Vers une loi de programmation en santé

Proposition de la Fédération hospitalière de France
Publication
Mai 2025

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Propositions relatives à la programmation en santé et portant diverses dispositions intéressant la santé

SOMMAIRE

Exposé des motifs 2

Article liminaire 14

Titre Ier 16
Dispositions relatives à la programmation financière

Titre II 20
Dispositions relatives aux objectifs de santé publique et de prévention

Titre III 24
Recherche, innovation et investissement

Titre IV 28
Dispositions relatives aux ressources humaines en santé et à l'accès aux soins

Titre V 32
Dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage national et territorial de la programmation pluriannuelle en santé

Exposé des motifs

Faire santé, c'est faire société

Mesdames, Messieurs,

En octobre 2024, une étude Ipsos[1] révélait que le principal sujet de préoccupation des Français était « leur santé et celle de leurs proches ». Cette tendance, de plus en plus prégnante au fil des ans, témoigne évidemment d'un ressenti propre à chacun touchant au bien-être personnel et au rapport à soi, mais elle marque aussi une réelle inquiétude de nos concitoyens sur la pérennité du système de santé, longtemps considéré comme le plus fiable et le plus juste du monde.

En effet, les difficultés d'accès aux soins dans tous les territoires sont grandissantes, comme l'a révélé le baromètre FHF/IPSOS de l'accès aux soins en mars 2025[2] : plus de deux tiers des Français déclarent ainsi avoir renoncé à au moins un acte de soin ces 5 dernières années (hôpital et ville confondus.) Une proportion en hausse significative par rapport à 2024, passant de 63 % à 68 %. Par ailleurs, les problématiques de recrutement de personnels soignants et non soignants en établissements ou plus globalement celles liées à la démographie médicale, ainsi que la question du vieillissement de la population, sont des réalités ancrées dans les consciences collectives.

1 https://www.ipsos.com/fr-fr/barometre-État-de-la-france-quel-rapport-la-democratie-en-2024

2 https://www.fhf.fr/actualites/communiques-de-presse/deuxieme-edition-du-barometre-de-lacces-aux-soins-lhopital-public-un-tournant

Cinq ans après l'onde de choc de la Covid-19, notre système de santé reste à un carrefour stratégique : si des réformes positives ont été engagées, il manque encore une vision d'ensemble pour bâtir un écosystème véritablement résilient et adapté aux défis à venir.

La lucidité exige de faire un tableau sans concession de la situation, sans nier cependant de réelles avancées. Par exemple, **l'espérance de vie en bonne santé progresse** : près de deux ans de plus pour les femmes ainsi que pour les hommes depuis 2008.

L'année 2025 est d'autant plus symbolique qu'elle place la santé publique face à un double défi pour l'avenir : répondre à une demande de soins croissante – conséquence de la progression des maladies chroniques et du vieillissement de la population notamment – dans un contexte budgétaire extrêmement contraint et grevé par la dette publique.

Face à la multiplication des crises – pandémie, réchauffement climatique, conflits géopolitiques, inflation –, notre système de santé doit être, plus que jamais, le socle protecteur et bienveillant de notre pays, garantissant soin et réconfort à tous. Il incarne une double promesse : celle du présent, par sa mission curative, et celle de l'avenir, par son rôle préventif. Plus qu'un rempart, il est la **colonne vertébrale de notre résilience collective**.

À ce titre, il convient de le conforter comme un pilier de la souveraineté nationale. L'hôpital public – véritable bouclier sanitaire de la Nation – a toute sa place dans la stratégie de défense nationale, qui s'exerce notamment à l'échelle européenne, sans être mis en concurrence avec les moyens alloués à l'appareil militaire.
De la même manière, l'ONDAM ne doit couvrir que les dépenses strictement liées à la santé – et non d'autres charges comme l'augmentation des cotisations CNRACL ou la complémentaire santé et prévoyance de la fonction publique.

Le système de santé français souffre aujourd'hui d'un paradoxe évident. D'un côté, il suscite un véritable attachement chez ses usagers, comme le montraient ces soirées pendant la pandémie de Covid-19 où les balcons résonnaient d'un chœur vibrant d'applaudissements. De l'autre, cette fierté de notre système de santé est de plus en plus remise en cause devant ses fragilités patentes au quotidien. Si le diagnostic de ces difficultés est posé depuis longtemps à travers une littérature extrêmement dense et précise, produite tant par les acteurs eux-mêmes que par les élus toutes échelles confondues et les administrations, les remèdes prescrits et les traitements administrés apparaissent cruellement insuffisants.

Une gouvernance incompatible avec toute planification en santé

De fait, si les pouvoirs publics ont entrepris ces vingt dernières années plusieurs réformes d'ampleur *via* notamment les lois du 13 août 2004 relatives à l'Assurance maladie, du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et du 26 janvier 2016 autour de la modernisation de notre système de santé, elles n'ont pas ou peu pris en compte l'impérieuse nécessité pour les acteurs de disposer d'une vision à moyen terme.

Une approche pluriannuelle des politiques de santé existe aujourd'hui à travers la Stratégie Nationale de Santé (SNS) instituée en 2016, laquelle doit définir « *des domaines d'actions prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie* ». Néanmoins, elle reste déclarative et peu contraignante, sans établir de perspectives budgétaires concrètes et sans indiquer les voies et moyens de mettre en œuvre les trop nombreux objectifs très ambitieux qu'elle se fixe. Par ailleurs, la SNS 2023-2033[3] – toujours à l'état de projet – définit ainsi des objectifs sur dix ans, incohérents avec le séquençage purement annuel de vote des projets de loi de financement de la Sécurité sociale.

Cette incapacité à se projeter et à planifier est incarnée par la logique court-termiste et purement financière qui régit, en matière de santé, les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) instaurées en 1996. Objets législatifs atypiques, les LFSS établissent des prévisions annuelles de recettes ainsi que des objectifs annuels de dépenses représentés par l'ONDAM. Ce dernier est le symbole d'une organisation qui se refuse à la planification : parce qu'il n'est pas adossé à une stratégie en santé, l'ONDAM est aujourd'hui, de fait, un cadre qui vise à contenir l'augmentation de l'activité et à faire supporter par les acteurs des hausses de coûts exogènes. Sclérosées par leur approche comptable, les LFSS apparaissent incapables de fixer un cap clair aux parties prenantes du système soumises aux arbitrages politiques fluctuants chaque automne.

Alors que d'autres secteurs stratégiques de la Nation comme la Défense, la Justice ou l'Intérieur bénéficient déjà de lois de programmation, permettant une planification budgétaire et structurelle sur plusieurs années, **la Santé, politique publique tout aussi régalienne, si ce n'est la première au regard des dépenses en jeu, qui représentent 12% du PIB, en est privée. Elle mérite pourtant de bénéficier de la même logique**.

3 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf

À titre de comparaison, en 2023, les crédits de la mission « Défense » s'élevaient à 53,1 milliards d'euros, alors que l'ONDAM représente 266 milliards d'euros dans le PLFSS 2025.

Si l'absence de programmation en santé a longtemps été motivée par la complexité de son architecture et de son pilotage, la donne semble avoir changé et, au demeurant, c'est justement cette complexité qui rend encore plus nécessaire une vision de long terme.

La pertinence des soins comme levier d'efficience du système de santé

La pertinence des soins revêt un enjeu majeur, en ce qu'elle doit nous permettre d'assurer la qualité des prises en charge des patients tout en renforçant la soutenabilité du système face aux nombreux défis auxquels il fait face.

Notre système de santé doit de nouveau nous permettre d'atteindre les objectifs de santé publique que nous nous fixons : amélioration de la santé de la population, accessibilité géographique et économique des soins, qualité des pratiques cliniques, innovation et recherche au service du patient et amélioration de l'expérience patient. Trop longtemps, la notion de pertinence a été limitée à la question économique et financière. Nous devons désormais adopter une logique de pertinence multifactorielle : c'est à ce niveau d'exigence que l'ensemble du système de santé est attendu.

Les engagements de l'État autour de l'amélioration de la pertinence et des parcours de soins, ainsi que la transformation des modes de financement, doivent être clairement affirmés comme une priorité d'action. La pertinence, du fait de l'absence d'un portage et d'une gouvernance claire nationale, n'est actuellement pas un sujet traité à la hauteur de ses enjeux. La présente loi doit permettre d'y engager l'ensemble des acteurs de santé.

La nécessité d'une programmation au service de la santé publique

Le **virage de la prévention**, opéré ces dernières années, a bouleversé les politiques publiques en santé, en établissements comme en ville. Et s'il faut continuer les efforts en ce sens, les Français ont déjà pris conscience de la nécessité d'intégrer la prévention à leur quotidien : vaccination, dépistage, alimentation équilibrée, pratique d'une activité physique régulière... Même si des efforts restent à fournir. Un chiffre qui doit interpeller : 40% des cancers dépistés chaque année seraient évitables (soit 173 000 cas) par une modification des comportements.

En la matière, il apparaît donc indispensable de fixer des objectifs ambitieux pour **bâtir une société de la prévention** prenant en compte tous les risques répertoriés aujourd'hui, mais également ceux qui émergeront demain. Les exemples de l'engagement de la France pour la prévention sont nombreux : Programme national nutrition santé (PNNS), Grande Cause Nationale en 2024 puis en 2025 en faveur de l'activité physique et de la santé mentale... mais ces démarches exigent des moyens pérennes et une projection dans le temps. En effet, les dépenses de prévention sont de fait les victimes de la régulation budgétaire comptable, car elles ont pour caractéristiques d'être des investissements « à vie longue » qui supposent un coût à court terme, mais des gains croissants dans le temps en termes de santé publique et également en termes financiers pour la Sécurité sociale. Pour rappel, selon la Cour des comptes en 2021, un gain d'un an d'espérance de vie en bonne santé ferait économiser chaque année 1,5 milliard d'euros à l'Assurance maladie.

Enfin, la lutte contre les conduites addictives revêt également des enjeux de santé publique essentiels et de long terme. Le Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 en est la preuve, alors que le tabagisme est encore responsable de plus de 75 000 décès chaque année en France. À ce titre, il faut noter que certains pays font nettement mieux : 5% de fumeurs réguliers chez les adultes en Suède contre près de 25 % et un taux de mortalités par cancers des voies aérodigestives 3 fois inférieures. Il est donc clair que la multiplicité de ces initiatives, si elle constitue un point d'appui indispensable, suppose maintenant des mesures plus incitatives, tant en direction des professionnels que des citoyens, car le système de soins reste très largement curatif.

De la même manière, le développement de **l'approche « One Health »** (ou « une seule santé ») a induit une transformation du rapport entre la santé et l'environnement. Désormais, la santé doit être prise en compte

dans des dimensions bien plus larges et intégrer les problématiques liées notamment aux pesticides, aux PFAS ou à la qualité de l'air et de l'eau. Pourtant cela implique de consacrer de nouveaux moyens à la santé publique, ou *a minima* de flécher des crédits alloués à d'autres missions vers les politiques de santé. La santé environnementale est sans doute le meilleur exemple de la nécessité de programmer dans le temps long nos dépenses tant les moyens à y consacrer sont importants et permettent par la suite un retour sur investissement quasiment systématique.

L'approche populationnelle révèle elle aussi notre besoin de programmation en santé. L'absence d'anticipation du choc démographique qui s'annonce, avec le vieillissement de la population qui va s'accélérer dès 2030, mettra le système de santé sous extrême tension. Si les modes d'accompagnement à la perte d'autonomie sont pluriels, le besoin en professionnels de santé pour répondre à une demande croissante de soins est inévitable. Toujours dans une logique populationnelle, l'investissement nécessaire pour la **santé des femmes** est également à souligner ainsi que pour celui de la santé des jeunes (mentale, sexuelle…). C'est la fierté de notre système de santé que de pouvoir mettre en œuvre des politiques de santé publique ciblées au profit de populations particulièrement exposées. La santé des femmes reste marquée par les stigmates d'une médecine pensée par et pour les hommes et doit donc être l'une de nos priorités. Mais une fois encore, les leviers actionnés (politiques d'aller-vers, recherche…) ne sauraient pâtir d'un manque de visibilité dû à notre incapacité à programmer nos dépenses.

Les raisons pour lesquelles nous n'avons plus d'autres choix que d'adopter une logique de planification en santé sont nombreuses.
En réalité, c'est notre capacité à répondre aux enjeux de santé publique qui est en jeu. Comment continuer à innover, investir, développer de nouveaux parcours face à des enjeux comme la lutte contre le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, maux de notre siècle, sans une loi de programmation ?

Ces évolutions ne sauraient être pleinement envisagées sans l'implication **active des usagers, des élus et des territoires, dont le rôle est déterminant** dans la définition des priorités, l'appropriation des politiques de santé publique et l'animation concrète de la société de la prévention.

Un impératif stratégique: conforter la santé comme un pilier de la souveraineté nationale et inscrire pleinement l'hôpital public dans la stratégie de défense nationale

Dans le contexte géopolitique actuel marqué par le retour de conflits de haute intensité, la montée des menaces hybrides et les attaques contre les infrastructures civiles, la protection de l'hôpital public doit devenir un axe à part entière de la stratégie de défense nationale.
Préserver la santé de la population est un impératif de souveraineté et de sécurité collective. En cas de crise majeure ou de conflit impliquant directement la France, l'hôpital public constitue le premier et principal bouclier sanitaire de la nation – comme il l'a démontré lors de la pandémie de Covid-19 – et devra répondre aux besoins vitaux de la population sans condition de sélection.

Dans ce cadre, plusieurs orientations stratégiques doivent être incarnées :

- Un positionnement stratégique du budget de la santé publique comme pilier de souveraineté, au même titre que la défense ;
- Une politique industrielle souveraine dans le secteur de la santé, fondée sur un financement direct par l'État, pour garantir la robustesse de l'industrie pharmaceutique et biomédicale ;
- Un effort de recherche et de formation orienté vers la résilience nationale, afin de préparer les professionnels du système de santé à intervenir en toutes circonstances ;
- Enfin, un plan de cybersécurité ambitieux en faveur des opérateurs actuellement classés : Opérateurs d'Importance Vitales (OIV) et Opérateurs de Service Essentiels (OSE).

Ces orientations nécessitent une vision de long terme. Force est néanmoins de constater que notre système de santé reste, à ce jour, gouverné selon une logique court-termiste, incompatible avec l'ampleur des défis à venir et la nécessité de se projeter dans le temps long.

Psychiatrie et autonomie: des urgences structurelles au cœur du pacte social

Les troubles psychiques concernent près d'un Français sur cinq, soit 13 millions de personnes, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Depuis la crise sanitaire, les signaux d'alerte se multiplient : en 2023, plus de 566 000 passages aux urgences ont été enregistrés pour motif psychiatrique, soit une augmentation de 21 % par rapport à 2019. La situation est particulièrement préoccupante chez les jeunes : chez les 18-24 ans, les épisodes dépressifs ont connu une hausse de 9 points entre 2017 et 2021, passant de 11,7 % à 20,8% d'après Santé publique France. Ce constat impose lui aussi une réponse structurelle et globale du système de santé.

Il en va de même pour la politique de l'autonomie, aujourd'hui encore trop fragmentée, insuffisamment pilotée et sous-financée, alors même que les besoins explosent sous l'effet du vieillissement de la population. L'absence d'une loi « Grand âge » demeure à ce titre un impensé persistant de l'action publique.

Un paradoxe mérite d'être souligné : la loi « Bien vieillir » du 8 juillet 2024 a inscrit le principe d'une loi de programmation Grand âge. Cet engagement, pourtant voté à la quasi unanimité des parlementaires, n'a connue aucun début d'exécution.
La démographie est pourtant imparable et les paramètres essentiels parfaitement connus : l**e nombre des personnes de plus de 85 ans augmentera de 80 % dans les 20 prochaines années**. Répondre à ce défi suppose des choix de politiques publiques aussi bien en termes de gouvernance que de financements.

Il est indispensable d'agir dans 4 directions :

- **Définir les besoins en termes de solutions d'accompagnement supplémentaires et de ressources humaines**, en déclinant cette évaluation pour chaque territoire.
- **Généraliser**, comme le prévoit également la loi du 8 avril 2024, **le dépistage des fragilités**, notamment grâce aux outils d'intelligence artificielle élaborée par l'OMS.
- **Identifier les ressources financières nécessaires** en ouvrant le débat dans la société sur leur répartition entre ressources publiques, mais aussi celle liées à l'assurance ou à la mobilisation du patrimoine.

- **Trancher les questions de gouvernance du champ médico-social entre l'État**, les Départements et les Communes en définissant clairement les responsabilités de chaque institution.

C'est dans ces conditions que notre pays pourra faire face au défi du grand vieillissement.

Un consensus chez l'ensemble des acteurs du système de santé

Un consensus pour disposer enfin d'une vision, d'un cap à moyen et long-termes de la définition et de la conduite des politiques de santé. Qu'il s'agisse des patients et usagers, des offreurs de soins, publics ou privés, en ville, en établissements de santé ou dans le médico-social, des organismes complémentaires santé, des industriels ou des fédérations de santé, tous sont unanimes.

Ce consensus s'est traduit en septembre 2024, lorsque quatorze principales associations et fédérations d'acteurs du système de santé ont envoyé une lettre ouverte à Geneviève Darrieussecq, ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, appelant le gouvernement à s'atteler à une loi de programmation pluriannuelle « *vite ! [...] vitale pour garantir la pérennité de notre système* ».

Une volonté politique à concrétiser

Depuis plusieurs années, des parlementaires de tous les bords de l'échiquier politique multiplient les initiatives pour définir un cadre pluriannuel à la politique de santé, en particulier depuis la crise sanitaire qui a révélé les besoins d'anticipation du système. À titre d'exemple, les députés Yannick Monnet et Jean-Carles Grelier ont chacun déposé leur proposition de loi en ce sens, alors que les sénateurs Alain Milon, Solange Nadille et Annie Le Houérou ont tous défendu la mise en place d'une loi de programmation par voie d'amendement lors des examens des derniers PLFSS. Dernier en date, le député Cyrille Isaac-Sibille a interrogé le gouvernement lors de la séance de QAG du 15 janvier 2025 sur ce sujet. De part et d'autre de l'hémicycle, tous ont dressé le même constat et défendu la même solution.
Du côté du gouvernement, là aussi les lignes semblent évoluer. En novembre 2024, alors député et rapporteur général de la commission des affaires sociales, Yannick Neuder, ministre de la Santé et

de l'Accès aux soins, soulignait « *l'urgence d'une loi de programmation pluriannuelle en santé* » en affirmant que « *la santé ne peut plus être vue seulement à travers le prisme du budget* ». Lors de sa déclaration de politique générale le 14 janvier 2025, **le Premier ministre François Bayrou a dressé un constat sans appel de l'incapacité de notre système à se projeter et a ouvert la voie à l'instauration d'un cadre pluriannuel** : « *L'absence d'une vision pluriannuelle des ressources consacrées à notre système de santé le prive* de facto *de la capacité à se doter de projets à moyen et long termes et complique ainsi sa capacité à anticiper les besoins de santé futurs des Français. Il faut passer d'une logique budgétaire annuelle à une logique de financement pluriannuel* ».

Un *momentum* à saisir

Les raisons pour lesquelles nous n'avons plus d'autre choix que d'adopter une véritable logique de planification en santé sont donc nombreuses, mais surtout impérieuses. C'est notre capacité même à faire face aux défis de santé publique qui est en jeu, notre aptitude à protéger, prévenir, soigner, et sauver des vies.
Comment prétendre innover, investir, repenser nos parcours de soins face aux menaces grandissantes, si nous restons prisonniers d'une gestion court-termiste ?
Comment lutter efficacement contre le cancer, ce fléau du siècle qui ronge des millions d'existences, sans l'ossature solide d'une loi de programmation ? **Laisser notre système de santé sans cap clair, c'est accepter l'érosion lente, mais certaine, d'un bien commun essentiel. Nous ne pouvons plus nous le permettre**.

Le temps des constats doit laisser la place à celui de l'action. Notre pays ne peut plus continuer de naviguer à vue sur sa politique de santé. La nécessité pour notre système de santé de se doter d'une loi de programmation pluriannuelle relève ainsi de l'évidence, mais surtout de l'urgence. C'est la raison pour laquelle la Fédération hospitalière de France pose les jalons d'une future loi de programmation pluriannuelle en santé.

Il s'agit d'établir les conditions d'une planification de notre politique de santé publique en sanctuarisant la part de dépenses publiques du PIB consacrée à celle-ci, en définissant des objectifs clairs et les moyens de les atteindre.

Un système de santé responsable, qui est à la fois soutenable sur le plan économique et en mesure de répondre aux besoins de santé des

populations est possible. Pour cela, il est nécessaire de créer les conditions pour une dépense efficace et centrée sur des priorités de santé publique de long terme plutôt que sur des logiques purement comptables qui se sont avérées contre-productives jusqu'ici.

La loi de programmation doit incarner ce nouveau cadre : tenir compte des besoins avant de choisir les meilleurs moyens de les atteindre, dans un souci d'efficacité, de durabilité et de soutenabilité.

Structuré en cinq titres, ce projet englobe toutes les dimensions de la santé publique à travers une stratégie visionnaire et régulatrice permettant d'obtenir une meilleure efficacité de notre système de santé et une meilleure efficience de ses dépenses.

Cette loi ne vise pas à dépenser plus, mais à dépenser mieux. Cette loi vise à ce que chaque euro dépensé soit un euro utile à la santé.

C'est l'objet des propositions de ce cadre de loi, que de proposer une stratégie structurée, lisible, cohérente autour de cinq titres, qui sont autant de priorités fondamentales.

- Le **titre Ier** consacre le changement d'approche budgétaire de la politique de santé publique en posant les jalons d'une programmation pluriannuelle. Face aux multiples enjeux économiques auxquels le système de santé doit faire face, celle-ci repose sur des principes de simplification et s'appuie sur des outils plus pertinents.
- Le **titre II** acte le changement de paradigme nécessaire de la politique de santé publique en plaçant la prévention au cœur de la programmation pluriannuelle.
- Le **titre III** détaille une stratégie pluriannuelle d'investissements destinés à sanctuariser et valoriser les deux piliers de l'excellence de la médecine française que sont la recherche et l'innovation.
- Le **titre IV** vise à prendre en compte le défi de l'accès aux soins et de la croissance exponentielle des besoins de santé de la population sur le long terme tout en repensant la politique de ressources humaines en santé et en renforçant la reconnaissance et l'attractivité des métiers du soin, à tous les échelons.
- Le **titre V** vise à établir une gouvernance clarifiée et un pilotage adapté de la politique de santé publique pluriannuelle s'appuyant sur une approche populationnelle et territoriale.

Article liminaire

Cet article fixe les grands objectifs de santé publique qui président à l'élaboration de programmation pluriannuelle de la santé en France. Ils sont les outils indispensables à l'amélioration de la santé des Français, à la réduction des inégalités en santé et à l'efficience du système dans son ensemble.

Ces objectifs reposant sur des indicateurs cibles sont les suivants :

- Évolution de l'espérance de vie en bonne santé en valeur et en écart avec les pays comparables et entre les territoires (régions) ;
- Taux d'accès à un service de soins ou un professionnel du soin de premier ou second recours dans un délai raisonnable ;
- Taux d'accès aux ressources diagnostiques dans un délai raisonnable ;
- Taux de mortalité maternelle et infantile ;
- Taux de vaccination (sur une liste précise de vaccins à arrêter – grippe, HPV ...)
- Taux de prévalence de l'obésité (taux d'enfants et d'adultes en surpoids) ;
- Taux d'incidence des cancers ;
- Taux de participation aux dépistages organisés et écart aux pays européens et à la moyenne des pays comparables ;
- Taux d'incidence des principales maladies chroniques (insuffisance cardiaque et rénale, diabète) ;
- Taux d'incidence de la perte d'autonomie dans la population de plus de 75 ans ;
- Taux de prévalence des comportements à risques :
  — consommation régulière d'alcool ;
  — consommation régulière de tabac ;
  — consommation régulière de drogues récréatives illégales ;
- Taux de prévalence des troubles en santé mentale et des pathologies psychiatriques dans la population (enfant et adulte) ;
- Pourcentage de la population pratiquant une activité sportive ou physique régulière (30 minutes/jour par exemple) ;
- Évolution du taux de suicide ;
- Évolution du taux de consommation de médicaments autour de 5 produits marqueurs pour lesquels un décalage significatif est observé avec les données des pays comparables (par exemple : psychotropes, antidépresseurs, antidouleurs...) ;
- Taux de recours à certains actes de soins par territoire ;
- Taux de mortalité évitable lié aux erreurs médicamenteuses.

Titre Ier Dispositions relatives à la programmation financière

Le présent titre pose les bases d'un système de financement de la santé qui sort du cadre actuel des lois de financement de la Sécurité sociale, et plus globalement de la programmation de nos finances publiques, qui ne permet pas à notre système de santé de porter une ambition à la hauteur des enjeux auxquels il doit et devra faire face. Les écueils du fonctionnement actuel sont nombreux : réflexion uniquement en moyens plutôt qu'en besoins, manque d'anticipation, incapacité à se projeter... En conséquence, il existe aujourd'hui une large majorité de personnes en faveur d'une modernisation du cadre de financement de la santé.

Il s'agit ici d'établir un cadre compréhensible et stable, que pourront s'approprier durablement tous les acteurs du système de santé.

Cette trajectoire budgétaire intègre une exigence de pertinence : orienter les ressources disponibles vers les actions les plus utiles au regard des besoins de santé de la population, de la qualité des prises en charge et de l'efficience globale du système.

Elle s'inscrit dans un contexte de finances publiques extrêmement dégradées en actant que la politique de santé doit conserver un poids stable et constant dans le PIB. Enfin, elle vise à préparer le virage préventif du système de santé qui produira des effets bénéfiques à moyen et long termes tant au niveau de la santé que des comptes publics par une réallocation programmée d'une partie des dépenses.

	2026	2027	2028	2029	2030	Total
ONDAM	272,7	279,5	286,5	293,6	300,9	1 383,9
Variation en milliards	+6,6	+6,8	+7,0	+7,1	+7,3	

(En milliards d'euros courants.)

ARTICLE 1ER

Le présent article inscrit dans la loi une trajectoire quinquennale d'évolution de l'ONDAM, assortie d'un taux plancher fixé à +2,5 % par an. Cette trajectoire devra être reconduite *a minima* dans chaque loi de financement de la Sécurité sociale. Il appartiendra à la représentation nationale de procéder, le cas échéant, à des ajustements, en fonction de la conjoncture économique, notamment de l'inflation, ou de l'apparition de besoins sanitaires exceptionnels, dans le respect des objectifs de santé publique définis par la présente loi.
Cette trajectoire de ressources budgétaires s'entend comme un minimum.

ARTICLE 2

Le présent article prévoit une évaluation du montant des besoins humains et financiers programmés en santé sur la période sur laquelle porte la présente loi, pour que l'objectif devienne la réponse aux besoins et non plus le montant des dépenses.

ARTICLE 3

Le présent article fixe le calendrier d'adoption des lois de programmation en santé, en l'alignant avec celui des lois de programmation des finances publiques (LPFP) prévues à l'article 34 de la Constitution.

ARTICLE 4

Cet article vise à harmoniser dans la loi l'ensemble des calendriers de négociations conventionnelles des professionnels de santé en les adaptant au rythme de la programmation pluriannuelle, afin notamment d'anticiper et de provisionner les enveloppes budgétaires nécessaires à l'évolution des tarifs appliqués.

ARTICLE 5

Le présent article porte création d'un nouveau produit d'épargne, le livret H, dans le code monétaire et financier, pour flécher l'épargne des Français vers le financement du système de santé, sur le même modèle que le Livret A ou le LDDS.

ARTICLE 6

Le présent article redéfinit les paniers de soins de l'AMO et l'AMC dans le code de la Sécurité sociale, afin d'éviter les doublons et de réorienter l'AMC vers la prévention, clé de voûte de la politique de santé.

ARTICLE 7

Le présent article établit la trajectoire d'évolution des dispositifs de fiscalité sur les produits trop sucrés, trop salés ou hyper-transformés sur le même modèle que ce qui est fait pour le tabac. L'article sanctuarise le fléchage des recettes fiscales générées vers le financement de la prévention.

ARTICLE 8

Le présent article donne la faculté aux CPAM d'instaurer une modulation des tarifs avec les professionnels de santé libéraux ou les établissements, de façon proportionnelle à l'anomalie des pratiques et en l'absence d'évolution significative des pratiques trois ans après une mise sous objectif et cela dans un objectif de pertinence des soins.

ARTICLE 9

Le présent article modifie le régime des autorisations d'activités dans le code de la santé publique pour permettre la suspension voire le retrait d'une telle autorisation en cas de persistance de l'anomalie XX mois/années après la mise en œuvre d'une modulation tarifaire au sens de l'article précédent.

ARTICLE 10

Le présent article modifie l'article du code de la Sécurité sociale qui instaure « *une dotation complémentaire pour les établissements de santé à l'atteinte des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins* », pour y inclure des indicateurs en matière de pertinence.

ARTICLE 11

Cet article vise à inverser la logique qui préside à l'évaluation de la pertinence des actes médicaux en instaurant une évaluation de la pertinence *a priori* de la réalisation de ceux-ci et non plus seulement *a posteriori* : par exemple, pour certains actes dont la liste sera définie par décret, les médecins devront accompagner la prescription de l'acte d'un justificatif transmis à la CPAM du patient.

ARTICLE 12

Le présent article charge le Haut Conseil des Finances Publiques (HCFP) de rendre un avis sur les projets de loi de programmation en santé et d'évaluer ces lois, et lui confie une mission de contrôle de la compatibilité des lois de financement de la Sécurité sociale avec les lois de programmation en santé.

Leviers d'efficience à court terme et enjeux de simplification à conduire

- Passer d'une logique de plafonds à une logique de planchers de dépenses dans les lois de programmation des finances publiques (LPFP).
- Fixer des cibles indicatives annuelles d'enveloppe globale pour les dotations liées aux objectifs de santé publique et aux missions spécifiques, y compris pour les dotations liées à la rémunération des parcours, afin d'accompagner la réforme de la tarification.
- Établir un indicateur des besoins de santé (tableau de bord) au niveau territorial et national et en confier le suivi et le pilotage à la CNAM.
- Réviser les échelles de cotation et de tarifs de la CCAM et NABM afin de véritablement financer l'acte intellectuel et l'innovation.

Pertinence

- Réévaluer les tarifs des actes médicaux et des activités jugées excessivement rentables pour assurer une répartition plus équitable des financements publics.
- Concernant l'imagerie, réviser à la baisse le conventionnel et l'échographie pour revaloriser fortement l'activité de radiologie interventionnelle, et mettre fin au paradoxe des activités de biologie où les actes innovants sont nettement moins financés que les actes courants de la NABM.
- Revoir les forfaits techniques de l'imagerie médicale et de la biologie médicale pour éviter les renouvellements précoces d'équipements motivés par des incitations financières plutôt que par des besoins médicaux réels.
- Publier une circulaire ou une instruction ministérielle visant à développer des dispositifs de rémunération des parcours par les établissements de santé et les professionnels de santé au profit des parcours mère-enfant, obésité et chirurgie bariatrique, et maladies chroniques.
- Réviser les décrets de périnatalité de 1998 pour renforcer la pertinence de l'organisation territoriale et permettre la mise en place de projets de périnatalité territoriaux.
- Déployer une communication pédagogique sur la pertinence des soins expliquant qu'elle est la garantie d'une qualité et d'une sécurité de prise en charge et la recherche constante de son amélioration (sur le modèle des campagnes consacrées aux antibiotiques).

Titre II Dispositions relatives aux objectifs de santé publique et de prévention

Face au défi du vieillissement de la population, à l'explosion des maladies chroniques et des cancers liés à des facteurs environnementaux et comportementaux, il est grand temps de prendre le virage de la prévention, et ce, dans une approche globale. Le présent titre vise à traduire cette intention dans des politiques publiques systématiques, concrètes et efficaces. Il s'agit donc de sortir des déclarations d'intentions et de passer aux actes en changeant de paradigme : d'un modèle du « *cure* » (« guérir ») à un modèle du « *care* » (« prévenir »). En effet, investir dans la prévention permet d'améliorer à long terme l'état de santé de la population et de réduire la pression financière sur notre système de santé.

ARTICLE 13

Cet article définit l'espérance de vie en bonne santé – techniquement, espérance de vie sans incapacité, pour assurer la comparabilité avec les autres pays et dans le temps – et inscrit dans la loi un objectif à 5 puis 10 ans d'espérance de vie en bonne santé. L'examen de l'atteinte de la cible, les comparaisons internationales, et la déclinaison par régions ouvrira l'examen annuel de la LFSS. L'examen de l'atteinte de la cible, les comparaisons internationales, et la déclinaison par régions ouvrira l'examen annuel de la LFSS.

ARTICLE 14

Le présent article fixe dans le code de la santé publique des objectifs pluriannuels en matière de santé publique en déclinaison des PRS, en s'inspirant de la démarche de responsabilité populationnelle (prévalence de certaines maladies chroniques, couverture vaccinale par territoires, participation aux programmes de dépistage de certains cancers, nombre de bilans de prévention aux âges clés de la vie…). Le gouvernement remettra un rapport annuel au parlement contenant les statistiques afférentes à ces indicateurs, permettant d'objectiver le déploiement de la politique de prévention.

ARTICLE 15

Cet article établit plusieurs objectifs quantitatifs annuels d'actes caractéristiques de la politique de prévention à atteindre : nombre de rendez-vous de prévention remboursés, nombre de prescriptions d'activité physique adaptée, nombre de vaccinations (HPV, grippe, Covid-19…). Il fixe également des objectifs spécifiques pour les actions de prévention en matière de lutte contre les erreurs médicamenteuses. L'enveloppe budgétaire nécessaire à l'atteinte de ces objectifs est arrêtée chaque année dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

ARTICLE 16

Cet article vise à instaurer une taxe pollueur-payeur à destination des producteurs de cigarettes, de certains industriels, de l'agroalimentaire ou alcooliers au prorata de l'utilisation d'ingrédients nocifs pour la santé.

ARTICLE 17

Cet article vise à rendre obligatoire le dispositif Nutriscore.

ARTICLE 18

Cet article redéfinit les contours précis des missions de la médecine scolaire et de la médecine du travail en ciblant leurs rôles respectifs dans la conduite de la politique de prévention des enfants et des salariés.

ARTICLE 19

Le présent article modifie le code de la Sécurité sociale pour expérimenter le remboursement de certains actes à visée préventive, comme l'éducation thérapeutique, l'activité physique adaptée lorsqu'elle est prescrite par un médecin, ou les consultations diététiques, en lien avec les assurances complémentaires.

ARTICLE 20

Le présent article prévoit la création, à la place des contrats locaux de santé, d'un « contrat d'engagement territorial de santé » à l'accessibilité et la continuité des soins entre ARS, CPAM, et l'ensemble des acteurs du soin du territoire (hôpitaux publics et privés, ESMS, CPTS, élus locaux et associations). Ce contrat repose sur le projet territorial de santé. Ce contrat permet de conditionner les évolutions hospitalières à des engagements d'accès aux soins et d'inclure des objectifs quantitatifs pluriannuels en matière de santé publique, notamment de prévention, pour les professionnels de santé et les établissements de santé à l'échelle des territoires (taux de vaccination annuel, diminution du nombre de patients en ALD sans médecin traitant, diminution du nombre de fumeurs réguliers, diminution de l'incidence du diabète, de l'obésité, de l'insuffisance cardiaque, et des complications telles que les hospitalisations pour coma diabétique ou les amputations liées au diabète.)

L'atteinte de ces objectifs, dans le cadre d'une contractualisation entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital, les ARS et les CPAM de chaque territoire, donne lieu à l'attribution de moyens supplémentaires.

ARTICLE 21

Cet article instaure un dispositif dit « bonus prévention » permettant par exemple aux assurés sociaux volontaires de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur dès lors qu'ils auront réalisé certains actes de prévention (vaccinations, dépistages, consultations spécifiques) et/ou de bonus temps pour les réaliser. Ces actes seraient définis par décret.

Leviers d'efficience à court terme et enjeux de simplification à conduire

- Renforcer le volet prévention dans toutes les formations (initiales et continues) des professionnels de santé (médecins, paramédicaux) et les consacrer comme les ambassadeurs de la prévention à tous les niveaux.
- Flécher les recettes nouvelles issues de la fiscalité pollueur – payeur vers les mesures inédites, en faveur de la santé publique et de la prévention.
- Créer le « réflexe prévention » en déployant une campagne massive de communication sur la prévention sous toutes ses déclinaisons. Instaurer une récurrence des campagnes sur les cinq années de la loi de programmation, en ciblant les domaines les plus pertinents au regard des indicateurs établis.
- Intensifier le recours des usagers aux bilans de prévention créés ces dernières années *via* des incitations (demi-journées de travail libérées).
- Renforcer le volet prévention de la prochaine génération de contrats locaux de santé.
- Déployer sur tout le territoire national le dispositif « Icope » conçu par l'OMS de dépistage des fragilités de la personne âgée.
- Développer les directions dédiées à la prévention dans toutes les strates du système de santé : ministère, administrations, ARS, GHT et établissements de santé. Établir un pilotage coordonné entre ces strates au niveau national.

Titre III Recherche, innovation et investissement

L'approche infra-annuelle et court-termiste de la politique de santé publique grève considérablement la dynamique de recherche et d'innovation. Celle-ci pâtit également d'un pilotage diffus et peu lisible. Dans le cadre du passage à une logique de programmation pluriannuelle, il est nécessaire de revoir en profondeur la conception et l'organisation de la recherche et de l'innovation en santé.

Parallèlement, la santé publique comme toute politique publique nécessite une stratégie d'investissements afin d'opérer les ruptures nécessaires à l'évolution de la science et de faire rayonner l'excellence de la médecine française sur le long terme. Tel est l'objet du présent titre.

ARTICLE 22 Cet article inscrit dans la loi le principe d'une sanctuarisation pluriannuelle financement de l'investissement dans l'ONDAM sur la période de programmation quinquennale. Ces investissements concernent les opérations majeures et structurantes, au niveau batimentaire, numérique et pour les plateaux techniques de recours et de pointe.

ARTICLE 23 Cet article inscrit dans la loi le principe d'un pilotage stratégique et d'une sanctuarisation pluriannuelle du financement de la recherche et de l'innovation en santé dans l'ONDAM sur la période de programmation quinquennale.

ARTICLE 24 Le présent article détermine la trajectoire du Fonds de Modernisation et d'Investissement en Santé et des Fonds des précédents de soutien à l'investissement sur la période de la présente loi de programmation en santé, en y incluant des objectifs en matière de transition écologique du système de santé (rénovation de l'immobilier, réduction des émissions de CO2...).

ARTICLE 25 Le présent article prévoit que l'État adopte une programmation quinquennale de l'IA en santé intégrant l'ensemble des acteurs.

ARTICLE 26 Le présent article porte création du label Innovation qui valorisera les solutions ayant un réel impact en termes d'amélioration du parcours de soins et d'efficience médico-économique.

ARTICLE 27 Cet article vise à assouplir le cadre législatif afin de simplifier les procédures administratives des essais cliniques.

ARTICLE 28 Le présent article prévoit la mise en place, dans chaque territoire de santé, d'un guichet unique de l'innovation en santé, accessible à l'ensemble des acteurs du système de soins, qu'ils soient publics ou privés. Ce guichet a pour vocation de faciliter les échanges entre les structures de soins, les entreprises innovantes, les chercheurs et les porteurs de projets, en vue d'accélérer le déploiement des innovations utiles aux professionnels de santé comme aux patients.

Leviers d'efficience à court terme et enjeux de simplification à conduire

- Création d'un indicateur permettant d'identifier et mesurer l'innovation en santé avant et après son déploiement, et de valider son impact au sein des services, établissements et territoires.
- Développer les formations au management de l'innovation, à la gestion de projet et favoriser les conditions d'accès à l'expertise médicale et scientifique pour diffuser la culture de l'innovation.
- Renforcer les liens économiques et scientifiques entre les laboratoires, les biotechs et les centres hospitaliers et de recherche (assouplir les conditions réglementaires de prise de participation des CHU dans les *start-up*).
- Structurer la politique de recherche en santé, du niveau national jusqu'au niveau établissement, mais également au niveau régional et territorial.

Titre IV Dispositions relatives aux ressources humaines en santé et à l'accès aux soins

Alors que les besoins de santé de la population française vont croître de manière exponentielle dans les prochaines décennies, la capacité du système à y répondre doit être anticipée. Cette réponse repose sur deux aspects de la politique de santé publique inextricables : les ressources humaines disponibles et l'accès aux soins dans tous les territoires. L'anticipation des besoins et par extension, des manques, est l'enjeu principal de la programmation et la condition sine qua non d'un système de santé adaptable et résilient, pilier de la souveraineté nationale.

Si les métiers du soin pâtissent de conditions d'exercice parfois très difficiles et peuvent souffrir d'un manque de reconnaissance, il apparaît essentiel de travailler à leur attractivité et à leur adaptation aux évolutions technologiques et sociétales.

Le présent titre vise donc le renforcement de l'accès aux soins, notamment au travers d'une considération accrue portée aux professionnels de santé sur le long terme.

ARTICLE 29

Cet article vise à synchroniser dans la loi la définition des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former avec les lois de programmation en santé.
Lesdits objectifs sont établis en déclinaison des besoins prévisionnels de prise en charge de la population, des évolutions techniques, technologiques et organisationnelles prévisibles et des exigences de souveraineté sanitaire de la Nation.

ARTICLE 30

Cet article porte création d'une cartographie nationale prospective des métiers du soin dits sensibles – les métiers émergents, les métiers en mutation profonde, les métiers dont les effectifs évoluent de manière significative et les métiers qui disparaissent – laquelle devra permettre d'ajuster en conséquence les outils de référence et les objectifs pluriannuels de formation.

ARTICLE 31

Cet article inscrit dans la loi le principe et les contours d'une convention nationale intégrant les délégations de tâches et les compétences nouvelles entre le ministère, les ordres et les organisations représentatives des professionnels de santé. Celle-ci sera évaluée et révisée tous les cinq ans.

ARTICLE 32

Cet article porte création dans le code de la santé publique d'un tableau de bord exhaustif des métiers médicaux et paramédicaux en tension. Cet outil, construit à partir des remontées territoriales et sur la base d'indicateurs démographiques et épidémiologiques, sera piloté par le ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur et devra permettre de fixer des objectifs, d'adapter le nombre de places dans les formations initiales et d'anticiper les postes à pourvoir, dans la programmation pluriannuelle.

ARTICLE 33

Cet article inscrit dans la loi le principe d'une participation obligatoire à la permanence des soins pour les médecins nouvellement diplômés. Cette participation, encadrée dans ses modalités, vise à garantir l'accès aux soins non programmés sur l'ensemble du territoire, en cohérence avec les besoins de la population et l'organisation territoriale des soins.

ARTICLE 34

Par cet article, il est institué que l'État garantit le développement de l'offre de stages dans les zones périphériques et dans les zones identifiées comme sous-dotées, dans le cadre des formations médicales et paramédicales.
Il veille également à une universitarisation équilibrée des territoires, en encadrant le recours aux nouvelles modalités pédagogiques, afin de maintenir la qualité et de développer l'ancrage territorial de la formation.

ARTICLE 35

Le présent article inscrit dans le code de la santé publique le principe d'une évaluation des stages des étudiants paramédicaux et en maïeutique. Il crée parallèlement une plateforme dédiée à cette évaluation.

ARTICLE 36

Cet article inscrit dans la loi que l'orientation des étudiants en médecine vers les différentes spécialités est prioritairement fondée sur les besoins prévisionnels de santé, tels qu'évalués et actualisés par l'État. Cette priorisation pourra se concrétiser par des mécanismes d'incitation ou de modulation des choix, ou, le cas échéant, par une régulation encadrée par décret.

ARTICLE 37

Cet article vise à étendre l'accès direct aux professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes...) dans le cadre de coordinations pluriprofessionnelles territoriales.

ARTICLE 38

Cet article porte le principe d'une évolution globale des dispositifs permettant l'exercice mixte sous ses différentes formes des professionnels de santé (salarié/libéral ; salarié public/salarié privé ; en équipes territorialisées ; tout au long du parcours professionnel).
Il confie à l'État la mission d'établir le bilan de l'existant et de produire les propositions d'évolution des normes, qu'elles soient à caractère législatif ou réglementaire, afin d'en faciliter le développement dans le respect des exigences propres au service public.

ARTICLE 39

Cet article vise à rendre systématique l'inscription de chacun des acteurs et professionnels de santé dans un schéma territorial de permanence de soins, placé sous l'égide des ARS.

ARTICLE 40

Le présent article vise, au regard des difficultés d'accès à certaines spécialités médicales, à s'assurer que les activités de diagnostic et d'intervention sont garanties. Il porte la dimension qualitative de l'analyse des ressources médicales disponibles et prévoit des dispositions incitatives/désincitatives et de contrôle en conséquence.

ARTICLE 41

Le présent article modifie la section du code de la santé publique dédiée aux projets régionaux de santé et celle dédiée aux permis d'activité, pour renforcer le lien entre la délivrance de permis d'activité ou d'installation de matériel et le déploiement de Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisés (PIMM) ou de regroupements de laboratoires de biologie.

ARTICLE 42

Le présent article redéfinit dans le code de la santé publique les missions des hôpitaux de proximité en étendant le périmètre de leur offre de soins et services médicaux pivots accessibles à tous.

ARTICLE 43 Le présent article vise à introduire dans la loi le principe de modulation des tarifs des actes médicaux selon la participation ou non à la permanence des soins, de la prise en charge de populations spécifiques.

ARTICLE 44 Le présent article viser à garantir le déploiement effectif de la protection sociale complémenaire au bénéfice des professionnels hospitaliers, en en aménageant le calendrier et en en définissant les modalités de financement pour les établissements du secteur public hospitalier.

ARTICLE 45 Le présent article instaure un dispositif de valorisation de l'exercice territorial à titre collectif, applicable à l'ensemble des métiers concernés.

Leviers d'efficience à court terme et enjeux de simplification à conduire

- Faciliter la validation des acquis de l'expérience (VAE) en rendant le processus plus accessible en développant des formats hybrides ou collectifs.
- Réaliser une campagne de communication de grande ampleur pour valoriser les métiers de la santé.
- Lancer un plan d'attractivité sur cinq ans pour les postes d'enseignants en formation initiale médicale et des tuteurs de stage.
- Refondre le modèle de financement de la formation médicale continue pour la rendre plus agile et accessible.
- Accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA) et étendre cette notion à d'autres professions paramédicales y densifiant le rôle des aides-soignant(e)s en ville pour libérer massivement du temps infirmier.
- Travailler au rééquilibrage de l'installation des professionnels de santé dans les territoires.
- Réfléchir à la redéfinition et à la répartition des missions de l'ensemble des professionnels de santé sous le prisme de l'amélioration effective du temps médical.

Titre V Dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage national et territorial de la programmation pluriannuelle en santé

Le présent titre tire les conséquences des dispositions précédentes en repensant et adaptant le pilotage et la gouvernance de la politique de santé tant à l'échelon national que territorial.

La gouvernance du système de santé souffre aujourd'hui d'une certaine illisibilité tant pour les professionnels que les usagers. La multiplication des instances et la dissémination de leurs prérogatives empêchent un traitement de l'information et des remontées du terrain pourtant essentielles à la bonne définition des besoins et par extension de la politique de santé publique.

Dans le cadre de la programmation pluriannuelle, il apparaît ainsi indispensable de poursuivre la dynamique de territorialisation de la santé, le renforcement de la démocratie sanitaire et de l'approche populationnelle en santé. C'est là tout l'objet du titre V.

ARTICLE 46

Cet article refonde la temporalité et l'objet de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) afin que celle-ci devienne l'outil principal de la programmation et du pilotage pluriannuels de la politique de santé.
La SNS sera désormais révisée tous les cinq ans et servira de document de base aux lois de programmation quinquennale dont le périmètre budgétaire sera annualisé dans les LFSS. Elle sera plus opérationnelle et définira des moyens juridiques, humains et financiers pour atteindre les objectifs fixés.

ARTICLE 47

Le présent article vise à développer massivement le principe de responsabilité populationnelle dans tous les territoires, particulièrement dans le suivi des pathologies chroniques comme le diabète, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, les pathologie psychiatriques et des enjeux liés à la perte d'autonomie. Il fixe des objectifs territoriaux sur cinq ans en s'appuyant notamment sur les initiatives existantes dans plusieurs départements ainsi que sur le concept d'intégration clinique.

ARTICLE 48

Le présent article vise à harmoniser dans la loi l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS) avec les lois de programmation en santé afin que les premiers reprennent les objectifs fixés par les secondes.

ARTICLE 49

Cet article confie aux conseils territoriaux de santé (CTS) le pilotage territorial de la programmation pluriannuelle en lien avec l'ensemble des parties prenantes.

ARTICLE 50

Le présent article porte création d'une conférence nationale de la programmation en santé, espace de discussion pluriannuel entre le ministère, ses administrations, la CNAM, les représentants de la ville, de l'hôpital et des usagers. Celle-ci se réunira annuellement et abordera des sujets tels que les orientations tarifaires, les priorités de santé publique, les objectifs de pertinence des soins et des coûts.

ARTICLE 51

Cet article porte la création d'une plateforme nationale répertoriant les besoins de santé quantifiés des territoires. Alimentée par les ARS, cette plateforme vise à maintenir à un même niveau d'informations toutes les administrations du ministère de la Santé.

ARTICLE 52

Le présent article modifie la définition des dotations de financement relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique prévue dans le code de la santé publique pour y valoriser la structuration et la coordination territoriale entre les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux.

ARTICLE 53

Cet article inscrit dans la loi le principe d'une stratégie nationale pluriannuelle de la pertinence des soins, visant à recenser et rationaliser les actes inutiles ou redondants. Elle fait l'objet d'un pilotage national par le ministère de la Santé, s'appuyant sur les Instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), chargées de coordonner l'ensemble des actions menées en la matière et de définir les priorités à partir des remontées de terrain.
La stratégie inclut des actions ciblées sur le bon usage des produits de santé, notamment la polymédication des personnes âgées, facteur majeur de morbi-mortalité évitable. La maîtrise de cette problématique constitue un levier essentiel pour prévenir l'iatrogénie médicamenteuse et réduire les hospitalisations évitables.

Leviers d'efficience à court terme et enjeux de simplification à conduire

- Intensifier le recours aux outils d'exercice coordonné existants sur les territoires en s'appuyant sur les CPTS.
- Créer un bureau en charge de la pertinence des soins au sein du ministère de la Santé.
- Réformer l'articulation et le pilotage des outils médico-économiques entre le ministère et la CNAM. En dotant le Secrétariat général des ministères sociaux d'un réel pouvoir d'arbitrage entre les DAC d'une part, et la CNAM d'autre part.
- Réaffirmer le rôle des ARS de régulateurs et d'organisateurs de l'offre de soins territoriale, en les engageant à soutenir partout les évolutions nécessaires de l'offre de soins.

Vers une loi de programmation en santé

Proposition de la Fédération hospitalière de France
Publication
Mai 2025

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE