



LA PLURIANNUALITÉ EN SANTÉ UNE PRIORITÉ STRATÉGIQUE DE L'ÉTÉ 2027

Collection Les notes d'Asclépios – février 2026

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	3
INTRODUCTION	4
I. UNE VISION STRATÉGIQUE A 10 ANS ET SA DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE À 4 OU 5 ANS	5
1. LA STRATEGIE	5
2. LES PROGRAMMES DE TRANSFORMATION	6
3. LES OUTILS CONTRACTUELS	7
II. LE CADRE BUDGETAIRE PLURIANNUEL	9
III. LE PILOTAGE DE COURT-TERME EN PLFSS DOIT S'INSCRIRE DANS LE CADRE PLURIANNUEL ..	12
IV. LE RENFORCEMENT INDISPENSABLE DE LA PROSPECTIVE EN SANTE.....	14
V. METHODE ET CALENDRIER D'ELABORATION ET DE PRESENTATION DE LA STRATEGIE EN SANTE ET DES PROGRAMMES PLURIANNUELS DE TRANSFORMATION	15
ANNEXE : UN EXEMPLE DE STRATEGIE ET DE DECLINAISON OPERATIONNELLE	16

Résumé exécutif

Les politiques de santé souffrent d'un manque de vision stratégique et de programmation pluriannuelle. Les échéances électorales de 2027 doivent être l'occasion de répondre enfin à ce besoin de pluriannualité, selon un cadre général qui pourrait être le suivant :

- ⇒ Une vision stratégique de moyen-long terme à 10 ans articulée autour de grands objectifs de santé, exprimés en résultats de santé et en service rendu à la population, comprenant des objectifs de réduction des inégalités, établie par le Gouvernement en associant les parties prenantes ;
- ⇒ Une déclinaison opérationnelle précise en programmes de transformation à 4 ou 5 ans ;
- ⇒ Des leviers contractuels pluriannuels avec les acteurs de la santé (conventions, protocoles...) cohérents et portant les transformations ;
- ⇒ Une programmation budgétaire pluriannuelle avec un objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de référence fixé en loi de programmation des finances publiques, transparent, crédible et compris, connecté à la vision stratégique et aux programmes d'action et intégrant investissements prioritaires et efforts d'efficience, accompagné d'une cible chiffrée sur la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie ;
- ⇒ La stabilité de l'Ondam dans le PIB sur la période 2028-2032, scénario ambitieux mais atteignable, conciliant soutenabilité des finances publiques et capacité du secteur de la santé à dégager des gains d'efficience ;
- ⇒ Une trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, requérant l'affectation de recettes nouvelles ;
- ⇒ Des dispositions en LFSS permettant de mettre en œuvre les mesures législatives nécessaires et de respecter le cadrage pluriannuel ;
- ⇒ Un principe de limitation de l'inflation législative engendrée par le PLFSS pour les mesures non directement liées aux programmes de transformation ;
- ⇒ Des exercices réguliers de prospective en santé.

Qui sommes-nous ?

*Think-tank spécialisé dans la santé, le **Cercle Asclépios - santé pour tous** est une fondation abritée par FACE, la fondation pour l'inclusion.*

Son objet est d'élaborer une plateforme santé à horizon fin 2026, en associant l'ensemble des acteurs publics et privés de la santé.

www.cercle-asclepios.fr
[Retrouvez-nous sur LinkedIn](#)

Introduction

Introduire davantage de pluriannualité dans le pilotage des politiques de santé constitue une attente et une demande récurrente de l'immense majorité des acteurs de la santé, en particulier depuis la fin de la pandémie du Covid. Cette attente se traduit par des revendications en faveur d'une « loi de programmation en santé », devenue une sorte de passage obligé pour résoudre tous les problèmes du système de santé.

Le *Cercle Asclépios – santé pour tous* a souhaité approfondir cette question de la pluriannualité en santé et formuler des propositions concrètes et pragmatiques, en vue de la nouvelle séquence politique qui s'ouvrira en 2027 après l'élection présidentielle.

Cette note propose un schéma d'ensemble articulant les long, moyen et court termes, afin d'inverser l'ordre des priorités que nous subissons actuellement et d'inscrire les décisions de court terme dans une trajectoire de long terme, au service d'une vision stratégique du système de santé.

L'approche annuelle actuelle, qui s'incarne chaque année dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), concentre en effet toutes les énergies sur une approche de court terme, porteuse de contradictions, de perte de temps et de sens, et de tensions entre secteurs, sans s'attacher prioritairement aux transformations nécessaires du système de santé.

Il existe certes des outils pluriannuels, mais ils sont insuffisants, lacunaires, non coordonnés entre eux, voire délaissés : la stratégie nationale de santé 2023-2033 n'a pas été publiée ; la trajectoire financière de l'Ondam dans la loi de programmation des finances publiques 2023-2027 n'était pas assez crédible et n'est donc pas respectée¹ ; l'article d'approbation de l'annexe pluriannuelle au PLFSS ne fait pas l'objet d'un débat de fond au Parlement ; le protocole sur l'évolution pluriannuelle des ressources des établissements de santé 2020-2022 n'a pas été renouvelé ; les conventions entre l'assurance maladie et les professionnels libéraux portent insuffisamment sur l'organisation des soins ; encore faut-il préciser que cette liste n'est pas exhaustive.

Les membres du *Cercle Asclépios* sont convaincus que la mise en œuvre des politiques de santé nécessite la création d'un nouvel outil pluriannuel de transformation du système de santé, sur des horizons de l'ordre de 4 à 5 ans, s'inscrivant dans une approche plus large des priorités de santé sur un horizon long (10 ans), et articulé avec une programmation budgétaire pluriannuelle crédible. En résumé, comme pour toute organisation complexe, il faut définir où on va, comment on y va, avec quels leviers et quelles ressources.

¹ En LPFP 2023-2027, l'Ondam prévu en 2026 était de 270,1 Md€ ; l'Ondam voté en LFSS 2026 est de 274,4 Md€ ; écart auquel s'ajoute la dégradation du déficit hospitalier (3 Md€ en 2024), non comptabilisé dans l'Ondam.

Le cadre proposé ici est une méthode ; plus important encore sera son contenu, qui devra être co-construit pour garantir l'adhésion des acteurs.

I. Une vision stratégique à 10 ans et sa déclinaison opérationnelle à 4 ou 5 ans

La vision stratégique de santé de long terme devra comporter un nombre de priorités de santé limité – rompant avec les expériences passées qui accumulent objectifs de santé publique, plans sectoriels, priorités ministérielles, certes tous légitimes mais dont le foisonnement est impropre à constituer une stratégie et fixer de vraies priorités et représente un saupoudrage des ressources (quand il ne s'agit pas de simples effets d'affichage recyclant des mesures anciennes). La vision stratégique devra être fixée par le nouveau Gouvernement, sur proposition du ministre de la Santé, après un temps de préparation et d'association des parties prenantes. Pour contribuer à la réflexion, le *Cercle Asclépios* fera ses propres propositions d'ici la fin de l'année 2026. L'objet de la présente note n'est donc pas de proposer une telle vision. Toutefois, on peut en poser quelques principes.

1. La stratégie

La vision stratégique devrait être exprimée en termes de « service rendu » et non pas en termes de structures, de gouvernance ou de financements. Elle doit être centrée sur les patients (et plus généralement sur la population dans son ensemble). L'ambition à atteindre pour le système de santé devrait s'exprimer en résultats de santé, en veillant à la réduction des inégalités, et en qualité du service rendu dans toutes les composantes de la qualité, dont l'accessibilité et la conformité aux meilleures pratiques. Elle porte sur la santé au sens large, y compris la prise en charge médico-sociale des personnes en perte d'autonomie.

Du point de vue populationnel, quatre grandes bascules devraient fortement structurer les évolutions de la prochaine décennie :

- ⇒ La bascule préventive, qui devra trouver à s'incarner à la fois dans une action plus déterminée pour faire baisser l'exposition aux principaux facteurs de risques (prévention primaire) – action qui dépasse largement le cadre d'action du ministère de la Santé et se doit d'être interministérielle et territorialisée - mais aussi dans la prévention des complications, récidives, aggravations (prévention tertiaire) ;
- ⇒ La bascule domiciliaire comme épiscentre du système de santé en renforçant notre capacité à prendre en charge, de façon qualitative et coordonnée, à domicile, les maladies chroniques et en particulier les personnes âgées polypathologiques, dont le nombre va s'accroître ;
- ⇒ La bascule des maladies chroniques qui impose la généralisation des logiques de parcours pour garantir la coordination fluide de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux autour du patient ;
- ⇒ La bascule numérique et l'intelligence artificielle.

Il est probable également que la transformation des prises en charge devra commencer par certaines populations ou pathologies, en tenant compte notamment de leur poids dans la qualité de vie, la morbidité et la mortalité actuelles et futures, des insuffisances constatées, des marges d'amélioration, des gains d'efficience attendus.

La stratégie devra aussi se prononcer sur le système de contraintes qui pèsent sur la politique de santé et ses acteurs ou bénéficiaires, pour en définir les évolutions souhaitables, mais surtout les évolutions acceptables et celles qui ne le sont pas au regard de leurs conséquences sur la cohésion sociale et sur les inégalités : comment faire évoluer le reste à charge (pour quels patients, quelles situations, etc.) ? Quels leviers prioriser entre incitations financières et non financières, obligations et interdictions, que ce soit pour les citoyens, les patients, les offreurs de soins ? Comment assurer l'acceptabilité de ces leviers ? Quels garde-fous prévoir ?

2. Les programmes de transformation

Une stratégie est nécessaire pour fixer le cap ; pour être opérante, elle doit s'accompagner de plans d'action pluriannuels, d'une programmation budgétaire et d'une évaluation *in itinere* pour apporter les adaptations nécessaires. Si certaines orientations de santé publique font l'objet de plans d'action structurés depuis une vingtaine d'années maintenant² (santé-environnement, nutrition santé, santé au travail, cancer, etc.), avec des résultats variables, aucune démarche n'a en revanche été structurée dans la durée autour de la transformation du système de santé lui-même, même si la stratégie nationale de santé 2018-2022 en avait l'ambition. Il est donc crucial de la mettre en place. Ces plans d'actions, que nous dénommons ici « **programmes de transformation du système de santé** », ont vocation à décliner la stratégie de manière opérationnelle dans un nombre limité de programmes majeurs (probablement moins de dix).

L'objet de cette note de méthode n'est pas de définir les thèmes des programmes de transformation, qui devront découler de la vision stratégique et de ses priorités. On en donne néanmoins **quelques exemples possibles pour illustrer leur ambition** :

- ⇒ Concernant les objectifs stratégiques à 10 ans : prévention de l'exposition aux facteurs de risque ; prévention de la dépendance des personnes âgées ; réduction des inégalités de santé ; organisation des parcours de prise en charge des maladies chroniques ; meilleure accessibilité à des soins de qualité, en particulier en santé mentale ;
- ⇒ Concernant leur déclinaison opérationnelle : dépistages précoces chez les enfants ; réorganisations hospitalières territoriales ; structuration de la ville, exercice coordonné, accès aux soins de premier recours pour éviter le recours aux urgences hospitalières ; généralisation des parcours ayant fait leurs preuves dans les expérimentations de l'article 51³ ; efficience des prescriptions ; développement des

² Certains de ces plans d'actions en sont aujourd'hui à leur cinquième génération.

³ L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 fixe un cadre pour les expérimentations innovantes en santé ; plus de 160 expérimentations ont été lancées depuis 2018.

outils numériques et d'intelligence artificielle ; exploitation des bases de données médicalisées...

Pour chaque programme, des objectifs quantifiés, y compris financiers, des stratégies d'action, des leviers et un responsable devront être identifiés. Ces programmes pluriannuels devront notamment permettre de définir des enveloppes d'investissement au service des objectifs de santé. Les programmes de transformation devront disposer d'une déclinaison territoriale, dans le cadre d'un principe de subsidiarité qui accorde des marges de manœuvre significatives à ces territoires.

Le fait de nommer certains thèmes comme « prioritaires » ne signifie en aucune façon que les autres thématiques seraient oubliées et souffriraient d'un manque d'attention. La mise en place des plans Cancer successifs depuis 2003 n'a pas nui à la prise en charge des autres affections. Il s'agit dans cet exercice de priorisation d'identifier quelques thématiques porteuses de progrès structurants pour le système de santé et de gains d'efficience.

Les programmes de transformation de la santé ont vocation à être déclinés dans les différents outils de régulation existants ou à créer. Les **mesures législatives nécessaires seront portées par les LFSS** pour celles qui relèvent du champ des LFSS. Pour les mesures qui ne trouveraient pas leur place en LFSS, il faudra alors pouvoir disposer rapidement d'un **support législatif dédié**, que ce soit sous la forme d'un projet de loi ou d'une proposition de loi.

3. Les outils contractuels

L'association et l'implication des acteurs de la santé devront se traduire par une **mise en cohérence de l'ensemble des outils contractuels** avec la stratégie globale. Ces outils devront aligner les incitations des offreurs de soins avec la stratégie et permettront de leur fournir une visibilité qui fait largement défaut aujourd'hui. Les conventions, contrats et protocoles avec les professionnels libéraux, établissements de santé et médico-sociaux et avec les industriels devront ainsi porter de manière prioritaire ces programmes de transformation et pourront en outre être complétés et enrichis, par rapport aux pratiques du passé, notamment en impliquant les organismes complémentaires.

Les **conventions** signées entre l'assurance maladie et les professions libérales sont déjà pluriannuelles et, même si les discussions restent centrées sur les revalorisations, elles se sont enrichies dans le temps en intégrant des mesures de qualité et d'organisation des soins. Dans l'avenir, elles devront encore davantage prioriser des axes à fort impact (soins primaires, outils numériques, prévention...) et elles devront **porter des transformations organisationnelles**, cohérentes avec les programmes de transformation de la stratégie nationale.

S'agissant des établissements de santé, il sera utile de remettre sur le métier un **protocole hospitalier pluriannuel**, mais il ne devra pas avoir pour unique objectif de sécuriser les évolutions tarifaires des établissements. Il devra porter des **engagements effectifs et mesurés des acteurs en faveur de la transformation, de l'efficience et de la qualité**. Un contrat

national unique n'est sans doute pas suffisant et des déclinaisons territoriales et locales seront nécessaires. La question des réorganisations territoriales ne devra pas être esquivée.

S'agissant du **secteur médico-social**, des **outils contractuels nouveaux** et plus efficaces devront permettre de traduire les engagements des différentes parties en vue de faire face à la vague démographique pour la prise en charge de la dépendance et d'améliorer le service rendu à la population.

En ce qui concerne **l'industrie** (médicaments, dispositifs médicaux), des accords-cadres pluriannuels sont déjà en vigueur, sous la responsabilité du comité économique des produits de santé. Il pourrait être envisagé de faire évoluer leur contenu pour mieux maîtriser l'évolution des prix unitaires des produits innovants et leur impact budgétaire, tout en garantissant l'accès des patients à l'innovation.

La stratégie pluriannuelle et les programmes de transformation pourraient être décrits dans un rapport faisant l'objet d'un article d'approbation en PLFSS. Ensuite, les programmes de transformation pourront être suivis et évalués tous les ans au Parlement, à la fin du printemps par exemple, pour nourrir le cas échéant des ajustements en LFSS, en enrichissant l'exercice actuel de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale et en complétant les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) par des rapports de performance des programmes de transformation.

La pluriannualité en santé en Europe

Presque tous les pays de l'OCDE réalisent des projections à moyen terme (3 à 5 ans) des dépenses de santé, qui, le plus souvent, font partie d'un exercice de projection de moyen terme des finances publiques. Ces projections sont élaborées par les autorités publiques ou des organismes indépendants à la demande du gouvernement. Certains pays, tels que l'Italie ou le Royaume-Uni, réalisent également des projections de long terme (plusieurs décennies). Selon les pays, les projections de moyen terme sont purement informatives ou ont une dimension contraignante sur les budgets annuels. Le plus souvent, les projections de moyen terme sont revues à intervalles réguliers et peuvent évoluer en fonction d'informations nouvelles sur les besoins de santé.

Les exemples de lien entre une stratégie pluriannuelle et l'allocation budgétaire sont rares. Il existe néanmoins des exemples en matière d'investissement ou de programmes sectoriels (promotion de la santé ou soins primaires par exemple), assortis d'indicateurs de performance.

L'exemple du Royaume-Uni est intéressant. Le cadre financier pluriannuel constitue un engagement fort, fixé en début de mandat dans la *"fiscal rule"* présentée par le chancelier de l'Échiquier (règles relatives à la trajectoire des finances publiques) et lors des *"spending review"* à l'occasion desquelles le budget de chaque ministère est fixé sur plusieurs années. C'est dans ce cadre financier pluriannuel que le NHS fonctionne avec un engagement de financement sur 5 ans qui est coordonné avec les orientations stratégiques de moyen terme arrêtées dans un *"Long term plan"* de 10 ans.

II. Le cadre budgétaire pluriannuel

La priorité du pilotage des finances publiques consiste à renforcer la crédibilité de la loi de programmation des finances publiques. Cette crédibilité passe par un renforcement de la contrainte qu'exerce la programmation pluriannuelle sur l'annualité budgétaire. Elle passe aussi par une meilleure appropriation de cette programmation par l'ensemble des ministères et leurs parties prenantes. A cet égard, la pluriannualité budgétaire en santé ne sera crédible en loi de programmation des finances publiques que si sa préparation associe le ministère de la Santé, et en lien avec lui, les parties prenantes de la santé. A cette condition, une vision stratégique sur dix ans, couplée à la loi de programmation des finances publiques, apparaît plus pertinente qu'**une loi de programmation pluriannuelle en santé**, qui risque de constituer une promesse illusoire.

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) : un outil à renforcer et crédibiliser

Les lois de programmation des finances publiques (LPFP) sont une catégorie de lois financières introduite à l'article 34 de la Constitution lors de la révision du 23 juillet 2008. Elles s'inscrivent dans une démarche de gestion pluriannuelle (trois ans minimum) des finances publiques.

Ce sont des lois ordinaires, cadrant la trajectoire financière globale de l'ensemble des administrations publiques, c'est-à-dire l'État, les organismes divers d'administration centrale, les administrations publiques locales et les administrations de sécurité sociale. Elles ne remettent pas en cause le principe de l'annualité budgétaire et ne contraignent pas les lois de finances et de financement de la sécurité sociale.

Les orientations pluriannuelles des finances publiques définies par la loi de programmation des finances publiques comprennent notamment, pour chacun des exercices auxquels elles se rapportent, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et le taux d'évolution de ses sous-objectifs.

Les LPFP ont été renforcées par la loi organique du 17 décembre 2012 mais le bilan est pour le moins mitigé. Dans son étude annuelle de 2025⁴, le Conseil d'État suggère de renforcer le cadre budgétaire pluriannuel, soit en favorisant le rôle de référence de la loi de programmation des finances publiques à l'égard des lois de finances annuelles et des lois de programmation sectorielles, en prévoyant notamment son vote en début de législature, soit même en donnant une portée plus contraignante aux LPFP voire en prévoyant des lois organiques cadres (nécessitant alors une révision de la Constitution).

Beaucoup d'acteurs de la santé souhaitent une loi de programmation et d'orientation en santé, d'une part pour obtenir une visibilité pluriannuelle sur les moyens qui leur seront alloués, d'autre part dans l'espoir que ces moyens leur soient garantis au niveau le plus élevé possible. Si le premier objectif est légitime, le second constitue certainement un vœu pieu qui se traduira par de nombreuses déceptions. La proposition de renforcement de la

⁴ Conseil d'État, *Inscrire l'action publique dans le temps long*, septembre 2025.

pluriannualité budgétaire formulée ici vise d'abord à améliorer la visibilité, l'anticipation, la cohérence avec la stratégie et la sanctuarisation des investissements nécessaires.

Si on voit bien l'intérêt d'une loi de programmation sectorielle en santé (visibilité politique, association des acteurs à son élaboration, débat dédié au Parlement), ses inconvénients sont de trois ordres.

D'une part, sa validité juridique reste incertaine, même s'il existe des arguments forts à son appui. Les lois de programmation prévues à l'article 34 de la Constitution « déterminent les objectifs de l'action de l'État » ; sachant que cet article a été rédigé avant la création des lois de financement de la sécurité sociale⁵, il demeure une incertitude sur l'interprétation du terme « État » : englobe-t-il de façon large toute l'action publique, y compris la sécurité sociale, ou réserve-t-il strictement les lois de programmation aux politiques publiques relevant directement de l'État et donc des projets de loi de finances ? Il semble très concevable de construire un argumentaire en faveur d'une acception large (il n'existe qu'une politique de santé, il n'y a pas la santé publique d'un côté et l'assurance maladie de l'autre), mais on ne dispose pas à ce jour de jurisprudence sur cette question ni d'avis du Conseil d'État.

D'autre part, elle contribuerait à la multiplication des lois de programmation sectorielles⁶, dont la Cour des comptes a noté qu'elle nuit à la lisibilité des finances publiques. La situation budgétaire que trouvera le nouvel exécutif en mai 2027 rendra prioritaire le renforcement des leviers de pilotage des finances publiques qui s'incarnera probablement dans la loi de programmation des finances publiques plus que dans des lois de programmation sectorielles.

Enfin et surtout, les délais d'élaboration et d'examen au Parlement interdisent l'adoption d'une loi de programmation en santé avant la nouvelle LPFP 2028-2032. Au vu du temps de préparation et d'examen parlementaire des lois santé précédentes (2004, 2009, 2016, 2019), une adoption en 2028 constituerait déjà un petit exploit.

Si le choix du Gouvernement est malgré tout de présenter devant le Parlement une loi de programmation et d'orientation pour la santé, il conviendra naturellement de saisir cette occasion – et les propositions de la présente note restent globalement valables dans cette hypothèse. Mais il serait risqué pour le secteur de la santé de tout miser sur un tel scénario. C'est sans aucun doute la LPFP 2028-2032 qui retracera la trajectoire budgétaire de l'Ondam pluriannuel, et le secteur de la santé ne devra pas manquer cette étape.

Comme indiqué *supra*, cela nécessitera que la préparation de la LPFP ne relève pas seulement des ministères de l'Économie et du Budget, comme c'est en général le cas. La LPFP doit traduire des choix politiques dans l'affectation des moyens publics dédiés aux différents risques de sécurité sociale (retraite, maladie, famille) comme aux politiques publiques de défense, d'éducation, de sécurité ou de transition écologique. La programmation budgétaire

⁵ Plus exactement, la version actuelle date de 2008, mais s'inscrit dans la continuité des « lois de programme » inscrites dans la Constitution depuis 1958.

⁶ Existent déjà : Loi de programmation militaire, lois de programmation et d'orientation pour la justice, la sécurité intérieure, la recherche...

en santé qui figurera dans la loi de programmation des finances publiques devra être la résultante, sous l'égide du Premier ministre et dans un cadre interministériel formalisé, d'un travail préalable entre les services des ministères des Comptes publics et de la Santé, sur la base de la vision stratégique et des programmes de transformation établis par le ministère de la Santé en concertation avec les acteurs.

L'exercice de programmation devrait lui-même être précédé par un exercice de projection des dépenses à moyen terme soumis à la discussion des parties prenantes, comme c'est le cas dans beaucoup de pays développés, à l'instar de la démarche mise en place par le Conseil d'orientation des retraites sur le sujet des retraites.

Les programmes de transformation devront permettre de justifier un Ondam pluriannuel inférieur à son évolution tendancielle. L'Ondam pluriannuel pourra ainsi résulter de choix de politique publique et pas seulement d'une contrainte de finances publiques nécessitant de dégager chaque année des économies (mal évaluées, mal suivies) pour raboter le tendanciel estimé sur des bases fragiles. Un objectif explicite en termes de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie devrait également accompagner la présentation de cet Ondam pluriannuel.

La trajectoire de l'Ondam et de ses sous-objectifs présentée dans la LPFP gagnerait à être détaillée et documentée dans un rapport joint, détaillant la contribution attendue des programmes de transformation aux efforts d'efficience et le financement des priorités. Une synthèse de ce rapport pourrait figurer dans l'annexe pluriannuelle (« annexe A ») du PLFSS 2028 et contribuer ainsi à ce que cette annexe fasse enfin l'objet d'un vrai débat au Parlement.

De fait, les plans de transformation porteront des gains d'efficience mais ils nécessiteront également des investissements supplémentaires. **La création d'un fonds de transformation du système de santé**, inclus dans l'Ondam et articulé avec le fonds d'intervention régional (FIR), ayant pour mission de financer des investissements contractualisés dans la coordination des soins, les réorganisations territoriales ou le numérique par exemple, pourrait être envisagée. Ce fonds pourrait faire l'objet d'une fongibilité asymétrique : il serait possible d'utiliser des crédits sous-consommés sur d'autres enveloppes de l'Ondam pour l'abonder, mais l'inverse serait interdit.

La trajectoire de l'Ondam inscrite dans la LPFP constituera une « ancre » pour les acteurs de santé, permettra d'identifier les efforts d'efficience à réaliser et les priorités pour les investissements, et devra être respectée au maximum. Il ne faut pas être naïf : cela ne signifie pas qu'elle sera respectée quoi qu'il arrive. Des crises, financières, géopolitiques ou sanitaires, peuvent intervenir et contraindre le Gouvernement à réorienter ses choix et ses priorités. C'est normal et même indispensable ; mais cela n'exonère pas de disposer au début du prochain quinquennat d'un cadre budgétaire pluriannuel de référence crédible. **Par ailleurs, la trajectoire pluriannuelle devrait prévoir les conditions dans lesquelles elle peut être révisée, par exemple en cas de choc d'inflation significatif.**

Cette trajectoire de dépenses devra en outre être complétée d'une trajectoire pluriannuelle de retour à l'équilibre de la branche maladie, assumant également des choix sur les recettes : un retour à l'équilibre sans recettes nouvelles n'est pas réaliste.

Quel Ondam pour la période 2028-2032 ?

Le choix du taux d'Ondam sur le prochain quinquennat sera naturellement un choix politique, résultant d'arbitrages entre la soutenabilité des finances publiques et les différentes priorités gouvernementales de politiques publiques.

Idéalement, ce taux sera fixé précisément à l'issue de la définition du contenu des programmes de transformation, en fonction des priorités d'investissement et en tenant compte de la cible retenue pour la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie. L'Ondam étant fixé en valeur (*i.e.* en euros courants), il serait également logique que la fixation de son taux pluriannuel tienne compte des hypothèses retenues pour la croissance et l'inflation.

Retenir pour objectif la stabilité de l'Ondam dans le PIB sur la période 2028-2032 constituerait un scénario volontariste mais réaliste : d'un côté, un tel scénario préserve les dépenses d'assurance maladie dans l'effort de réduction des dépenses publiques ; d'un autre côté, l'évolution de ces dépenses étant plus dynamique que le PIB sous l'effet du vieillissement (qui va s'accélérer au cours du prochain quinquennat), de la croissance des pathologies chroniques et de la déformation tendancielle du taux de prise en charge par l'assurance maladie (en lien avec la croissance des affections de longue durée prises en charge à 100%), ce scénario nécessite des efforts d'efficience importants et durables. Des hypothèses annuelles de croissance et d'inflation comprises entre 1% et 1,5% conduiraient ainsi à un taux d'évolution de l'Ondam compris entre 2 et 3%, toutes choses égales par ailleurs.

Comme indiqué *supra*, le choix retenu pour l'évolution de l'Ondam devra s'accompagner d'une cible explicite sur la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie, en veillant à ce que la maîtrise de la dépense publique de santé ne se traduise pas par un accroissement des inégalités d'accès aux soins pour des raisons financières. Le respect de cette cible pourrait faire l'objet d'une compétence nouvelle confiée au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

III. Le pilotage de court terme en PLFSS doit s'inscrire dans le cadre pluriannuel

La loi de financement de la sécurité sociale permettra d'introduire une partie des mesures législatives nécessaires à la mise en œuvre des programmes de transformation. Cette visibilité sur les mesures nécessaires en amont du PLFSS permettra de s'abstraire de la situation actuelle dans laquelle presque tous les débats sur la transformation du système de santé se tiennent lors de l'examen du PLFSS, dans un délai de deux jours au mieux en général en première lecture à l'Assemblée nationale puis au Sénat.

La LFSS restera en outre le support du pilotage fin de la dépense, suivant une règle selon laquelle **l'Ondam de l'année n+1 ne pourrait s'écarter de l'Ondam prévu dans la programmation pluriannuelle de plus ou moins x %** ; des mesures nouvelles non prévues lors

de la construction pluriannuelle auraient alors vocation à être gagées par des économies supplémentaires⁷. Là encore, le respect de la trajectoire pluriannuelle par l'Ondam de l'année n+1 pourrait faire l'objet d'une compétence nouvelle du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Ondam pluriannuel et Ondam annuel : quelle méthode de construction et de régulation ?

Le pilotage de l'Ondam s'est heurté à plusieurs limites dans le passé et mériterait qu'une réflexion soit engagée sur sa rénovation.

D'une part, la présentation de l'Ondam en « Ondam tendanciel », auquel s'ajoutent des « mesures nouvelles » et dont on retranche des « mesures d'économies » s'appuie sur une évolution tendancielle des dépenses (avant mesures) discutable, car difficile (voire impossible) à évaluer précisément, et fait porter le débat sur les mesures d'économies plus que sur les priorités d'affectation des ressources supplémentaires. Des constructions alternatives mériteraient d'être expertisées et discutées.

D'autre part, le découpage actuel de l'Ondam et ses sous-objectifs mériteraient d'être réinterrogés.

Enfin, la régulation annuelle stricte de l'Ondam, conduisant à arbitrer en décembre le dégel des crédits hospitaliers, n'a guère de sens, puisqu'à cette époque de l'année cette régulation tarifaire ne peut plus se traduire par des mesures prises au sein des établissements ; elle a un impact sur les recettes des établissements mais pas sur leurs dépenses.

Mieux réguler l'Ondam devrait donc conduire à donner la priorité à la trajectoire pluriannuelle et à permettre que l'Ondam annuel s'écarte, de manière limitée, de l'objectif annuel – les mesures de redressement portant alors sur l'année suivante.

Cette régulation pluriannuelle devrait intégrer le déficit hospitalier (près de 3 Md€ en 2024), qui échappe actuellement au pilotage de l'Ondam et constitue un point de fuite de la régulation budgétaire du système de santé.

Enfin, une réflexion devrait être menée sur la **limitation des mesures nouvelles votées en PLFSS** mais non inscrites dans les programmes de transformation et non cohérentes avec les priorités stratégiques. Il n'est pas simple *a priori* d'allier la liberté d'amendement (dès lors qu'elle respecte l'article 40 de la Constitution⁸) et de vote des parlementaires avec le respect d'une vision stratégique globale qui doit être stable dans le temps. Mais il faut bien mesurer l'impact de tel ou tel amendement adopté en PLFSS sur les administrations centrales et déconcentrées, sur le temps de concertation des textes d'application, sur leur mise en œuvre. Définir une stratégie, la mettre en œuvre et s'y tenir oblige à faire des choix dans l'allocation

⁷ Il peut naturellement exister des cas exceptionnels justifiant une dérogation à ces principes (crise sanitaire, arrivée sur le marché d'un traitement coûteux et innovant comme le traitement contre l'hépatite C en 2014). Pour éviter un recours injustifié aux dérogations, il faudrait les placer sous le contrôle du comité d'alerte.

⁸ « Les propositions et amendements formulés par les membres du Parlement ne sont pas recevables lorsque leur adoption aurait pour conséquence soit une diminution des ressources publiques, soit la création ou l'aggravation d'une charge publique. »

des ressources. A défaut, c'est l'existence même du PLFSS et de l'inflation législative qu'il engendre qu'il faudrait discuter.

Des mesures pourront être prises rapidement par le nouveau Gouvernement dès 2027 pour incarner cette volonté politique de focalisation sur quelques priorités stratégiques. Par exemple, une **revue des réformes du financement**⁹ pourrait être annoncée, permettant de se concentrer ensuite sur les réformes à fort impact, concertées et annoncées dans les programmes de transformation, constituant la feuille de route des administrations. Par exception, les réformes de financement encore en chantier en 2027 pourraient être poursuivies, si leurs objectifs sont clairement définis (ainsi que les indicateurs qui permettront de vérifier s'ils sont atteints) et cohérents avec les grandes orientations du nouveau Gouvernement, en particulier si elles contribuent efficacement à la pertinence et la qualité des soins.

IV. Le renforcement indispensable de la prospective en santé

Des exercices de prospective en santé (concernant l'évolution de la demande, des déterminants de santé, des ressources humaines, des innovations...) devraient être menés à intervalles réguliers, en associant les directions (notamment la DREES), l'inspection générale des affaires sociales, les agences et opérateurs du ministère de la Santé, le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le haut conseil à la stratégie et au plan, les instances professionnelles (conseils nationaux professionnels notamment), les représentants des patients et les autres acteurs concernés. Éclairée par la stratégie de recherche en santé, cette prospective devrait porter sur des scénarios à 5, 10 ou 15 ans selon les sujets, permettant de documenter les mutations possibles et leurs impacts sur le système de santé, par exemple en matière d'impact des outils d'intelligence artificielle en santé, de tendances épidémiologiques, de besoins en ressources humaines, de besoins en offre hospitalière, etc.

Ces exercices de prospective devraient ainsi s'attacher particulièrement à identifier et accompagner les bouleversements en germe avec l'arrivée sur le marché d'outils d'intelligence artificielle performants et fiables pour le diagnostic et l'aide à la thérapeutique, ou encore pour l'organisation des parcours de soins. Une veille spécifique est nécessaire sur ce point, et d'une manière générale sur les outils numériques et l'exploitation des bases de données.

Des exercices d'*horizon scanning* en matière d'innovation médicamenteuse, visant à anticiper et modéliser l'arrivée de molécules innovantes, leurs impacts sur les prises en charge et leurs conséquences budgétaires mériteraient également d'être conduits par les pouvoirs publics, en lien avec les industriels.

⁹ Pour mémoire, depuis 2021, ont été mises en œuvre, préparées ou annoncées des réformes de la tarification à l'activité, de la psychiatrie, des soins médicaux et de réadaptation, de la dialyse, des urgences, etc.

V. Méthode et calendrier d'élaboration et de présentation de la stratégie en santé et des programmes pluriannuels de transformation

Les objectifs et la démarche devraient être annoncés aussi rapidement que possible après la formation du nouveau Gouvernement. La méthode devra naturellement prévoir d'associer les parties prenantes, qui sont nombreuses et en attente.

Le calendrier sera particulièrement contraint : la stratégie, sa déclinaison opérationnelle pluriannuelle et la trajectoire budgétaire devront idéalement pouvoir être présentées devant le Parlement avant l'examen en séance de la LPFP.

Il faut éviter que la présentation et la discussion du PLFSS 2028 se tiennent sans qu'ait été préparé et concerté en amont le cadre pluriannuel dans lequel le gouvernement souhaite inscrire son action : ce serait à nouveau un an de perdu, ce que notre système de santé ne peut plus se permettre.

De façon plus détaillée, si le projet de LPFP est déposé fin septembre 2027¹⁰, la stratégie santé devra être présentée dans le même calendrier.

On ne peut toutefois écarter totalement *a priori* un calendrier très inhabituel et heureusement improbable dans lequel le projet de LPFP serait déposé, examiné et adopté dès juillet 2027, dans le cadre d'un plan de redressement des finances publiques. Au vu des très courts délais que ce calendrier induirait, l'élaboration de la stratégie et des plans de transformation devrait être menée en deux temps : une première étape assez macro permettant d'assurer début juillet la cohérence avec le projet de LPFP, et une deuxième étape d'approfondissement d'ici fin septembre 2027. Un tel calendrier, extrêmement contraignant, serait néfaste à l'établissement d'une trajectoire budgétaire crédible.

Certaines « briques » techniques (telles que l'exercice de projection des dépenses à moyen terme) gagneraient en tout état de cause à être réalisées par l'administration dès 2026.

Enfin, la déclinaison territoriale des programmes de transformation devra être réalisée et concertée dans la foulée, pour être présentée dès le début 2028.

¹⁰ Pour mémoire, le projet de LPFP 2018-2022 a été déposé le 27 septembre 2017 et le projet de LPFP 2023-2027 a été déposé le 26 septembre 2022.

Annexe : un exemple de stratégie et de déclinaison opérationnelle

L'exemple de la maladie rénale chronique (MRC)

Depuis 30 ans, les analyses et rapports se succèdent¹¹ pour souligner que les prises en charge de la maladie rénale chronique devraient évoluer vers davantage de prévention, de greffes rénales et de dialyses à domicile, bénéfiques à la fois pour les patients et pour l'efficacité du système. En raison de rigidités professionnelles et administratives, et malgré quelques tentatives d'amélioration des filières de soins cette dernière décennie, les constats sont toujours les mêmes. Et on pouvait encore lire dans le rapport 2018 du registre REIN : « *Une collaboration entre les administrations sanitaires et les acteurs de terrain est nécessaire pour comprendre les obstacles, trouver des pistes d'amélioration et accompagner les changements nécessaires* » ...

Or, les perspectives récentes en matière de traitement médicamenteux de la maladie rénale chronique laissent espérer une efficacité nouvelle en matière de ralentissement de l'évolution vers le stade de suppléance de l'insuffisance rénale, voire de rémission durable.

Cet exemple de l'IRC permet d'illustrer comment un plan d'ensemble, pluriannuel, permettrait à la fois d'améliorer les résultats médicaux et de qualité de vie, l'efficacité des prises en charge et de maîtriser les montants budgétaires affectés à cette pathologie, en croissance constante (4,58 Md€ en 2023 pour 101 500 bénéficiaires¹² dialysés et transplantés, faisant de cette pathologie la première en termes de dépense d'assurance maladie par bénéficiaire : **45 148** euros par an).

Si la défaillance rénale, nécessitant le recours à la dialyse ou à la greffe, correspond au stade ultime d'évolution de la MRC, elle n'est que la partie émergée de l'iceberg. Le nombre de personnes atteintes d'une MRC en France a été estimé en 2020 à 5,9 millions (EHESP), en augmentation constante. La plupart l'ignorent, la MRC étant silencieuse et le dépistage peu développé. La MRC est donc plus fréquente que les maladies neuro-vasculaires (5,3M), les maladies respiratoires chroniques (3,6M), le diabète (4,2M), les cancers (3,4M) (Assurance Maladie). Outre ses risques de progression, elle est également un facteur de risque cardio-vasculaire très important. L'OMS a estimé qu'elle sera la 5^e cause de décès au monde en 2040 et, pour ces raisons, en a fait récemment une des pathologies non transmissibles prioritaires¹³.

Objectifs médicaux et organisationnels

A un horizon de moyen terme, il s'agit de fixer des objectifs volontaristes pour guider l'action des pouvoirs publics et de la communauté des néphrologues et des patients, mais aussi des professionnels du soin primaire, et d'actionner les bons leviers dans une vision systémique, sans quoi la situation actuelle risque de s'aggraver (augmentation du nombre de malades, activité de greffe ne répondant pas aux besoins, centres de dialyse saturés, dépenses croissantes) :

¹¹ Le plus récent étant le rapport de la CNAM « Charges et Produits » pour 2025, publié en juillet 2024.

¹² Contre 4,1 Md€ et 98 000 bénéficiaires en 2019.

¹³ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF6-en.pdf

- ⇒ Stabilisation puis diminution de l'incidence de la défaillance rénale traitée par une meilleure prévention, un dépistage plus précoce, une plus grande implication des médecins généralistes et des soins primaires, un parcours de soins mieux coordonné, la prescription des traitements pharmaceutiques ayant démontré leur efficacité pour ralentir ou arrêter l'évolution de la maladie rénale ;
- ⇒ Augmentation de l'activité de greffe (don vivant, prélèvements sur donneurs décédés) et amélioration de la survie des greffons, alignement sur les meilleures pratiques internationales (cf. notamment l'Espagne), de manière à accélérer les sorties de dialyse vers la greffe et de stabiliser, puis de diminuer le nombre de patients inscrits sur les listes d'attente de greffe ;
- ⇒ Orientation vers les modalités de dialyse favorisant l'autonomie des patients et la personnalisation de la qualité de la dialyse, en tirant partie du progrès technologique (miniaturisation, télémédecine...) ;
- ⇒ Résorption des inégalités territoriales en termes de prélèvement d'organes, d'accès à la greffe et aux modalités de dialyse autonomes et garantie de l'accès à l'ensemble des modalités de prise en charge sur l'ensemble du territoire national ;
- ⇒ Renforcement de la place du patient, décision partagée avec son médecin de la prise en charge la plus adaptée pour lui ; le choix doit être éclairé tout au long du parcours par des actions d'information et des programmes d'éducation thérapeutique.

Mobilisation de l'ensemble des outils et modalités d'incitations

Pour atteindre ces objectifs, il faut agir sur l'ensemble des déterminants via les outils disponibles : autorisations, tarifications, indicateurs de qualité, statut et rémunération des personnels, protocoles de coopération médecin/infirmières, infirmières de pratique avancée...

Sur le plan tarifaire, des forfaits dialyse par patient, tous frais inclus, tenant compte de leurs caractéristiques (âge, comorbidités, ...) devraient être mis en place. Cette étape a été engagée par la Direction générale de l'offre de soins fin 2024 en concertation avec l'ensemble des acteurs du système. Il est prévu que cette réforme entre en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

En parallèle, des incitatifs forts pour le prélèvement d'organes et la transplantation doivent être construits, pour les établissements comme pour les professionnels. Les paiements en fonction d'indicateurs de qualité doivent être développés, y compris pour favoriser l'inscription précoce des patients sur liste d'attente de greffe. Par exemple en matière d'autorisations, un centre ou une association auraient des obligations contractuelles pour inscrire tout patient (hors contre-indications et hors refus du patient) sur la liste d'attente de greffe avant même le démarrage de la dialyse, conformément aux recommandations HAS.

Objectifs d'efficience

Le champ des dépenses suivies

Pour apprécier le poids de cette ligne de soins dans l'ensemble de l'Ondam, le système national des données de santé (SNDS) permet de disposer des données sur les activités et les dépenses. Le registre REIN permet de compléter cet ensemble par des informations médicalisées qui concernent uniquement les patients dialysés ou greffés (le croisement entre les deux bases étant maintenant possible).

La mise en place d'un appariement entre le SNDS et les données de fonction rénale (créatininurie sanguine / débit de filtration glomérulaire) mesurées en routine par les laboratoires de biologie en population générale (plus de 60 millions de mesures de la créatininurie par an) aurait un rôle crucial pour améliorer les connaissances sur les stades de la MRC préalables à la dialyse et à la greffe, évaluer en vie réelle l'efficacité des stratégies de dépistage et les nouvelles thérapeutiques, développer des outils prédictifs et des stratégies de prévention ciblant des groupes de patients à très fort risque de dégradation.

Seraient à quantifier les postes suivants : actes, forfaits de dialyse des néphrologues libéraux, des centres de dialyse et associations de dialyse ; actes infirmiers ; prescriptions pharmaceutiques ; prescriptions de transports ; prescriptions de biologie ; programmes de dépistage précoce ; forfait « maladie rénale chronique » ; paiement à la qualité et autres missions spécifiques.

Les gains d'efficience attendus, l'évaluation

On attend de l'ensemble de ces actions, à l'horizon de 5 ans :

- ⇒ une stabilisation, et à terme une diminution des besoins de dialyse ;
- ⇒ une diminution du coût individuel moyen de traitement par dialyse, toutes modalités confondues ;
- ⇒ une augmentation du nombre de greffes rénales réalisées chaque année;
- ⇒ et donc une diminution du coût individuel de traitement de l'IRC en phase de suppléance.

Ces impacts devraient conduire à une diminution de l'enveloppe de dépenses affectées à cette pathologie, en améliorant la qualité de vie et l'espérance de vie des patients (la greffe donnant de bien meilleurs résultats sur ces deux critères), même en tenant compte du vieillissement de la population des insuffisants rénaux, et en intégrant le fait qu'au début du programme, il sera nécessaire de mobiliser des montants significatifs pour d'une part, les actions de prévention, de dépistage et de traitement précoce des patients, d'autre part, les actions visant à augmenter le nombre de greffons rénaux.