la présentation du "Pacte de lutte contre les déserts médicaux" en avril 2025 dans l'objectif de **renforcer l'accès aux soins**.

Ce dispositif repose sur un **engagement d'exercice d'au moins deux ans avec un soutien économique et organisationnel adapté pour les jeunes médecins**.

Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné et spécialisé en médecine générale, qui n'est pas installé en cabinet libéral ou dont l'installation date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil. La rémunération complémentaire ne peut dépasser 10 % des rémunérations versées au médecin.

Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage à :

- Exercer la médecine générale à titre libéral, pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à deux ans, dans une zone définie comme prioritaire par l'agence régionale de santé.
- Respecter les tarifs opposables.
- Participer, dans des conditions fixées par le contrat, à des actions définies par l'agence régionale de santé en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins ainsi que de coordination des soins.
- Contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale grâce à un contrat conclu à ce titre avec l'université.

Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire est renouvelable une fois.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions d'application, notamment les conditions dans lesquelles le bénéfice du contrat prévu au présent article peut être cumulé avec les autres dispositifs d'aide destinés aux médecins s'installant dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante au sens de l'[article L. 1434-4 du CSP](#).



Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026.



○ Création d'un réseau « France Santé » pour les structures de soins de premiers recours (Art.63)

Afin d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, l'article 63 créé les articles [L 6330-1](#) et [L 6330-2 du CSP](#) qui instaurent un **réseau de structures de soins de premiers recours dénommées structures "France santé"**. L'objectif affiché est de proposer à chacun une offre de soins à moins de 30 minutes de son domicile, avec pour ambition d'aboutir à 2000 structures labellisées à l'été 2026 et 5000 d'ici 2027.

Ces nouveaux articles du CSP indiquent que lorsqu'elles fournissent une offre de service socle, ces structures peuvent conclure avec les agences régionales de santé et les organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie une convention précisant les engagements de la structure et les financements dont elle peut bénéficier.

L'offre de service socle des structures "France santé" peut être organisée de manière itinérante ou comporter pour partie des modes d'accès dématérialisés. La nature des engagements ainsi que les financements dont les structures peuvent bénéficier à ce titre sont définis par accords conventionnels entre l'assurance maladie et les centres de santé, ou dans le cadre du fonds d'intervention régional.

L'article 63 autorise par ailleurs les pharmaciens d'officine, dans des conditions qui seront précisées par voie réglementaire, à "*contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques*".



L'article 63 enjoint au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager avant fin février des négociations afin d'aboutir à des avenants aux accords conventionnels relatifs aux structures de santé pluriprofessionnelles et aux centres de santé, afin de définir les participations des structures de soins relevant de ces accords au réseau des maisons "France santé" et les rémunérations auxquelles elles sont éligibles dans ce cadre.

Il doit par ailleurs engager, avant fin juillet, des négociations en vue de conclure un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de prévoir les modalités de soutien de ces communautés aux structures du réseau "France santé".



○ Favoriser l'efficience, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé (Art.79)

L'article 79 introduit un système de **dotations complémentaires et de pénalités financières pour renforcer les incitations financières à l'efficience, à la pertinence et à la qualité des établissements de santé.**

Le texte met un terme au dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (Caques) pour le remplacer par ce nouveau "*mécanisme global d'incitation à l'efficience et à la pertinence*" en créant les articles [L 162-23-14](#), [L 162-23-14-1](#) du CSS.

Les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et de psychiatrie sont intéressés financièrement à l'efficience et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein.

En fonction des résultats obtenus par ces établissements au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional et selon des indicateurs relatifs à l'efficience et à la pertinence des soins et des prescriptions (*dont les modalités doivent être précisées par un décret en Conseil d'Etat et un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale*), le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur :

- Attribuer une **dotation complémentaire** calculée en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie.
- Appliquer une **pénalité financière** par la minoration des financements de l'assurance maladie auxquels ils sont éligibles, pour un montant ne pouvant excéder 2 % du total de ces financements.

Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les pratiques d'un établissement présentent un écart significatif, supérieur en nombre ou en taux d'évolution, d'actes, de prestations ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales, il peut sous certaines conditions, fixer à cet établissement un objectif de volume ou d'évolution d'actes, de prestations ou de prescriptions annuel sur une période donnée.

L'article 79 modifie par ailleurs l'article [L 162-23-15](#) du CSS relatif à l'incitation financière des établissements à la **qualité et la sécurité des soins**. En fonction des résultats obtenus, évalués à l'aide d'indicateurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire. Un décret en Conseil d'Etat et un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale doivent également en préciser les modalités.



Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2026.



○ Plafonnement des dépenses d'intérim au sein des établissements publics de santé ou médico-sociaux (Art.80)

L'article 80 supprime la condition tenant à l'existence d'un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une entreprise de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent pour appliquer le plafonnement des dépenses d'intérim médical.

Il modifie en ce sens les articles [L 313-23-3](#) du CASF et [L 6146-3](#) du CSP.



Cet article s'applique au 1^{er} janvier 2026.

○ Autres mesures (Art.61, 68, 72, 75)

Parmi les mesures relatives aux établissements et professionnels de santé, nous pouvons également relever :

- L'extension à Mayotte de la compétence des infirmiers pour **rédiger les certificats de décès** (Art.61).
- La possibilité pour les ergothérapeutes d'exercer leur art sur prescription médicale mais aussi dans le cadre d'un **adressage** vers une prise en charge pluriprofessionnelle à laquelle ils participent (Art.68).
- La suppression des « contrat de début d'exercice » réservé aux médecins remplaçants (Art.65).
- La **simplification des règles de financement des établissements de santé**, en particulier pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) (Art.72).
- Le report au 1^{er} janvier 2027 du financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière (Art.75).



IMPACTS SUR LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

○ Cadre de la réforme tarifaire des établissements et services pour enfants handicapés (Art.90)

L'article 90 prévoit, dans le cadre de la réforme tarifaire Serafin-PH, de nouvelles modalités de tarification pour les établissements et services accueillant des enfants handicapés orientés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Il crée un article L 314-2-4 dans le Code de l'action sociale et des familles prévoyant que ces établissements bénéficient d'une dotation globale de financement dont la part principale prend en compte notamment « *leur capacité autorisée, les modalités d'accueil proposées ainsi que les besoins d'accompagnement et, le cas échéant, de soins des personnes accompagnées* ». Cette part principale pourra être modulée en fonction de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité de l'accompagnement et à la coopération avec les acteurs éducatifs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Enfin, à cette part principale pourront s'ajouter des financements complémentaires définis dans le CPOM.

Les contours de cette réforme seront précisés dans des textes d'application à venir.



L'entrée en vigueur de cette réforme est prévue à compter du 1^{er} janvier 2027 avec une période transitoire d'une durée maximale de 8 ans.



MESURES SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION

Parmi les mesures relatives à la santé publique et à la prévention, nous pouvons noter :

- **Des mesures relatives aux obligations vaccinales (Art.55) :**

L'article 55 pose des **bases légales pour une obligation vaccinale** contre la **grippe** pour les résidents d'Ehpad et les professionnels de santé libéraux, ainsi que contre la **rougeole** pour certains professionnels, **sous réserve de recommandations en ce sens de la Haute autorité de santé**. Des décrets en Conseil d'Etat, pris après avis de la HAS, doivent définir les conditions de la mise en œuvre de ces obligations et préciser les professionnels concernés et leurs lieux d'exercice.

L'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B est limitée aux enfants nés à partir du 1er janvier 2023.

L'article 55 donne par ailleurs la possibilité aux centres de santé ainsi qu'aux médecins, sages-femmes et infirmiers, dans le cadre de leur exercice libéral, de "*s'approvisionner en vaccins et détenir des vaccins en vue de leur administration aux personnes ciblées par les recommandations vaccinales du calendrier des vaccinations*".

- La prolongation de 2 ans de l'expérimentation des haltes soins addictions (HSA) soit jusqu'au 31 décembre 2027 (Art.58).
- La création d'un article [L 1411-6-5 du CSP](#) prévoyant la prise en charge par l'assurance maladie d'une consultation longue sur la ménopause pour les femmes âgées de 45 à 65 ans (Art.64).
- L'intégration d'un programme de guidance parentale dans le cadre des parcours de prévention des troubles du neurodéveloppement de l'enfant (Art.66).



MESURES RELATIVES AUX DISPOSITIFS MEDICAUX ET MEDICAMENTS

Parmi les mesures relatives aux dispositifs médicaux et aux médicaments, nous pouvons relever :

- La création d'un **droit de prescription de dispositifs médicaux** pour les podo-orthésistes, orthoprothésistes et orthopédistes-orthésistes (Art.67).
- L'expérimentation d'une **redispensation de certains médicaments non utilisés délivrés en établissement de santé pour lutter contre le gaspillage** (Art.86) :
Les pharmacies à usage intérieur de ces établissements sont chargées du conditionnement et du contrôle des médicaments collectés aux fins de nouvelle dispensation. Les patients recevant initialement le traitement concerné doivent être préalablement informés des modalités de cette nouvelle dispensation et ne pas s'y opposer expressément. L'article renvoie à un Décret en Conseil d'Etat pour les modalités de mise en œuvre.