

FINANCEMENT

LFSS 2026 : tour d'horizon des mesures concernant le secteur médico-social

Auteur associé | Actu expert santé social | Actu juridique | Actualité Club finances | Analyses finances | Analyses juridiques | Analyses santé social | France | Publié

le 22/05/2026

Explications des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 intéressant le secteur médico-social, avec Juliette Vielh, avocate associée au cabinet GAA Heka.



[1]

Au terme d'un parcours parlementaire tumultueux et dans un contexte budgétaire contraint, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 ^[2] (LFSS) a été promulguée le 31 décembre 2025, après la validation de la majorité de ses articles par le Conseil constitutionnel. Elle comporte plusieurs mesures touchant le secteur médico-social : consolidation de la branche « autonomie », déploiement de la réforme Serafin-PH, encadrement de l'intérim, nouvelles obligations vaccinales et soutien ciblé à l'habitat intermédiaire. Autant de mesures qui impactent les marges de manœuvre des départements, communes et intercos dans la gestion et la planification de l'offre sociale et médico-sociale.

Une trajectoire financière sous contrainte pour la branche « autonomie »

La LFSS affirme la volonté de sécuriser le financement de la dépendance, mais le rythme retenu reste, selon les acteurs du secteur, insuffisant pour absorber l'intégralité des surcoûts auxquels sont confrontés les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), alors que la loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge est encore reportée.

Une progression des crédits jugée insuffisante au regard des besoins des ESSMS

Pour 2026, la loi relève l'objectif de dépenses de la branche « autonomie » et consent un effort en direction des personnes âgées (+ 5,2 %) et des personnes handicapées (+ 2,6 %). Le sous-objectif de dépense des

établissements et services aux personnes âgées, en particulier, a bénéficié d'un relèvement de 150 millions d'euros afin de prolonger le soutien financier aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en difficulté financière. Par ailleurs, l'article 12 de la LFSS prévoit une augmentation du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) sur certains produits financiers dont le rendement, évalué à 1,5 milliard d'euros, sera versé à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de financer la branche autonomie.

Cette progression des crédits dédiés au secteur médicosocial demeure cependant en deçà des besoins réels des établissements, qui voient leurs charges flamber en raison des revalorisations salariales successives, de l'inflation énergétique et des investissements nécessaires aux mises aux normes et aux exigences en matière de qualité et de sécurité. Pour les conseils départementaux, dans leur rôle d'autorité de tarification, si, d'un côté, la LFSS leur offre une lisibilité minimale sur la trajectoire des concours nationaux, utile pour bâtir les budgets d'aide sociale, de l'autre, elle les place dans la position délicate de devoir répartir une enveloppe contrainte entre des besoins tous jugés prioritaires.

Des crédits ciblés comme une bouffée d'oxygène

La loi flèche également plusieurs enveloppes nouvelles, afin de permettre le recrutement de 4 500 professionnels supplémentaires dans les Ehpad, ainsi que la création de places supplémentaires de services de soins infirmiers à domicile. Pour anticiper les besoins en logements adaptés à l'horizon 2050, des crédits spécifiques, à hauteur de 100 millions d'euros, sont encore prévus pour accompagner les projets d'habitat intermédiaire, en particulier de résidences autonomie.

Ces moyens sont bienvenus, néanmoins les crédits seront conditionnés à des projets, à des remontées de données et à des engagements en matière de transformation de l'offre. Les départements devront ainsi intégrer ces objectifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (ouverture des Ehpad sur le domicile, articulation avec les services de soins infirmiers à domicile, diversification de l'accueil), tandis que les collectivités engagées dans l'habitat inclusif devront coordonner leur stratégie avec celle des agences régionales de santé (ARS) et de la CNSA pour garantir l'accès aux financements.

Perte d'autonomie : priorité au domicile et à l'habitat intermédiaire

La LFSS 2026 confirme une orientation déjà engagée : faire du domicile et de l'« aller vers », le pivot de la prise en charge de la perte d'autonomie. Les collectivités, qui organisent l'offre de services de proximité, se trouvent au cœur de cette bascule.

Un renforcement du domicile

En créant de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile et en renforçant les équipes spécialisées intervenant à domicile auprès de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, la loi entend retarder l'entrée en institution et limiter les séjours prolongés en Ehpad. L'offre de soins et d'aide à domicile se densifie, au prix, toutefois, d'une tension accrue sur les RH et de la capacité des territoires à coordonner les acteurs.

Pour les communes, les intercos et les départements, l'enjeu est de taille. Le développement de ces services appelle une organisation fine des territoires d'intervention, des coopérations plus étroites avec les professionnels libéraux et les centres de santé, et une articulation avec les dispositifs de prévention. Les Ehpad, quant à eux, sont invités à s'ouvrir davantage sur leur environnement, à développer des plateformes de services et des accueils de jour.

L'habitat intermédiaire, un terrain de jeu partagé

Autre marqueur de la LFSS 2026 : la mise en avant de l'habitat intermédiaire. Résidences autonomie, habitat inclusif, formes d'habitat partagé et accompagné bénéficient de financements dédiés et d'une reconnaissance

renforcée comme alternatives à l'Ehpad. Là encore, rien ne pourra se faire sans l'implication directe des collectivités. Les projets d'habitat inclusif s'inscrivent au croisement de plusieurs politiques publiques : urbanisme, logement, action sociale, politique de la ville, handicap et vieillissement. Ils mobilisent le foncier, l'ingénierie et parfois le portage direct des collectivités, en lien avec les bailleurs sociaux, les associations gestionnaires d'ESSMS et les services départementaux.

La LFSS ne dicte pas les choix locaux, mais elle en balise le cadre financier et oriente clairement les priorités : soutenir des petits lieux de vie insérés dans la cité plutôt que multiplier les grands établissements isolés.

Handicap : Serafin-PH, année blanche et recomposition des financements

La réforme tarifaire Serafin-PH ⁽¹⁾ ^[3], destinée à refonder le financement des établissements et services pour personnes handicapées est l'un des chantiers structurels de la période pour les acteurs du secteur. Si 2026 est une année blanche, elle ne sera cependant pas une année de repos.

Une réforme tarifaire entrée en phase de déploiement

L'article 90 de la LFSS ^[4] inscrit dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) ⁽²⁾ ^[5] la réforme de la tarification des établissements ou services sociaux ou médicosociaux accompagnant les personnes handicapées, dite « Serafin-PH », en modifiant les modalités de financement des structures pour mineurs et jeunes adultes en situation de handicap.

Le basculement progressif vers un financement fondé sur les besoins et les caractéristiques des personnes accompagnées plutôt que sur la seule « place autorisée » est ainsi engagé. À l'avenir, ces structures bénéficieront d'une dotation globale de financement, comprenant deux composantes. La part principale tiendra compte de la capacité autorisée de l'ESSMS, des modalités d'accueil proposées et des besoins en accompagnement, voire de soins, des personnes accompagnées. En outre, l'établissement pourra éventuellement bénéficier de financements complémentaires définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'objectif poursuivi est de mieux aligner les ressources sur la réalité des accompagnements, d'encourager la modularité et de faciliter la transformation de l'offre, notamment pour les enfants et les jeunes adultes.

Une année blanche active pour les acteurs de terrain

L'année 2026 est une année blanche destinée aux travaux réglementaires – un décret étant annoncé –, aux remontées de données et aux réglages du modèle de tarification avant une entrée en vigueur en 2027.

Une période transitoire de huit ans maximum s'ouvrira alors, durant laquelle le financement de chaque structure « enfant » devra converger vers la dotation globale de fonctionnement issue de la nouvelle formule de tarification. Les gestionnaires d'ESSMS sont ainsi engagés dans un travail de recueil et de fiabilisation des données : profils des personnes accompagnées, intensité des accompagnements, coopérations avec d'autres services. Ces informations permettront de simuler l'impact des futurs barèmes et d'ajuster les paramètres avant la bascule financière.

Dans les territoires, ARS, conseils départementaux et réseaux associatifs sont appelés à coconstruire la mise en œuvre : partage de diagnostics, préparation de nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens intégrant Sérafin-PH, identification des structures fragilisées ou, au contraire, gagnantes potentielles.

Pour les collectivités, l'enjeu est de ne pas subir les réallocations de ressources : un territoire qui n'aura pas assez documenté ses besoins pourrait voir ses marges de manœuvre réduites au moment des arbitrages nationaux et régionaux.

RH : l'intérim encadré et des revalorisations élargies

Alors que la crise d'attractivité des métiers du grand âge et du handicap s'installe dans la durée, la LFSS 2026 tente d'apporter des réponses, tout en cherchant à reprendre la main sur des dépenses jugées difficilement soutenables.

Renforcement du plafonnement de l'intérim

L'article 80 de la LFSS ^[6] renforce le mécanisme de plafonnement des dépenses d'intérim médical et paramédical dans les établissements publics de santé et médicosociaux en supprimant, aux articles L.6146-3 du code de la santé publique ^[7] et L.313-23-3 du CASF ^[8] la condition tenant à un « écart significatif » entre le coût d'emploi d'un intérimaire et d'un professionnel permanent, qui déclenchait le plafonnement. Des montants plafonds pour chaque profession concernée vont être fixés.

Pour les collectivités employeurs, notamment pour leurs Ehpad et leurs services d'aide à domicile, cette régulation implique de concilier l'encadrement du recours à l'intérim avec la nécessité de maintenir la continuité du service public, surtout dans les territoires déjà en tension démographique. À défaut, elles s'exposent à un risque financier, en cas de dépassement, et qualitatif, en cas de sous-effectifs chroniques.

Une contribution de l'Etat au financement du « Ségur pour tous »

L'extension de la revalorisation salariale, dite « Ségur », à l'ensemble des professionnels, notamment administratifs et techniques, relevant de la branche sanitaire, sociale et médicosociale privée à but non lucratif a engendré un surcoût significatif pour les départements, cofinanceurs des structures accueillant des personnes âgées ou handicapées.

Consacrant le compromis trouvé en avril 2025 sur le financement du « Ségur pour tous », la LFSS prévoit que la CNSA versera aux départements une aide forfaitaire annuelle de 85 millions d'euros. Les modalités de répartition de cette aide, qui tiendra compte du nombre de places et du taux d'encadrement par les personnels concernés par cette revalorisation salariale, seront fixées par décret.

De nouvelles obligations vaccinales pour les personnels des ESSMS

L'article 55 de la LFSS ^[9] renforce les obligations vaccinales, non seulement, des résidents d'Ehpad (contre la grippe), mais aussi de certains professionnels exerçant au sein des ESSMS (contre la grippe et la rougeole) dans une logique de protection des publics les plus vulnérables. Les modalités de ces obligations seront précisées par des décrets d'application, pris sur avis de la Haute Autorité de santé.

À terme, cela signifie que les employeurs devront vérifier, documenter et suivre plus étroitement la situation vaccinale de leurs personnels, avec un enjeu contentieux non négligeable en cas de refus ou de non-conformité.

Pour les gestionnaires d'ESSMS, cela signifie un travail accru de coordination avec la médecine du travail, la mise à jour des procédures internes et la gestion de situations individuelles sensibles.