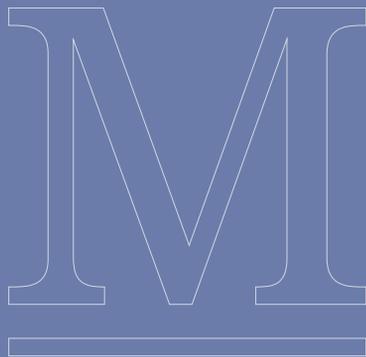


Politique de santé : pour une stratégie pluriannuelle

NOTE D'ACTION - SEPTEMBRE 2024



Think tank de référence en France et en Europe, l'Institut Montaigne est un espace de réflexion indépendant au service de l'intérêt général. Ses travaux prennent en compte les grands déterminants économiques, sociétaux, technologiques, environnementaux et géopolitiques afin de proposer des études et des débats sur les politiques publiques françaises et européennes. Il se situe à la confluence de la réflexion et de l'action, des idées et de la décision.

NOTE D'ACTION - Septembre 2024

Politique de santé : pour une stratégie pluriannuelle



Les notes d'action de l'Institut Montaigne identifient un enjeu spécifique et formulent des recommandations opérationnelles à destination des décideurs publics et privés.



**Note
d'éclairage**

Se situer
et rendre
intelligible notre
environnement

**Note
d'enjeux**

Poser des
constats et
identifier des
problématiques

**Note
d'action**

Formuler
des recom-
mandations
opérationnelles

**Opération
spéciale**

Sonder,
chiffrer,
expérimenter

Rapport

Analyser
et proposer
collégalement
des solutions
de long terme

Si l'idée n'est pas nouvelle, la concrétisation de la pluriannualité en santé est complexe. Cette note vise à construire, en s'appuyant sur les travaux existants, l'architecture opérationnelle d'une politique de santé pensée et pilotée pour le long terme. Il en va de l'avenir de notre système de santé, qui ne permet plus aujourd'hui de garantir un accès aux soins équitable et de qualité sur l'ensemble du territoire français. **La santé est pourtant au cœur de notre modèle social français.** 83 % des Français la considèrent comme prioritaire en 2023 selon un sondage IFOP¹. Elle représente également un des postes de dépenses les plus importants de nos finances publiques avec 12 % du PIB français qui lui était consacré en 2022 selon la DREES². Ce financement public assumé sert un système de soins offrant aux Français un des restes à charge les plus bas d'Europe. Pourtant, l'organisation et le financement de ce système, qui ont longtemps assuré sa pérennité, se retrouvent aujourd'hui mis en échec à cause de politiques publiques déployées trop souvent pensées à court terme. Aussi, il devient indispensable de réfléchir aux nouvelles exigences de santé auxquelles doit répondre le système :

- le besoin impérieux de **renforcer la prévention** alors que plus de 40 % des cancers sont attribués aux modes de vie et aux facteurs environnementaux³ ;
- la construction d'un **environnement propice à l'innovation**, afin de répondre aux enjeux de compétitivité et s'assurer que le système accompagne ces évolutions ;
- la nécessité de **transformer l'organisation des soins** parce que « la pénurie en médecins » et les déserts médicaux qui en résultent représentent une « tragédie »⁴ qui appelle une redéfinition des priorités nationales ;

¹ Ifop-Fiducial pour Sud Radio « L'état d'esprit des Français à la rentrée : optimisme et enjeux prioritaires », Balise d'opinion #233, août 2023.

² Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé », septembre 2023. La dépense courante de santé au sens international est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales. Sa méthodologie est définie par l'OCDE et Eurostat dans le manuel System of health accounts (SHA).

³ Laure Millet, « La prévention en santé, les nouveaux impératifs », Institut Montaigne, septembre 2023.

- **l'engagement de soutenabilité financière** pris dans le cadre la loi de programmation des finances publiques 2023-2027 qui prévoit 6 milliards d'euros d'économies dans la sphère sociale non documentées à ce jour⁵ ;
- **l'acceptabilité** des mesures dans un environnement parlementaire relativement sclérosé.

Ces défis se heurtent tous au même écueil : le manque de planification par les pouvoirs publics. En effet, l'organisation du système de santé est actuellement gérée à travers les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) examinées à l'automne et votées en décembre. L'agilité qui semblait justifier cette programmation annuelle – et qui s'entend en période de crise sanitaire – ne doit pas être l'excuse qui insulte l'avenir. La pluriannualité s'impose dans un contexte de vieillissement de la population exigeant des investissements de plus en plus structurels qu'il s'agisse de la recherche, de l'organisation des soins ou des compétences humaines afférentes. Les douze mois d'une loi budgétaire ne suffisent plus ni à anticiper les besoins et les moyens, ni à transformer positivement et durablement notre système de santé. **Le virage vers une nouvelle programmation pluriannuelle de la santé est réclamé depuis plusieurs années**, amendements proposés au PLFSS⁶, proposition de loi⁷, rapport du Sénat⁸, de *think tanks*⁹, instances publiques¹⁰ ou Cour des comptes¹¹ notamment.

⁴ Patrice Queneau, Rissane Ourabah, « Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes » Rapport 23-11. Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine, 207(7), 860-871, août 2023.

⁵ Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS), « État des lieux du financement de la protection sociale », synthèse, janvier 2024.

⁶ Amendement n° 38 du groupe Union Centriste au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, 2023.

⁷ Proposition de loi n° 1 836 de Jean-Carles Grelier, proposition de loi de programmation en santé, novembre 2023.

⁸ Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, Commission des affaires sociales du Sénat, « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam », Rapport d'information n° 40, octobre 2019.

⁹ Laure Millet, Claude Le Pen, Pierre-François Jan, « Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir », Institut Montaigne, rapport, septembre 2019.

Les prémices d'une programmation pluriannuelle ont d'ailleurs été instituées (*via* la Stratégie nationale de santé, les protocoles signés avec les fédérations hospitalières, les engagements du Conseil stratégique des industries de santé en 2018, le rapport annexé aux lois de financement de la sécurité sociale, etc.) mais faillent à se concrétiser. Derrière les engagements politiques, il manque toujours une mise en œuvre concrète. **La pluriannualité nécessite une volonté politique forte à même de répondre aux défis de l'adaptation des soins face aux évolutions démographiques, de la prévention ou encore de l'innovation.**

Trop souvent, le débat sur la pluriannualité a été réduit à de la programmation budgétaire à travers la proposition d'un Objectif national de dépenses de l'assurance maladie pluriannuel (Ondam pluriannuel). Pour prendre enfin le virage vers une véritable programmation de la politique de santé pluriannuelle, réclamée depuis plusieurs années, il ne s'agit plus de se limiter à sa dimension financière mais de définir un objectif à atteindre, une vision portée par une stratégie de long terme et couplée à un pilotage efficace et cohérent. Pour y parvenir, il paraît nécessaire d'identifier les besoins réels en santé de chaque territoire et d'anticiper les évolutions. Il faut ensuite définir une stratégie en arbitrando des priorités de santé publique, d'organisation des soins et d'innovation. Enfin, il faut convenir d'une gouvernance publique à même de coordonner la mise en œuvre d'une telle stratégie et les financements afférents. **La pluriannualité ne doit pas être un vœu pieu formulé chaque année mais qui demeure lettre morte. Elle doit devenir la pierre angulaire de notre système de santé grâce à une stratégie affirmée, permise par une gouvernance repensée et concrétisée par un volet budgétaire crucial.**

¹⁰ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé*, avril 2021.

¹¹ Site de la Cour des comptes, « Sécurité sociale 2023 », 23/05/2023.

Margaux Tellier-Poulain

Margaux Tellier-Poulain est responsable de projets santé et protection sociale à l'Institut Montaigne depuis novembre 2023. Avant de rejoindre l'Institut Montaigne, Margaux était conseillère affaires sociales et droits des femmes au Sénat. À ce titre, elle a notamment suivi les trois derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale, la loi bioéthique ainsi que les propositions de lois examinées par la commission des affaires sociales au Sénat. Margaux a un parcours international avec des expériences à la Fondation Clinton à New York City ou encore à la Commission européenne. Elle avait également été assistante chargée de projet à l'Institut Montaigne en 2020.

Ses thèmes de recherche sont le financement de la sécurité sociale, les systèmes de santé, l'accès aux soins, l'innovation en santé, le handicap, la protection de l'enfance et les politiques d'autonomie.

Margaux est diplômée d'un Bachelor of Arts de l'Université McGill, d'un master en Affaires publiques européennes de University College London et du master d'Affaires publiques de Sciences Po Paris.

Synthèse	5
-----------------------	---

Introduction	11
---------------------------	----

1

Un système de santé aux ambitions de long terme mais géré à court terme	20
--	----

1.1. Le système de santé français est principalement administré de façon annuelle	20
a. L'examen du budget de la sécurité sociale : moment charnière de l'élaboration d'une politique de santé annualisée en France	20
b. Des outils de programmation pluriannuelle existent pourtant mais leur portée demeure faible	24
1.2. Pourtant les défis auxquels le système de soins fait face nécessitent une pluriannualité renforcée	33
a. Une pluriannualité induite par le virage préventif	35
b. Une pluriannualité nécessaire pour innover	38
c. Une organisation des soins à penser sur le long terme	45
1.3. En parallèle de ces défis, l'acceptabilité des mesures et la soutenabilité du système apparaissent fragilisées	51

2

Définir une stratégie à moyen terme et réformer la gouvernance pour sauver notre système de santé	57
2.1. Choisir des priorités ancrées dans la réalité :	
une ambition nécessaire pour une stratégie concrète	57
a. Faciliter la remontée d'informations et anticiper les évolutions d'avenir pour définir les besoins d'aujourd'hui et de demain	57
b. Proposer un cap aux priorités assumées et aux objectifs précisés pour la politique de santé à moyen terme	70
2.2. Mettre en œuvre la politique de santé de long terme de façon cohérente et efficace	76
a. Renforcer la transparence dans l'élaboration d'une politique de santé pluriannuelle	76
b. Permettre une mise en œuvre efficace à travers une gouvernance repensée	85
2.3. Financer le système de santé entre agilité, prévisibilité et soutenabilité	88
a. Se saisir des outils pluriannuels existants afin de renforcer le système de santé durablement	88
b. Réaffirmer les modalités de financement de la sécurité sociale à long terme	97
Liste des recommandations	101
Liste des acronymes et des abréviations	103
Bibliographie	105
Remerciements	116

La santé est au cœur de notre modèle social français : 83 % des Français la choisissent en 2023 comme thème prioritaire soit une hausse de près de 40 % par rapport à 2017 (23 points de pourcentage) devant l'inflation, le relèvement des salaires et du pouvoir d'achat ou encore l'éducation et les retraites¹². Cet intérêt des Français n'est pas anodin. La santé a cette particularité d'être au plus près de leur quotidien, pierre angulaire de nos territoires et de nos expériences de vie : essentielle au bien-être de chacun mais parfois au cœur de ces inquiétudes. Elle représente un poste fondamental dans nos finances publiques. Ainsi, le budget consacré à la santé représente 12 % du PIB français¹³ en 2022. Cette priorité affichée au profit du financement du système de soins permet de proposer aux Français un des restes à charge les plus bas d'Europe (tel que le présente le graphique n° 1 ci-après)¹⁴.

Malgré tout, cette volonté claire de financer abondamment les soins des Français, clé de voûte de notre modèle social, ne semble pas suffir. **En 2019, 75 % des Français pensent que les soins de santé vont se dégrader à l'avenir et près de 9 Français sur 10 anticipent une hausse des dépenses de santé à leur charge (un tiers aurait ainsi déjà reporté un acte médical pour des raisons financières)**¹⁵. Cette appréhension est justifiée dans le contexte d'un vieillissement de la population qui aura nécessairement un impact sur les dépenses de santé. Ainsi, en 2017, France Stratégie notait que le vieillissement devrait alourdir le poids de la santé dans le PIB de 0,3 à 1,1 point à l'horizon 2060, selon qu'il s'accompagne ou non d'une amélioration de l'état de santé à âge donné¹⁶.

¹² Ifop-Fiducial pour Sud Radio – Balise d'opinion #233, « L'état d'esprit des Français à la rentrée : optimisme et enjeux prioritaires », Août 2023.

¹³ DREES, « Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé », septembre 2023.

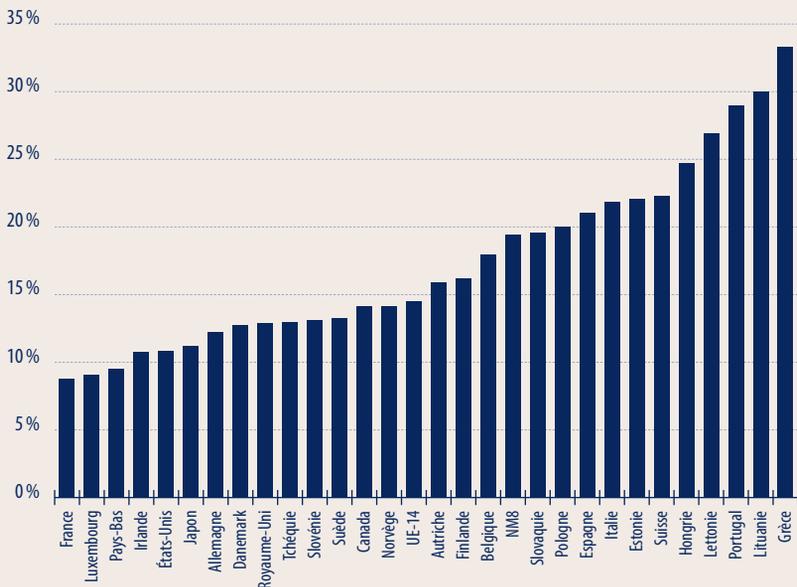
¹⁴ DREES, *Ibid.*

¹⁵ Site du Leem (Les entreprises du médicaments), « La santé vue par les Français », avril 2019.

¹⁶ France Stratégie, « Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France », document de travail, juin 2017.

Assurer que ces transformations démographiques n'entament ni la qualité des soins ni l'égalité d'accès à un système de sécurité sociale protecteur exigera donc de mieux anticiper ces changements pour en limiter leurs coûts et leurs impacts.

**Graphique n° 1 • Reste à charge de ménages
dans les dépenses courantes de santé en 2021
(au sens international)**
(en pourcentage de l'ensemble des dépenses)



Note : la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) regroupe les fonctions suivantes de la DCSi : HC1 (soins courants curatifs), HC2 (soins courants de réhabilitation), HC4 (services auxiliaires), HC5 (biens médicaux).

Lecture : au Luxembourg, le RAC dans la DCSi s'élève à 8,4% des dépenses en 2020 ; en 2021, il s'est établi à 8,9%, 0,5 pp de plus qu'en 2020.

Source : DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Depuis 2017, **l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) – objectif voté annuellement prévoyant les dépenses de santé pour l'année suivante – n'a pourtant cessé d'augmenter**, malgré une légère baisse en 2023 de 1 milliard d'euros¹⁷. Ceci, afin de faire face notamment au choc de la pandémie mais également pour répondre aux demandes des professionnels du secteur (Ségur de la Santé¹⁸) et pour mettre en œuvre des changements systémiques (Ma Santé 2022¹⁹) comme le démontre le graphique ci-dessous présentant les évolutions de l'Ondam en milliards d'euros²⁰.

¹⁷ Commission des Affaires sociales du Sénat, « *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 : examen des articles* », Rapport n° 84, novembre 2023.

¹⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Ségur de la Santé, les conclusions* », dossier de presse, juillet 2020.

¹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Ma Santé 2022 : un engagement collectif* », dossier de presse, septembre 2018.

²⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2023, chapitre II, p.92.*

Graphique n° 2 • L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam)

(en milliards d'euros entre 2017 et 2022)



- Ondam constaté
- Ondam constaté hors covid, avec Ségur de la santé
- Ondam constaté hors covid, hors Ségur de la santé

Note : les dépenses d'Ondam hors covid, avec Ségur de la santé, sont calculées à partir des surcoûts covid bruts. L'annexe « Ondam et dépenses de santé » du PLFSS retient les surcoûts covid nets pour 2020 en prenant en compte la moindre activité sur les soins de ville et la hausse exceptionnelle de la contribution des organismes complémentaires, soit un montant de 207,2 Md€.

Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la DSS.

Malgré ces dépenses croissantes et l'intérêt affiché des Français pour le système de soins, leur inquiétude vis-à-vis de sa pérennité renforce le paradoxe notable entre l'ambition affichée et la résilience du système face aux chocs. Il ne semble pas parvenir à répondre aux défis contemporains, ni assurer un accès aux soins de qualité et ce, de manière équitable sur l'ensemble du territoire français. La pensée court-termiste qui irrigue l'organisation du système empêche ainsi de prévoir le changement. Cette projection sur un temps long est pourtant essentielle pour assurer la mise en œuvre d'une transformation nécessaire pour que notre **système de santé surmonte cinq défis majeurs** :

- le **besoin impérieux de renforcer la prévention** alors que chaque année en France, 140 000 personnes sont touchées par un cancer qui aurait pu être évité et que plus de 40 % des cancers sont attribués aux modes de vie et aux facteurs environnementaux²¹ ;
- la construction d'un **environnement propice à l'innovation** afin de répondre aux enjeux de compétitivité et d'en assurer l'accès à tous les patients ;
- la nécessité de **transformer l'organisation des soins** alors que « la pénurie en médecins »²² et les déserts médicaux qui en résultent alimentent des inégalités inquiétantes. En effet, « les 10% de la population les moins bien dotés ont un accès aux médecins généralistes 3,7 fois plus faible que les 10% de la population les mieux dotés »²³ ;
- **l'engagement de soutenabilité financière** pris par les pouvoirs publics dans un contexte où la loi de programmation des finances publiques pour la période de 2023 à 2027 a précisé une trajectoire supposant 6 milliards d'euros d'économies dans la sphère sociale, qui selon le HCFiPS « restent à documenter »²⁴ ;

²¹ Laure Millet, « La prévention en santé, les nouveaux impératifs », Institut Montaigne, septembre 2023.

²² Patrice Queneau, Rissane Ourabah, « Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes », Rapport 23-11. Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine, 207(7), 860-871. Août 2023.

²³ Cour des comptes, « Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense », note thématique, juillet 2023, p. 17.

²⁴ HCFiPS, « État des lieux du financement de la protection sociale », synthèse, janvier 2024.

- **l'acceptabilité démocratique des mesures**, alors que les derniers débats à l'Assemblée nationale sont sclérosés par l'usage des 49.3 dans un schéma de majorité relative et que les Sénateurs ont par deux fois supprimé les articles centraux du budget social en questionnant la sincérité budgétaire²⁵.

Ces défis se heurtent tous au même écueil : le manque de planification par les pouvoirs publics. Parce que financer la prévention et l'innovation nécessite des investissements à court terme pour des résultats à long terme, parce que l'organisation des soins de demain doit impliquer une logique de programmation stratégique, parce que la soutenabilité financière impose des trajectoires crédibles et enfin, parce que les enjeux démocratiques nécessitent une transparence renforcée : l'organisation du système de santé appelle une projection vers l'avenir. Pour autant, notre système de santé reste majoritairement géré à court-terme à travers le principe d'annualité budgétaire. **L'Ondam apparaît ainsi être davantage un outil de régulation budgétaire annuelle sans s'inscrire réellement dans une stratégie de soutenabilité financière ou de réformes structurelles du système de soins. Toute transformation nécessite de prévoir ces changements de grande ampleur afin de proposer une vision ambitieuse.** Seule cette dernière pourra limiter les craintes des acteurs face au changement et permettre l'engagement de tous pour la pérennité d'un système de soins protecteur et innovant.

Dans ce contexte, **la programmation de notre système de santé constitue un véritable enjeu.** Actuellement, l'organisation du système de santé est principalement annualisée à travers les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), votées chaque année en décembre. Ce rapport au temps court, pour des politiques de santé qui nécessitent une vision et un investissement à long terme, paraît d'autant plus

²⁵ Arnaud Janin, « Le Sénat supprime l'Ondam pour cause de « sincérité douteuse », *Le Quotidien du Médecin*, 17/11/2022.

dommageable suite à l'engagement pris d'un retour à l'équilibre budgétaire des comptes publics et sociaux à travers le Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union européenne (TSCG)²⁶. Dans ce contexte, la Cour des comptes demande, dans son rapport de 2023 sur les finances sociales, **de définir des mesures nouvelles susceptibles d'accompagner une trajectoire crédible de retour à l'équilibre après 2023**²⁷.

En France, le virage vers une nouvelle programmation pluriannuelle de la santé est clairement demandé par les instances représentatives, les élus, les industriels et certains acteurs publics Cette réflexion avait d'ailleurs été entamée dès 2019 par l'Institut Montaigne qui suggérait, notamment, d'assurer un pilotage pluriannuel de l'Ondam afin d'apporter plus de visibilité aux acteurs, leur donner plus de flexibilité et permettre la fongibilité des enveloppes²⁸. Des textes programmatiques sur plusieurs années en santé ont été proposés par des élus (amendements au PLFSS²⁹, proposition de loi³⁰, rapport du Sénat³¹), par les fédérations (hospitalières, industries pharmaceutiques, etc.) et par les instances publiques elles-mêmes (rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2021³² (HCAAM) ou la Cour des comptes³³ notamment). **Le HCAAM, saisi à l'issue du « Ségur de la santé » afin de présenter des pistes de réforme de l'Ondam, a ainsi**

²⁶ Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TSCG), mars 2012.

²⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2023.

²⁸ Laure Millet, Claude Le Pen, Pierre-François Jan, « Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir », Institut Montaigne, rapport, septembre 2019.

²⁹ Amendement n° 38 du groupe Union Centriste du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, novembre 2023.

³⁰ Proposition de loi n° 1 836 de Jean-Carles Grelier, proposition de loi de programmation en santé, novembre 2023.

³¹ Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, Commission des affaires sociales du Sénat, « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam », Rapport d'information n° 40, octobre 2019.

³² HCAAM, « Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé », avril 2021.

³³ Site de la Cour des comptes, « Sécurité sociale 2023 », mai 2023.

proposé « d'élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé »³⁴, dans un document unique dont tous les autres textes liés aux politiques de santé, y compris les LFSS annuelles, seraient la déclinaison. Il s'agit ainsi d'intégrer les objectifs de santé, aujourd'hui dispersés dans de multiples documents programmatiques, dans **une stratégie unique** bâtie autour de grands axes d'orientation dotés d'enveloppes budgétaires. **De même, la Task force pilotée par Jean-Marc Aubert a rendu en 2019 un rapport « Réforme des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné » dans lequel est formulé l'intérêt d'une « politique pluriannuelle tant en ce qui concerne la révision des éléments de financement que les évolutions tarifaires »³⁵.**

Tant réclamées et jamais réellement mises en œuvre, les prémices d'une programmation pluriannuelle ont pour autant été instituées (*via* la stratégie nationale de santé, les protocoles signés avec les fédérations hospitalières, les engagements du Conseil stratégique des industries de santé en 2018, le rapport annexé aux lois de financement de la sécurité sociale, etc.) sans qu'elles ne soient réellement abouties dans leur déploiement et que leur efficacité ne soit assurée. En ce sens, **la pluriannualité nécessite plus que jamais un engagement de tous au risque de demeurer une ambition plutôt qu'une réalité.**

Trop souvent, le débat sur la pluriannualité s'inscrit dans la perspective unique d'une programmation budgétaire facilement contournée par les pouvoirs publics en raison de la complexité de la démarche. En effet, une programmation budgétaire des finances sociales nécessiterait, de fait, un Ondam pluriannuel qui n'existerait qu'après une réforme constitutionnelle. Or, **cette pluriannualité souhaitée ne doit en aucun cas être uniquement financière. Il s'agit avant tout de délimiter un cap en santé**

³⁴ HCAAM, « Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé », mai 2021.

³⁵ Task Force « Réforme du Financement du système de santé » pour Ma Santé 2022, « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné », 2019, p. 37.

à travers une stratégie pluriannuelle, couplée à une mise en œuvre qui permette son déploiement efficace et cohérent avec les engagements pris. Planifier davantage permettrait ainsi à notre système de mieux allouer les ressources afin de gagner en efficience.

Si l'idée n'est pas nouvelle, la concrétisation de la pluriannualité en santé est complexe. Cette note vise donc à construire, en s'appuyant sur les travaux existants, une politique de santé pensée et pilotée pour le long terme. Il en va de l'avenir de notre système de santé, qui ne permet plus aujourd'hui de garantir un accès aux soins équitable et de qualité sur l'ensemble du territoire français. Ceci n'est pas une révolution systémique mais bien une proposition de construction pluriannuelle, qui puisse s'appuyer sur les outils existants, afin de ne pas se restreindre à de grandes promesses illusoires mais de proposer des recommandations opérationnelles pour renforcer le cadre pluriannuel global.

La programmation sur le long terme apparaît comme un impératif pour faire face aux enjeux multiples auxquels est confronté le système de santé et ce, afin d'en assurer sa pérennité. **Elle nécessitera une volonté politique forte pour réellement construire cet édifice pluriannuel, et les recommandations contenues dans cette note en proposent l'architecture.** Il faut avant toute chose connaître les besoins des territoires et anticiper les évolutions permises par l'innovation afin d'en prévoir leur déploiement. Il s'agira par la suite de choisir des priorités claires qui soient assumées par un arbitrage politique ambitieux, portées par des actions concrètes et des financements afférents pour en assurer la mise en œuvre. **La pluriannualité ne doit pas être un vœu pieu, qui demeure lettre morte. Elle doit devenir la pierre angulaire de notre système de santé grâce à une stratégie affirmée, permise par une gouvernance repensée et concrétisée par un volet budgétaire crucial.**

1 Un système de santé aux ambitions de long terme mais géré à court terme

1.1. LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS EST PRINCIPALEMENT ADMINISTRÉ DE FAÇON ANNUELLE

- a. L'examen du budget de la sécurité sociale : moment charnière de l'élaboration d'une politique de santé annualisée en France

Le financement de la sécurité sociale est établi lors de l'examen de lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) telles que définies par l'article 34 de la Constitution suite à la réforme constitutionnelle de 1996. **Contrairement aux lois de finances, les LFSS n'ont pas de portée budgétaire contraignante de fait, mais donnent plutôt un droit de regard aux parlementaires, sans pouvoir définir de manière stricte des recettes ou bien plafonner des dépenses**³⁶. Les dispositions spécifiques à ces lois sont prévues par les lois organiques des lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS). La dernière réforme de ces lois a eu lieu en 2022, prévoyant notamment un renforcement de l'information des parlementaires, un article liminaire visant à présenter les trajectoires financières des administrations de sécurité sociale, ou encore la création de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale³⁷. **Il s'agit donc, au sein des LFSS, de prévoir les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la sécurité sociale en définissant les recettes et dépenses pour l'année à venir.**

³⁶ Site de la sécurité sociale, « Comprendre la Loi de Financement de la Sécurité sociale », 2024.

³⁷ Site viepublique.fr, « Lois organique et ordinaire du 14 mars 2022 relatives aux lois de financement de la Sécurité sociale », mars 2022.

Lois de finances, lois de programmation, lois de financement de la sécurité sociale Article 34 de la Constitution

- « Les **lois de finances** déterminent les ressources et les charges de l'État dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique »³⁸.
- « Les **lois de financement de la sécurité sociale** déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique »³⁹.
- « Des **lois de programmation** déterminent les objectifs de l'action de l'État.

Les orientations pluriannuelles des finances publiques sont définies par des lois de programmation. Elles s'inscrivent dans l'objectif d'équilibre des comptes des administrations publiques »⁴⁰.

Les lois de finances, définissant des ressources en autorisation d'engagement (limites supérieures des dépenses engagées) et crédits de paiement (limites supérieures des dépenses payées) pour l'année n+1, sont contraignantes. À l'inverse, les lois de financement de la sécurité sociale fixant des objectifs de dépenses (et non des crédits ou autorisations d'engagement) ne le sont pas, de même que les lois de programmations qui prévoient des objectifs pour l'action publique à plus long terme.

³⁸ Article 34 de la Constitution française.

³⁹ Article 34 de la Constitution française.

⁴⁰ Article 34 de la Constitution française.

Le cadre spécifique et non contraignant des lois de financement de la sécurité sociale s'explique par le caractère particulier des prestations sociales versées à travers ce financement.

Prévoir en amont des crédits de paiement avec contrainte aurait pour effet d'empêcher théoriquement le versement des prestations en cas de hausse des demandes, or cela serait très clairement contraire au principe constitutionnel d'égalité. Ainsi, les LFSS ne constituent pas des lois budgétaires limitant le pouvoir des autorités qui s'occupent de l'exécution du budget⁴¹.

Le mode de régulation actuel du système de santé repose ainsi principalement sur un instrument essentiellement budgétaire, l'Ondam.

Vote chaque année par le Parlement dans le cadre de la LFSS pour l'année suivante, il fixe un plafond indicatif de dépenses d'assurance maladie pour l'année à venir. Les LFSS contiennent alors un vote sur l'Ondam de l'année N et un sur celui pour l'année N+1. **La temporalité budgétaire visible au sein des LFSS est donc formellement de 2 ans** (l'année se terminant et la suivante). Depuis sa création en 1996 par le plan Juppé, l'Ondam a visé à contenir les dépenses du système de santé avec des mesures budgétaires de court terme. Ces économies ont principalement reposé sur les actions de maîtrise médicalisée (objectif de réduction des dépenses de santé « inutiles, redondantes, voire délétères », en cherchant à modifier le volume des actes de soins, leur tarification, la réduction du nombre d'actes et de produits non justifiés⁴²). Même si quelques programmes d'économies portaient sur des transformations plus profondes du système de manière pluriannuelle (par exemple le programme PHARE⁴³

⁴¹ Charles Boriaud et Thomas Ramilijaona. « Quel avenir pour les lois de financement de la Sécurité sociale ? », *Regards*, vol. 59, n° 1, 2021, pp. 177-193.

⁴² *Cour des comptes, Sécurité sociale 2023*, « Chapitre VIII. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie », mai 2023.

⁴³ Site du Ministère de la Santé, *Le programme PHARE*, septembre 2022.

(Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables concernant les achats hospitaliers), il n'a que **rarement été envisagé des efforts stratégiques pour accompagner les évolutions du système de soins**. Cette logique d'économie à court terme semble désormais se tarir : les taux d'atteinte des objectifs d'économies de maîtrise médicalisée diminuent depuis plusieurs années⁴⁴. Le PLFSS pour 2024 ne permet d'ailleurs toujours pas d'assurer la fin de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans une trajectoire à court terme⁴⁵. Le HCFiPS, dans sa note de janvier 2024, a d'ailleurs indiqué que « la perspective d'extinction de la CADES en 2033 apparaît de moins en moins crédible »⁴⁶.

La construction de l'Ondam est également pointée du doigt. D'abord conçu comme un tout global, il se décompose depuis 2006 en sous-objectifs, qui ont vocation à correspondre aux principaux domaines de l'offre de soins : ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées et autres prises en charge. La LFSS 2014 a introduit un dernier sous-objectif « dépenses relatives au Fonds d'intervention régional » qui vise à « regrouper dans une même enveloppe limitative des crédits auparavant dispersés entre les autres sous-objectifs et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention »⁴⁷.

En dépit de l'évolution partielle de sa structure, le manque de prise en compte des besoins de santé des populations ou bien des priorités de santé publique sont notamment critiqués⁴⁸.

⁴⁴ Site de l'Assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 », novembre 2022.

⁴⁵ Gouvernement, « Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 », septembre 2023.

⁴⁶ HCFiPS, Note sur le financement de la protection sociale en 2023, janvier 2024.

⁴⁷ HCAAM, document n° 14 : « Structure de l'Ondam et modalités de régulation », février 2016, p. 7.

⁴⁸ HCAAM, *Ibid.*

Graphique n° 3 • Objectif national de dépenses
de l'assurance maladie (Ondam) décomposé
et réparti en six sous-objectifs



b. Des outils de programmation pluriannuelle existent pourtant mais leur portée demeure faible

Quelques éléments de pluriannualité existent d'ores et déjà dans le pilotage budgétaire, notamment le rapport annexé décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de la LFSS. Ce rapport prévoit notamment une projection de l'Ondam sur quatre ans. Le vote de cette annexe est formalisé par le vote d'un article au sein des LFSS. L'Assurance maladie inscrit quant à elle ses actions de gestion du risque dans une perspective pluriannuelle avec une refonte du traditionnel tableau d'économies du rapport *Charges et Produits*⁴⁹.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de performance⁵⁰ visent eux aussi à organiser la dépense sociale selon une logique de moyen terme. **De même, les négociations ayant lieu entre pouvoirs publics et professionnels du secteur résultent en des engagements pluriannuels.** Ainsi, une convention médicale est élaborée entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux pour une durée de cinq ans⁵¹. Des protocoles d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé ont également été pris pour deux ans suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020⁵².

Les modalités actuelles de pilotage pluriannuel semblent néanmoins insuffisantes pour permettre une stratégie d'investissement unifiée. Certains pays sont bien plus engagés dans leur approche pluriannuelle et intègrent les questions de financement, d'investissement, de ressources humaines et d'organisation, à l'image du Long Term Plan du NHS anglais qui effectue une projection des dépenses de santé par axe stratégique sur dix ans⁵³. Cette initiative vise explicitement à sécuriser un engagement financier de long terme afin d'anticiper et garantir un système de santé « adapté au futur »⁵⁴. L'idée est ainsi de planifier et d'implémenter des réformes structurelles identifiées comme clés pour le pays, selon différents axes parmi lesquels un plan ambitieux de recrutement, l'extension des consultations médicales en ligne pour optimiser les ressources et améliorer l'accès aux soins, des programmes de prévention ciblés pour réduire les inégalités de santé, et

⁴⁹ Site de l'Assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 », novembre 2022.

⁵⁰ Direction Générale de la cohésion sociale, « La démarche de contractualisation pluriannuelle entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les conseils départementaux », 2022.

⁵¹ Site de l'Assurance maladie, « La procédure conventionnelle », novembre 2023.

⁵² Ministère des Solidarités et de la Santé la Santé, Protocole d'accord entre l'État et les Fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022.

⁵³ National Health Service, Long Term Plan, 2019.

⁵⁴ National Health Service, Ibid.

une modernisation des technologies de santé numérique pour faciliter l'interaction entre les patients et les professionnels de santé⁵⁵. En Australie, le *Long Term National Health Plan*⁵⁶ prévoit quant à lui une stratégie décennale autour de quatre axes transversaux (santé mentale, accès aux médicaments, soutien à l'innovation, renforcement du secteur hospitalier) avec des enveloppes dédiées.

Les modèles de financement et d'organisation pluriannuels existants à l'étranger rappellent certains vecteurs législatifs utilisés en France. Tout d'abord, **les lois de programmation des finances publiques comportent quelques articles concernant les dépenses sociales et définissant la trajectoire des finances de la sécurité sociale**. Ces lois, introduites par la réforme constitutionnelle de 2008, définissent la trajectoire des administrations publiques pour une durée de trois ans minimum, des objectifs d'évolution du solde et de la dette publique, ainsi qu'un rapport annexé au sein duquel les hypothèses et méthodes retenues sont documentées⁵⁷. **Les lois de programmation peuvent également être sectorielles, telles que prévues à l'article 34 de la Constitution, et permettent d'intégrer la pluriannualité dans la gestion et la définition des politiques publiques d'un domaine particulier**. Ces dernières ont été utilisées notamment à des fins de programmation pluriannuelle dans les domaines de l'énergie, de la recherche et militaire. Ces textes de finances publiques ne sont pour autant pas des lois de finances, et ne sont donc pas soumis au principe d'annualité des finances publiques. Ainsi, ces lois ordinaires, bien que définissant une trajectoire des finances votée par la représentation nationale, ne sont pas contraignantes. **Le vote annuel du budget est une des obligations constitutionnelles du Parlement, et les lois de programmation des finances publiques ne peuvent pas l'assujettir à des plafonds de dépenses annuels.**

⁵⁵ *National Health Service, Ibid.*

⁵⁶ *Australian Government, Department of Health, "Australia's long term national health plan", 2019.*

⁵⁷ *Site budget.gouv.fr, « Les lois de programmation des finances publiques : un cadre pluriannuel pour les finances publiques », 2023.*

De fait, des lois de finances peuvent tout à fait aller à l'encontre des dispositions votées en loi de programmation. Les lois de financement de la sécurité sociale, sans être des lois de finances, sont toutefois au-dessus des lois de programmation dans la hiérarchie des normes.

La ratification du Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TSCG) aurait pu avoir un impact sur cette dernière, le Conseil constitutionnel ayant, dans sa décision du 9 août 2012, rappelé que la France était tenue d'appliquer cette nouvelle stipulation. Il souligne en effet qu'en application de l'article 55 de la Constitution, qui prévoit que les traités européens ratifiés par la France aient une valeur normative supérieure aux lois, « le législateur sera notamment tenu d'en respecter les stipulations lors de l'adoption des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale »⁵⁸. Pour autant, le Conseil constitutionnel n'a depuis jamais censuré de lois de finances ou de financement de la sécurité sociale allant à l'encontre des trajectoires prévues dans les lois de programmation. De ce fait, **proposer une pluriannualité contraignante nécessiterait de réaliser une réforme constitutionnelle revenant sur le principe même de l'annualité budgétaire.** Or, les réformes constitutionnelles sont régies par l'article 89 de la Constitution qui prévoit que ces dernières peuvent être de l'initiative gouvernementale ou parlementaire à travers le dépôt d'un projet ou d'une proposition de révision constitutionnelle. Son examen a la particularité de ne pas laisser le dernier mot à l'Assemblée nationale comme cela est le cas pour de nombreux textes examinés mais de nécessairement impliquer le vote d'un texte identique à l'Assemblée nationale et au Sénat. La révision est définitive après avoir été approuvée par référendum ou par un vote du Parlement réuni en Congrès. Ces réformes sont donc un outil législatif lourd où tout désaccord entre les deux chambres aux majorités politiques différentes empêcherait son aboutissement. Ainsi, la réforme des institutions de 2018 démontre le risque politique d'un texte qui n'aboutit pas

⁵⁸ Conseil constitutionnel, *Décision n° 2012-653 DC du 9 août 2012, Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire, 2012.*

et de l'enlisement potentiel en cas de désaccord⁵⁹. L'outil pluriannuel le plus performant utilisé actuellement semble être les lois de programmation sectorielles qui permettent de donner une plus grande visibilité aux acteurs et d'assurer qu'une stratégie puisse être liée à un cadre budgétaire, et à des actions et des objectifs cohérents.

Ces lois de programmations ont ainsi été utilisées dans d'autres domaines de politiques publiques, afin de mettre en cohérence des enjeux de long terme avec une structure de financement adaptée. **Les lois de programmation militaire (LPM), qui encadrent le budget des Armées sur une période de 4 à 7 ans, sont à ce titre l'un des exemples les plus aboutis. En place depuis 1960, elles s'inscrivent dans une triple temporalité stratégique et financière pensée à court, moyen et long terme**⁶⁰ telles qu'elles coexistent avec une feuille de route stratégique initiale – *via* un livre blanc ou revue nationale stratégique – et le vote annuel du budget de la loi de finance, tout en introduisant de la flexibilité *via* des clauses dites de « sauvegarde » ou de « revoyure ». Elle a permis en ce sens de porter des réformes structurelles importantes et d'accroître la légitimité des politiques de défense *via* la contribution démocratique des parlementaires et d'autres parties prenantes, mais son poids politique et économique, du fait de son caractère non-contraignant, est parfois jugé *in fine* insuffisant⁶¹ pour permettre une pleine exploitation des ambitions et des objectifs qu'elle porte. Là est tout le paradoxe, cet objet législatif non contraignant est souvent repoussé par le fait qu'il empêcherait de fait l'initiative de chacun de porter des politiques publiques nouvelles durant la période visée par la loi de programmation. Or non contraignante ces lois n'ont finalement qu'une portée moindre visant davantage à l'information et la définition d'une perspective partagée qu'à l'élaboration d'un budget strict. Finalement le contre-argument face à l'affichage de

⁵⁹ *Public Sénat, « Réforme constitutionnelle (2/2) : tu veux ou tu veux pas ? », août 2020.*

⁶⁰ *IQVIA, Feuille de route pour la mise en œuvre d'une loi de programmation pluriannuelle de financement de la Sécurité Sociale, mars 2023.*

⁶¹ *Christophe David, « Histoire des Lois de programmation militaire (LPM) », Au(x) défi(s) de la puissance ; Regards du CHEM – 72^e session. Revue Défense Nationale 2023/HS13 (n° Hors-série).*

contrainte de ces lois démontre en lui-même la faiblesse de l'outil mais devrait pour autant intéresser tant le Gouvernement que les élus pour être l'opportunité de prévoir un cap clair permettant la transformation d'un système qui ne semble plus parvenir à répondre aux besoins des citoyens dans un contexte de vieillissement de la population et de transformation des pratiques médicales.

Certains domaines ont déjà fait le choix de proposer des outils de programmation afin de permettre au système d'aller vers un changement profond pour répondre aux chocs présents et futurs. C'est notamment le cas de la programmation pluriannuelle de l'énergie.

Un outil de pluriannualité en construction : la programmation pluriannuelle de l'énergie (PPE)

La programmation pluriannuelle de l'énergie (PPE)⁶² est un document stratégique de pilotage permettant de prioriser et d'exprimer les orientations d'actions pour atteindre les objectifs fixés par la loi et ce, afin de répondre au défi long-termiste posé par la transition énergétique. La PPE est en particulier adossée à **loi de transition énergétique sur la croissance verte de 2015** (LTECV) qui l'a instituée, et dont le budget est voté en loi de finances. Elle s'articule par ailleurs avec d'autres plans et stratégies nationaux tels que la Stratégie nationale bas carbone.

⁶² Site du ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, « Programmes pluriannuelles de l'énergie (PPE) », octobre 2023.

Elle fait l'objet d'une révision tous les 5 ans pour les 10 ans à venir et ce, dans une perspective participative et co-construtive, puisqu'elle est évaluée par un consortium de citoyens, experts, scientifiques, parlementaires et industriels. Si elle ne comporte pas de chiffrage précis – ce qui est susceptible d'empêcher la bonne considération de son opérationnalité⁶³ – elle comprend une étude d'impact, une évaluation environnementale stratégique et fixe à titre indicatif une enveloppe maximale de ressources publiques pour atteindre les objectifs de la programmation.

Ses dimensions démocratiques et évaluatives renforcées constituent sans aucun doute des points forts de cet outil de pluriannualité encore jeune, mais des critiques s'élèvent déjà contre sa nature purement réglementaire et son illisibilité stratégique relative⁶⁴. Tandis qu'une tribune signée en 2022⁶⁵ par une centaine de parlementaires appelle à entériner la PPE dans une loi-cadre et à ce qu'elle fasse l'objet d'un rendez-vous annuel régulier, elle devrait prochainement être adossée à une loi de programmation sur la transition énergétique, qui pourrait lui conférer un poids plus important.

À noter que le Gouvernement a annoncé que la prochaine programmation pluriannuelle énergétique sera définie par voie réglementaire et non législative, motivant ce choix par un souci d'efficacité⁶⁶.

⁶³ IQVIA, *op.cit.*

⁶⁴ IQVIA, *Ibid.*

⁶⁵ Tribune, « Le Parlement doit être en première ligne pour définir la politique énergétique », *Le Monde*, 27/06/2018.

⁶⁶ Elsa Bembaron et Cécile Crouzel, Roland Lescure, « Nous construisons les infrastructures énergétiques des cinquante prochaines années », *Le Figaro*, 10/04/2024.

Dans le secteur de la santé, la Stratégie nationale de santé (SNS) introduite en 2016 à l'article L. 411-1-1⁶⁷ du Code de la santé publique « détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. » Il est ajouté par ailleurs que « la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics. » La première SNS a ainsi eu comme cadre temporel 2018 à 2022 et la deuxième qui devait être mise en œuvre dès 2023 n'a pas encore été publiée à la date de parution de cette note. **Comment prétendre à la nécessité d'un outil s'il s'éffrite en ne répondant pas à la contrainte de temporalité qui lui est accolée ?** La faiblesse de portée de ce dernier est particulièrement visible par ce délai d'un an dans la publication laissant ainsi depuis fin 2022 une période sans stratégie nationale publiée officiellement sans pour autant que cela n'empêche la réalisation de nouveaux plans ou de réformes. **Ce delta temporel illustre la place donnée aux annonces gouvernementales qui deviennent aujourd'hui la clé de voûte dans la définition d'une politique de santé. Sans but clair, cette logique de petits pas en réponse aux chocs et revendications semble empêcher la transformation profonde du système.** Or c'est une refonte globale et cohérente du système de santé qui est nécessaire pour en assurer sa pérennité dans un contexte de changements.

Cette logique pluriannuelle avait auparavant eu son pendant législatif à travers la loi du n° 2004-806 du 9 août 2004⁶⁸ relative à la politique de santé publique, seconde loi de ce type après la loi de 1902 sur la politique de vaccination. Elle instituait une volonté de programmation affirmée en visant explicitement à mettre en place une « démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France »⁶⁹. Elle accorde par ailleurs une

⁶⁷ Article L. 411-1-1 du Code de la santé publique.

⁶⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁶⁹ Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), « Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions », mars 2010.

place prioritaire à l'échelon régional et renouvelle la Conférence Nationale de Santé. Cette dernière porte l'ambition d'être le « Parlement de la santé » et a vocation à s'inscrire comme une instance administrative consultative permanente, destinée à formuler des propositions sur saisine ministérielle ou par auto-saisine, à élaborer un rapport annuel sur le respect des droits des usagers et sur la qualité des soins, et à contribuer à l'organisation des débats publics⁷⁰. Il semble pertinent de noter qu'initialement, cette loi avait été pensée comme une loi de programmation telle que cela est visible dans les documents produits par le Haut Conseil pour la Santé Publique⁷¹. Finalement, **la loi de 2004 définit 100 objectifs prioritaires de santé quantifiés, dont les objectifs ont vocation à être atteints à un horizon pluriannuel de 5 ans, assortis de plans d'actions nationaux**. D'après une étude du Haut Conseil pour la Santé Publique (HCSP)⁷², créé par cette même loi dans la perspective de veiller à la bonne réalisation des objectifs, leur re-définition, et leur évaluation, 56 objectifs sur les 100 ont été considérés évaluables en 2009. Parmi ces derniers, 10 objectifs ont été « globalement atteints », 13 « partiellement atteints » et 33 non atteints. **L'absence d'une nouvelle loi relative à la politique de santé publique depuis 2004 et les regards mitigés sur la réalisation et le suivi des objectifs fixés suggèrent un défaut de « stratégisation » ambitieuse et de support budgétaire adapté sur les dernières décennies, en dépit de l'impulsion donnée par cette loi.**

Enfin, quelques autres outils de régulation et de réforme pluriannuels ont été mis en œuvre tels que le programme PHARE concernant les achats hospitaliers mentionné précédemment et créé en 2011 ou encore le plan Ma Santé 2022 annoncé en 2018 proposant « une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français » tels que l'organisation des soins (avec le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé ou encore des

⁷⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Fiche de présentation : la conférence nationale de santé », septembre 2022.

⁷¹ HCSP, « Loi de programmation en santé publique, Contribution du HCSP », 2002.

⁷² HCSP, mars 2010, *Ibid.*

assistants médicaux et la création d'un nouveau domaine d'infirmiers en pratique avancée notamment)⁷³.

Les outils de pluriannualité et de planification mis en place dans les différents domaines politiques, dont celui de la santé, offrent ainsi des avantages certains et participent à améliorer la stratégie au titre de leur mission de projection, mais se heurtent souvent à des obstacles divers : difficulté d'articulation avec les lois de finances annuelles, multiplication de programmes sans cohérence avec le cadre global, défaut de continuité. Ce constat semble indiquer la nécessité d'introduire des mécanismes de contrôle et de fluidité renforcés entre les différents cadres législatifs et réglementaires, et d'encourager la coopération entre les acteurs pour une bonne tenue des objectifs portés par ces instruments.

1.2. POURTANT LES DÉFIS AUXQUELS LE SYSTÈME DE SOINS FAIT FACE NÉCESSITENT UNE PLURIANNUALITÉ RENFORCÉE

Si les Français continuent à porter un intérêt affiché à leur système de santé, ce dernier cristallise tout de même un certain nombre d'inquiétudes chez les citoyens, qui s'enracinent dans une réalité qui doit alerter citoyens et décideurs publics. Cette réalité est celle d'un système à bout de souffle, qui impose un engagement politique fort pour donner un fil directeur à l'action publique en santé sur le long cours.

Il apparaît donc important d'envisager des investissements en santé qui, s'ils « génèrent certes des coûts immédiats, permettent des bénéfices plus lointains »⁷⁴. Ainsi, le gain d'une année de vie sans incapacité rapporterait 1,5 Md€ par an sur la période 2021-2031 selon un chiffrage

⁷³ Ministère de la Santé, *Ma santé 2022, un engagement collectif – Dossier de presse, septembre 2018*.

⁷⁴ HCAAM, « Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé », mai 2021.

de la Cour des Comptes⁷⁵. Une note de la *Health Foundation* soulignait que malgré un futur imprévisible, il était tout à fait possible de gérer l'incertitude pour réduire les risques et capitaliser sur les opportunités qu'elle apporte. **La planification à long terme permet de mieux anticiper les chocs, de répondre aux problèmes sous-jacents, de parvenir à atteindre des objectifs ambitieux grâce à des actions durables, et d'investir au long terme et de protéger les générations futures.**

Le rapport note également que trop souvent, les pouvoirs publics réagissent tardivement aux enjeux de long cours tels que l'obésité, le vieillissement de la population ou encore l'augmentation des maladies chroniques. En France, la DREES souligne par exemple que « la prévalence de ces maladies est passée de 14,6 % en 2008 à 17,8 % en 2021, notamment à cause du vieillissement de la population »⁷⁶. Cette hausse nécessitera une meilleure anticipation et programmation des mesures préventives à mettre en œuvre ainsi que des coûts afférents à la prise en charge de ces pathologies. **L'intérêt d'une planification à long terme est particulièrement prégnant pour des politiques publiques qui concernent des sujets transverses (éducation, écologie, industrie, etc.), ayant des conséquences à long terme ou encore nécessitant une formation ou des compétences particulières dues à leur complexité.** Il faut ainsi, dans ces domaines, définir des stratégies et prendre des engagements sur le temps long afin de s'assurer que les politiques menées atteignent leur cible⁷⁷. **Actuellement, ce besoin d'une coordination à long terme des politiques publiques est particulièrement nécessaire en France, afin de répondre à 5 enjeux principaux :**

- 1) **Prévention** : transformer notre système d'une logique curative à préventive afin d'anticiper les besoins et de mieux allouer les ressources demain ;

⁷⁵ HCFiPs, « Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis », synthèse, janvier 2022, p. 21.

⁷⁶ DREES, *Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023*, juillet 2023.

⁷⁷ Genevieve Cameron, Jennifer Diwon, Hugh Alwerick, "How can policymakers plan better for the long term?", *The Health Foundation*, février 2021, p. 7.

- 2) **Innovation** : faire que la France demeure compétitive dans le domaine de la santé et puisse être un lieu de recherche et d'innovation médicale ;
- 3) **Organisation et qualité de l'offre de soins** : assurer une prise en charge équitable et de qualité sur tout le territoire ;
- 4) **Soutenabilité** : répondre aux engagements européens de soutenabilité des finances sociales dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation des dépenses de santé et de croissance limitée afin d'assurer la soutenabilité du système lui-même ;
- 5) **Démocratie** : recréer un espace de discussion autour des enjeux de santé entre parties prenantes, et redonner une place adéquate aux débats autour de la santé.

a. Une pluriannualité induite par le virage préventif

Tandis que le champ de la santé en France, et par extension, celui de la santé publique, est traditionnellement fondé sur le curatif, **l'évolution de la notion de santé au XX^e siècle est caractérisée par l'apparition et le renforcement d'une approche préventive**⁷⁸. Basé sur l'idée selon laquelle l'environnement, les comportements individuels (mode de vie) et le recours à certaines pratiques collectives (dépistage, vaccination) ont une influence majeure sur la réduction des risques de santé, **le « virage préventif » français est cristallisé par la création de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2002**. Devenu Santé publique France en 2016, cette agence s'articule autour de trois axes : « *anticiper, comprendre, agir* »⁷⁹. Elle est à l'origine des grands plans nationaux de prévention, parmi lesquels le plan national de lutte contre le tabagisme (2016) ou le plan national de prévention au suicide (2015), et est en charge de la promotion de la vaccination ou encore de la surveillance épidémiologique.

⁷⁸ Éric Lajarge, et al. « 1. Évolution de la définition de la santé publique », *Santé publique. En 13 notions*, sous la direction de Lajarge Éric, et al. Dunod, 2017, pp. 7-35.

⁷⁹ Site de Santé Publique France.

Si son institutionnalisation progresse, la prévention est amenée à répondre à des enjeux croissants liés entre autres à la crise de soutenabilité du système de santé, au vieillissement de la population et à l'augmentation notable des pathologies chroniques – le diabète, les maladies psychiatriques et neuro-cardio-vasculaires sont toutes en augmentation sur la période 2015-2021⁸⁰. **La politique de prévention actuelle en France semble ainsi insatisfaisante à plusieurs égards.** Selon une étude des Acteurs de la French Care datant de janvier 2024⁸¹, c'est 1,4 milliard d'euros qui est alloué chaque année à la prévention, tandis qu'en 2022, 235,8 milliards d'euros étaient consacrés aux dépenses de santé hors prévention, gouvernance et soins de longue durée⁸². Or, cette même étude propose une comparaison internationale avec les autres pays de l'OCDE, sur la base de 15 indicateurs disponibles, et révèle un bilan mitigé de la France dans le champ de la prévention, au-dessus de la moyenne dans certains domaines mais très en deçà sur d'autres suggérant ainsi une structure d'investissement insuffisamment efficace. **De fait, la France accuse un retard particulièrement notable sur le dépistage du cancer colorectal, la vaccination et le dépistage liés au HPV – 22,7 %⁸³ des femmes éligibles ont effectué un dépistage en France, contre 50 % dans l'Union européenne – ou encore la lutte contre le tabagisme et l'alcool, qui représentaient respectivement 75 000 et 41 000 décès en 2022 en France⁸⁴.** L'étude des Acteurs de la French Care estime en outre qu'1,8 million de nouveaux cas de pathologies chaque année peuvent être imputés à un manque de prévention.

⁸⁰ Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance maladie pour 2024, Rapport charges et produits pour 2023*, juillet 2023.

⁸¹ Acteurs de la French Care, « *La prévention en France : vers des macro-économies pour le système de santé* », étude économique, janvier 2024.

⁸² DREES, « *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé* », septembre 2023.

⁸³ International Agency for Research on Cancer, « *Cancer screening in the European Union, Report on the implementation of the Council recommendation on cancer screening* », 2017.

⁸⁴ Site de Santé publique France, « *Alcool et « bonne santé », une association paradoxale dénoncée dans la nouvelle campagne de Santé publique France* », janvier 2023.

L'approche préventive est intrinsèquement long-termiste, et implique des investissements importants à court-terme qui s'inscrivent dans une stratégie de facto pluriannuelle, pour des bénéfices économiques et sanitaires d'autant plus importants qu'ils interviennent à un horizon plus lointain. D'autres études, plus sectorielles, donnent des chiffres encourageant cette dynamique d'investissement à long terme : l'OCDE publiait en 2023 une étude⁸⁵ montrant que le maintien des mesures préventives de la politique de lutte contre le tabac mise en œuvre entre 2016 et 2020 sur la période 2020-2050 permettrait à terme d'économiser 578 millions d'euros par an sur les dépenses de santé. Leur coût important serait *in fine* largement compensé : le rendement est ainsi estimé à quatre euros pour chaque euro investi.

La prise en charge de la prévention est ainsi indissociable d'une stratégie pluriannuelle. L'Institut Montaigne s'était d'ailleurs positionné en faveur d'une approche pluriannuelle dans le cadre de la prévention dans la note d'enjeux, *La prévention en santé : les nouveaux impératifs* publiée en septembre 2023⁸⁶. Cette vision de long terme en prévention doit, en outre, faire l'objet d'une coordination planifiée au sein même de la politique gouvernementale. Elle constitue en effet un enjeu de santé publique à la croisée de plusieurs secteurs parmi lesquels l'éducation, le sport, l'agriculture, le travail ou l'environnement, susceptibles d'entretenir un lien significatif avec le façonnement des modes de vie. **Cette coopération interministérielle est d'autant plus importante que 85 % des cas imputables au manque de prévention sont liés à des comportements à risque, tandis que seul 7 % de budget prévention est destiné à la promotion de comportements vertueux⁸⁷.** D'autres chiffres significatifs abondent en ce sens : à titre

⁸⁵ Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et Santé publique France, « Première évaluation économique de mois sans tabac : un dispositif jugé efficace et qui génère des économies de santé », communiqué de presse, juin 2023.

⁸⁶ Laure Millet, « La prévention en santé, les nouveaux impératifs », Institut Montaigne, septembre 2023.

⁸⁷ Acteurs de la French Care, janvier 2024, *op.cit.*

d'exemple, plus de 40 % des cancers seraient liés aux modes de vie et aux facteurs environnementaux⁸⁸.

Plusieurs pays ont défini un plan de prévention sur plusieurs années – c'est le cas de l'Italie et de son *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*⁸⁹ ou encore des Pays-Bas et de leur *The National Prevention Agreement*⁹⁰, avec un horizon fixé à 2040). Ces plans définissent des priorités, la plupart du temps thématiques (l'accès et l'amélioration de la connaissance du système de soin par les citoyens, les initiatives contre la consommation d'alcool et de tabac, la lutte contre l'obésité). Ils présentent des horizons de politiques publiques, sans nécessairement inclure de trajectoire financière particulière.

b. Une pluriannualité nécessaire pour innover

L'innovation doit être assurée grâce à des financements assumés à court terme pour la recherche et le développement au profit de résultats de long terme. Cet investissement des acteurs nécessite une visibilité de ces derniers sur les engagements à venir pour assurer la confiance dans le système au sein duquel ils évoluent. La filière industrielle en santé française représente 90 milliards d'euros de chiffre d'affaires annuel dont 47 % sont liés à l'exportation, plus de 3 000 sociétés réparties sur l'ensemble du territoire et 455 000 emplois directs et associés soit 5 % des emplois industriels⁹¹. Elle est donc stratégique pour la France. L'investissement dans la recherche et développement (R&D) de ce secteur le rend particulièrement singulier.

⁸⁸ Institut national du cancer, « L'Institut national du cancer rappelle les conseils de prévention face aux principaux facteurs de risque évitables de cancers », communiqué de presse, juillet 2020.

⁸⁹ Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, 2020.

⁹⁰ Government of the Netherlands, *The National Prevention Agreement*, 2019.

⁹¹ Gouvernement, « Stratégie d'accélération biothérapie et bioproduction des thérapies innovantes », dossier de presse, janvier 2022.

Les acteurs privés investissent ainsi environ 4 milliards d'euros par an et le secteur public y consacre une enveloppe de 4,5 milliards d'euros par an⁹². L'existence des comités stratégiques de filières (CSF)⁹³, dont l'un concerne spécifiquement les industries et technologies de santé témoigne par ailleurs de la détermination conjointe de l'État et des industries à créer des enceintes de dialogue pour créer un environnement propice à l'innovation. En effet, ces comités qui reposent sur un échange entre les acteurs publics et privés sont destinés à développer des projets visant à améliorer la compétitivité de la filière selon cinq axes prioritaires parmi lesquels figure l'innovation.

La France se situe au deuxième rang européen derrière l'Allemagne en termes de nombre de brevets technologiques déposés en 2022 (1 002, dont 733 concernent les technologies médicales). La progression des effectifs dans l'industrie pharmaceutique est par ailleurs en accélération ces dernières années, avec 15 000 nouvelles embauches en 2022, principalement dans le secteur de la production et de la R&D⁹⁴. **Mais la France, qui était leader européen en production pharmaceutique au début des années 2000, se retrouve actuellement à la 4^e place en Europe⁹⁵.** Dans la production de biomédicaments, les résultats sont parlants : avec 5 biothérapies produites en France en 2021 quand l'Allemagne en compte 21 et l'Italie 12, le retard français se confirme⁹⁶.

Un rapport de France 2030 souligne ainsi qu'eu égard aux bons classements européens de la France, « ce constat positif ne doit pas masquer les freins au développement de la recherche clinique en France

⁹² Laure Millet, Pierre-François Jan, « Filière santé : gagnons la course à l'innovation », Institut Montaigne, 2021.

⁹³ Gouvernement, Communiqué de presse « Signature du nouveau contrat stratégique de filière « Industries et technologies de santé », novembre 2023.

⁹⁴ Les entreprises du médicaments (Leem), « Tableau de bord de l'emploi, édition 2022 », octobre 2023.

⁹⁵ Site du Leem, « Production pharmaceutique : l'excellence française, mythe ou réalité ? », mars 2022.

⁹⁶ Gouvernement, « Stratégie d'accélération biothérapie et bioproduction des thérapies innovantes », dossier de presse, janvier 2022.

sur son territoire»⁹⁷. En outre, les délais d'arrivée de thérapie et d'accès aux soins sont importants, notamment dans le secteur du médicament. À titre d'exemple, il faut 497 jours en moyenne à un médicament pour accéder au marché des médicaments remboursables et, sur les médicaments autorisés entre 2017 et 2020, 66 % étaient accessibles aux patients en France dans cette période, contre 92 % en Allemagne et 79 % en Italie⁹⁸. **Les difficultés rencontrées par la France pour élaborer un vaccin au moment de la crise de la Covid-19 ont par ailleurs révélé les lacunes et les retards du secteur de la recherche en santé**⁹⁹.

Le président de la République, Emmanuel Macron a reconnu le retard de la France en notant un système « moins efficace qu'il ne devrait être : manque d'investissements, trop de divisions, trop de lenteurs et des corporatismes »¹⁰⁰. **Les investissements massifs réalisés en réponse, notamment dans le cadre de la stratégie Innovation Santé de France 2030 (7,5 milliards de crédits budgétaires consacrés aux projets innovants et 1,7 milliard pour la recherche biomédicale)**¹⁰¹ témoignent d'une logique offensive, mise en place pour redevenir compétitifs dans le secteur. Ce plan s'organise autour de trois stratégies d'accélération : biothérapie et bioproduction des thérapies innovantes, santé numérique et maladies infectieuses et émergentes. Il a également entériné la création de l'Agence de l'innovation en santé, preuve supplémentaire du souhait des pouvoirs publics de structurer cette politique d'innovation en santé afin d'apporter une coordination plus assurée.

⁹⁷ France 2030, « Base nationale des essais cliniques : Rapport de consultation des acteurs de l'écosystème de la recherche clinique », janvier 2023.

⁹⁸ Site du Leem, « Accès au marché », janvier 2023.

⁹⁹ Conseil d'analyse économique, « Le cycle de vie de l'innovation pharmaceutique : le retard français », Focus, n° 053-2021, janvier 2021.

¹⁰⁰ Radio France, « Santé et innovation : Emmanuel Macron annonce un plan à 7 Mds € pour que la France rattrape son retard », Radio France, 30/06/2021.

¹⁰¹ France 2030, Innovation Santé 2030, dossier de presse, mai 2023.

Pour autant, la France rencontre des difficultés à faire revenir les chercheurs français en France et à attirer des chercheurs étrangers selon Christine Musselin, sociologue spécialiste du monde universitaire¹⁰². Elle note ainsi que le monde de la recherche français manque d'attractivité, notamment face aux États-Unis. Notre pays semble s'être somme toute peu adapté au rythme de l'innovation. En cause : l'instabilité et la lenteur réglementaire, l'inadaptation des infrastructures (qui ont vocation à être de plus en plus coopératives et pluridisciplinaires), le manque d'attractivité des salaires et d'évolution¹⁰³. Le rapport Marchand-Arvier note notamment le faible nombre de publications utilisant des données françaises en comparaison aux travaux utilisant des données internationales ainsi : « la base américaine MIMIC concernant des données de réanimation sur 40 000 patients, a fait l'objet de 1 461 publications en 2023 (à date d'octobre) ou la base VAERS/FAERS de pharmacovigilance de la FDA (1 515 publications en 2023 à date d'octobre) »¹⁰⁴. Il précise que le caractère complexe des démarches pour obtenir l'accès à ces données ainsi que les délais afférents sont des éléments qui impactent le choix de renoncer à l'utilisation de données françaises par des acteurs économiques et académiques.

De même, les crédits publics en recherche et développement pour la santé ont diminué de 28 % entre 2011 et 2018¹⁰⁵, au contraire d'autres nations européennes (Royaume-Uni, Allemagne). En outre, le rapport du Conseil d'Analyse Économique (CAE) note que malgré un nombre important de *start-ups* en France, le financement n'est important qu'à l'amorçage et ne permet pas aux *start-ups* de passer à l'échelle. La recherche en amont est également sous-estimée en termes

¹⁰² Martin Bernier, FigaroVox, « La fuite des cerveaux n'est pas récente : pourquoi les prix Nobel français n'enseignent plus en France », FigaroVox, 04/10/2023.

¹⁰³ Laure Millet, « Santé : la France, terre d'innovation ? », Institut Montaigne, juin 2021.

¹⁰⁴ Jérôme Marchand-Arvier, Pr Stéphanie Alllassonière, Aymeril Hoang, Dr Sophie Jannot, « Fédérer les acteurs de l'écosystème pour libérer l'utilisation secondaire des données de santé », décembre 2023, p. 49.

¹⁰⁵ Amendement n° 370 au projet de loi de financement 2024, novembre 2023.

d'investissements, et obstrue les dynamiques de compétitivité¹⁰⁶. **L'absence d'une stratégie de financement efficace pour l'innovation est d'autant plus préoccupante qu'elle présente un enjeu de souveraineté important et de réindustrialisation de manière plus large. 80 % des principes actifs pharmaceutiques sont fabriqués en Chine et en Inde alors que cette proportion de fabricants extra-européens représentait 20 % à la fin du XX^e siècle¹⁰⁷.** De plus, les médicaments consommés en France sont principalement importés¹⁰⁸. L'augmentation des pénuries est éclairante en ce sens : **37 % des Français se disent avoir été confrontés à des pénuries de médicaments en 2023, et la dynamique de ces dernières est en nette progression depuis 2020¹⁰⁹.** Dans ce contexte, la mission Borne avait dans son rapport souligné que les modalités de **régulation annuelle des finances sociales « atteignent aujourd'hui leurs limites et la faiblesse des approches pluriannuelles ne permet pas d'identifier les efficacités de ces innovations pour le système de soin et de l'allocation des enveloppes »**¹¹⁰, notant ainsi l'intérêt de renforcer une approche pluriannuelle.

Cela a été souligné précédemment : l'innovation nécessite une projection dans un temps long, une visibilité accrue pour les acteurs et une confiance de ces derniers dans l'écosystème français. La pluriannualité permet également d'assurer le financement de l'innovation qui, sans une maîtrise des dépenses, pourrait ne pas être soutenable compte tenu du prix des thérapies innovantes. **Or, dans la situation actuelle,**

¹⁰⁶ Conseil d'analyse économique, « Le cycle de vie de l'innovation pharmaceutique : le retard français », Focus, n° 053-2021, janvier 2021.

¹⁰⁷ Rapport d'information du Sénat, « Pour une Europe du médicament au service des patients », octobre 2022.

¹⁰⁸ Conseil d'analyse économique, « Le cycle de vie de l'innovation pharmaceutique : le retard français », Focus, n° 053-2021, janvier 2021.

¹⁰⁹ Sénat, Commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française, juillet 2023.

¹¹⁰ Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélien Epis de Fleurian, Magali Leo, Mathilde Lignot-Leloup, « Pour un "New Deal" garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé », Mission régulation des produits de santé confiée par la première ministre, août 2023, p. 120.

la vision court-termiste, la superposition de textes et les délais de mise sur le marché, empêchent les acteurs de se projeter et d'investir de façon sereine en France. Le rapport du Sénat notait ainsi que « si la politique de transfert et d'innovation est un investissement, celui-ci doit, pour être menée à bien, faire l'objet d'une planification pluriannuelle visant à définir des priorités, à garantir une stabilité dans les choix opérés et à apporter de la visibilité pour les chercheurs, les entrepreneurs et les investisseurs ». Ce rapport évoque la mention récurrente par les différents acteurs auditionnés d'un « temps long », en lien avec les temporalités particulières de la recherche, de la rentabilité industrielle et du soutien des pouvoirs publics qui nécessitent d'être coordonnées¹¹¹.

Enfin, **l'innovation porte en elle-même des modifications de pratiques qui, sans être anticipées, pourraient limiter leur portée.** De ce fait, la prise en compte des transformations induites par des innovations, qu'elles soient organisationnelles, technologiques ou médicales, est nécessaire. Cela comprend également un besoin de déterminer davantage la pluralité des gains apportés par l'innovation. Ainsi, le cas des traitements contre l'hépatite C, seule maladie virale chronique à pouvoir être guérie, illustre particulièrement cet aspect. En effet, 193 000 personnes étaient atteintes d'hépatite C chronique en France en 2016. Avec les traitements les plus récents, 99 % des patients guérissent en 8 à 16 semaines¹¹². **Outre un impact évident sur la santé des patients, il apparaît pertinent de considérer plus finement les gains permis par cette avancée pour les finances sociales** (lits d'hospitalisation et temps médical libérés, arrêts maladie évités, etc.). Ainsi, « alors que dans les années 90, une opération de la prostate impliquait 21 jours d'hospitalisation, le développement des interventions robotiques a permis de réduire cette durée de séjour à 1 ou 2 jours »¹¹³.

¹¹¹ Mission d'information « Excellence de la recherche / innovation » du Sénat, « Transformer l'essai de l'innovation : un impératif pour réindustrialiser la France », rapport d'information n° 655, juin 2022.

¹¹² Site de l'INSERM, « Hépatite C : La seule maladie virale chronique à pouvoir être guérie », juillet 2019.

¹¹³ Institut Montaigne, « Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel », février 2023.

Malheureusement, et comme cela a été noté dès 2009 « le trop faible usage des méthodes de l'évaluation économique n'est pas sans poser de problème. L'accroissement prévisible de la contrainte financière, [...], et plus généralement l'explosion des demandes de toutes natures adressées au système de santé sont autant de facteurs qui rendent plus que jamais nécessaires l'instauration de processus d'arbitrage décisionnels à la fois rationnels et transparents »¹¹⁴. Ce constat pourrait encore être réalisé aujourd'hui, tant **la culture de l'évaluation médico-économique demeure en-deçà des besoins du secteur**. Or, le travail de prise en compte de l'innovation dans l'organisation des soins nécessite **une vision exhaustive de tout ce qu'elle permet, ce qu'elle évite comme dépenses et assure comme amélioration pour le système de soins de demain**. C'est tout l'objet de la création d'une Agence de l'innovation en santé, dont certains des travaux prioritaires prévoient notamment « d'anticiper les innovations et les besoins médicaux pour orienter les politiques publiques (...) et faciliter, accélérer, simplifier le parcours d'une innovation, de son idée à la mise à disposition des patients »¹¹⁵. **Plusieurs pays ont en outre prévu un plan spécifique sur l'impact et l'opportunité que représentent le digital et la technologie, et plus largement les innovations, pour le secteur de la santé**. À titre d'exemple, en Allemagne, le *"Germany's Digitalisation Strategy for Health and Care"*¹¹⁶, porte une vision à horizon 2030 et le *NHS Long Term Plan* au Royaume-Uni comporte une partie entière dédiée à ce sujet : *"Chapter 5: funded programme to upgrade technology and digitally enabled care across the NHS"*¹¹⁷.

L'innovation nécessite, tant pour la confiance des acteurs, pour le développement de nouveaux outils que pour l'anticipation de l'arrivée des produits innovants sur le marché, une approche pluriannuelle

¹¹⁴ Carrere MO, ADSP n° 69, 2009 cité dans HCSP, Contribution du Haut conseil de santé publique pour la Stratégie nationale de santé 2023-2033, avril 2023, p. 176.

¹¹⁵ Agence de l'Innovation en santé, Feuille de route 2023-2025, novembre 2023.

¹¹⁶ Federal Ministry of Health, *The Digitalisation Strategy for Health and Care – Tangible Benefits and Opportunities*, 2023.

¹¹⁷ National Health Services, *NHS Long Term Plan*, "Chapter 5: Digitally-enabled care will go mainstream across the NHS", 2019.

et un travail de co-construction sur le long terme. Il s'agit non seulement d'un enjeu d'attractivité mais également d'une nécessité économique et d'un défi essentiel pour améliorer les soins de demain.

c. Une organisation des soins à penser sur le long terme

En France, **on estime à 6 millions le nombre d'assurés, actuellement sans médecin traitant**¹¹⁸. L'état critique de la médecine de ville et de la médecine hospitalière indique un accès à des soins de qualité *de facto* largement altéré, avec des délais qui ne cessent d'augmenter (jusqu'à 189 jours d'attente pour un rendez-vous avec un ophtalmologiste¹¹⁹). Un rapport d'information du Sénat soulignait ainsi en 2022 que 30 % de la population française vivait alors dans un désert médical¹²⁰ ; un chiffre qui pourrait s'accroître encore davantage si l'on ne considérait pas l'offre des médecins de plus de 65 ans, susceptibles de partir à la retraite ces prochaines années. Le rapport de la DREES en 2021 soulignait qu'en 2017, **1,6 million de personnes avaient renoncé à des soins médicaux**, une décision susceptible en outre d'être accrue par la situation géographique et économique d'un individu. **Ainsi, une personne vivant sous le seuil de pauvreté monétaire a 1,6 fois plus de risque de renoncer à des soins, et une personne « pauvre en conditions de vie »¹²¹ multiplie ce risque par 3,2¹²².**

¹¹⁸ *Cour des comptes*, « Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense », note thématique, juillet 2023.

¹¹⁹ Bruno Rojouan pour la commission des affaires sociales du Sénat, « Renforcer l'accès territorial aux soins », rapport d'information de la mission sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, mars 2022.

¹²⁰ Bruno Rojouan pour la commission des affaires sociales du Sénat, *Ibid.*

¹²¹ En 2019, en France métropolitaine, 11,7 % des ménages sont pauvres en conditions de vie, c'est-à-dire qu'ils subissent au moins 8 des 27 privations ou insuffisances de biens matériels ou d'éléments de confort identifiés comme participant au bien-être matériel standard (au sens où ces éléments sont largement diffusés au sein de la population. Insee – *pauvreté en conditions de vie de 2004 à 2019*, 2021.

¹²² DREES, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », *Études et résultats*, n° 1 200, juillet 2021.

Selon la manière dont la question est posée, le taux de renoncement aux soins oscille finalement entre 7,7% et 18,8%¹²³. **Fruit des évolutions démographiques et sociétales, cette réalité appelle une planification de long terme prenant en compte tant le contexte socio-démographique que la durée de formation des professionnels de demain.**

Le rapport de la Cour des comptes sur la réorganisation des soins de ville alerte sur une situation qu'elle ne juge plus soutenable, « ni financièrement, ni en termes de qualité de prise en charge »¹²⁴. En effet, il souligne que les inégalités d'accès aux soins persistent : dans un contexte de pénurie de médecins généralistes et d'une structuration défailante de l'offre de soins, les mesures prises sur la rémunération, la coordination et le partage des compétences de professionnelles de santé demeurent insuffisantes¹²⁵. Et cette situation ne concerne pas uniquement les médecins, ainsi la Cour des comptes note dans un récent rapport qu'environ 3% de la population, soit 1,7 million de personnes, est très défavorisée en termes d'accès, tout à la fois, aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes.»¹²⁶ En réalité, **le rôle historique du médecin et les règles législatives qui en découlent ont, de fait, donné une place centrale à cette profession dans l'organisation du système de soins.** Les partages de compétence votés dernièrement visaient ainsi à ajouter à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique des dérogations au droit en vigueur concernant « l'exercice illégal de la médecine »¹²⁷. Tout acte partagé à un autre professionnel de santé qu'un médecin doit ainsi être spécifié sous peine d'être illégal. **Dans ce contexte où le médecin et a fortiori le médecin généraliste est central, leur pénurie sur le territoire se fait ainsi d'autant plus ressentir**

¹²³ Aude Lapinte, « La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions », *DREES Méthodes*, n° 10, août 2023, p. 8.

¹²⁴ *Cour des comptes*, juillet 2023, *op.cit.*, p. 4.

¹²⁵ *Cour des comptes*, 2023, *Ibid.*

¹²⁶ *Cour des comptes*, « L'organisation territoriale des soins de premier recours », rapport public thématique, mai 2024, p. 32.

¹²⁷ Article L. 4161-1 du Code de la santé publique.

et devrait alerter les pouvoirs publics. Le HCAAM note en ce sens la position singulière de la France, qui demeure le seul pays de l'OCDE pour lequel la densité de professionnels de santé est restée stable entre 2006 et 2016. Il y aurait ainsi 226 000 médecins généralistes en 2018, dont le tiers est âgé de plus de 55 ans, suggérant un risque accru d'une aggravation de la pénurie de professionnels de santé dans les prochaines années après un départ à la retraite massif¹²⁸. **Les inégalités territoriales risquent en ce sens de s'aggraver, dans la mesure où les médecins généralistes de moins de cinquante ans sont répartis de façon plus hétérogène en France que les médecins généralistes encore en activité de plus de cinquante ans.** Le système de santé fait ainsi actuellement face aux conséquences de la chute du *numerus clausus* national, abaissé de 9 500 lors de sa création en octobre 1971 jusqu'à 3 500 places en 1993. Les effets de la réforme devraient commencer à être visibles dès 2020 pour l'ensemble des médecins et en 2025 en regardant uniquement les médecins libéraux afin d'atteindre un niveau semblable à 2015 en 2040¹²⁹. Cette situation illustre d'ailleurs parfaitement les limites d'une vision de court terme qui force les décideurs à réagir plutôt que de permettre une anticipation efficace.

Cependant, **les aspirations nouvelles doivent également être prises en compte pour proposer une offre de soins égale et de qualité sur le territoire.** C'est ce que souligne le Professeur de médecine Patrice Que-
neau, interrogé sur l'avenir de la démographie médicale : « Aujourd'hui, bon nombre de jeunes diplômés travaillent 40 heures par semaine alors que les médecins à temps plein qui partent à la retraite en font souvent 60 à 70. **En ajoutant l'effet pyramide des âges, il faut en moyenne 2,5 jeunes médecins pour remplacer les médecins partant en retraite.** »¹³⁰
Il s'agira donc de prévoir ces transformations de la démographie médicale

¹²⁸ HCAAM, « Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système de santé », actes des séminaires du HCAAM 2019-2020, janvier 2021, p. 22.

¹²⁹ HCAAM, 2021, *Ibid*, p.26.

¹³⁰ Manuella Binet, « Pourquoi la fin du *numerus clausus* ne permet pas d'en finir avec la pénurie de médecins ? », *Les Echos*, 29/02/2024.

pour pouvoir assurer une pérennité dans les soins proposés aux Français. Au-delà de la part des professionnels de santé en exercice qui partiront à la retraite prochainement, il faut aussi prendre en considération la détérioration de la santé mentale des acteurs du soins. Ainsi, **45 % des médecins généralistes se disent en situation de burn-out selon l'enquête** « Soigner demain » du CNOM¹³¹, et 54 % seulement encouragerait des jeunes médecins à prendre la relève. La pression exercée sur les soignants, et ses conséquences sur l'attrait des professions médicales et paramédicales, est aussi criante au sein de l'hôpital public. À titre d'exemple, la Fédération hospitalière de France évalue à 99 % les établissements publics rencontrant des difficultés dues au manque de personnel¹³². **La dégradation des conditions de travail est soulignée dans tous les secteurs, et les revalorisations salariales décidées pendant le Ségur de la Santé ne sont arrivées qu'après la crise sanitaire : un rapport du Sénat de 2022 souligne qu'il s'agit d'une réponse tardive, face à « un décrochage sensible déjà depuis plusieurs années »**¹³³.

Cette organisation des soins, et les besoins en ressources humaines afférents, paraissent majoritairement pensés à court-terme, alors même que ces enjeux nécessitent une projection sur plusieurs années compte tenu des temps de formation nécessaires et de la temporalité des évolutions démographiques. L'OMS, dans la déclaration de Bucarest adoptée en mars 2023, recommandait à ce titre à tous les pays de développer et d'améliorer leurs capacités de gouvernance et de planification des ressources humaines¹³⁴. Un récent rapport du HCAAM publié en avril 2024 plaide en ce sens pour la mise en œuvre d'une planification des ressources humaines en santé s'appuyant sur des travaux

¹³¹ *Enquête Elabe pour le Conseil national de l'ordre des médecins, « Soigner demain, la parole aux médecins », novembre 2021.*

¹³² *Fédération hospitalière de France, Enquête avril-mai 2022, situation RH, mai 2022.*

¹³³ *Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France du Sénat, Rapport, mars 2022.*

¹³⁴ *Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23 March 2023, Bucharest, Romania.*

prospectifs en France et ce, dans une perspective d'équité territoriale. Il souligne l'intérêt d'utiliser la prospective pour favoriser une régulation efficace de l'offre de soins – y compris à très court terme – en ce qu'elle « offre un cadre à la fois quantifié et « bouclé », permettant d'analyser les interactions entre les variables impactant la demande et l'offre de soins »¹³⁵. La Cour des comptes dans son rapport concernant l'organisation territoriale des soins de premier recours regrette la multiplication de mesures depuis 1990 devenant ainsi peu lisible¹³⁶. Les actions dispersées entament ainsi l'efficacité du système de santé de manière globale. Cela démontre tout l'intérêt d'une planification stratégique de long terme au sein de laquelle ces différentes mesures doivent s'inscrire.

D'autres pays se sont déjà engagés sur des projets prospectifs similaires sur la question des ressources humaines en santé, qui touche de près celle de l'organisation des soins. Afin de répondre à ces enjeux, **le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni a mis en œuvre un Long Term Workforce Plan**¹³⁷. **De même, les Néozélandais ont, dès 2009, mis en place un modèle de projection des ressources humaines en santé à travers le Health Workforce New Zealand**¹³⁸, **visant à réagir face à la fuite des professionnels de santé vers l'Australie et à endiguer le coût des dépenses de santé**. Ce modèle prévoit notamment de tenir compte des besoins de santé des territoires, des innovations technologiques, et d'adapter en conséquence la formation des professionnels de santé¹³⁹. Cette méthode cohérente permet non seulement de tenir compte des impacts de l'innovation sur l'organisation des soins, mais également de définir une politique publique qui assure la qualité des soins en lien avec les besoins des territoires à long terme.

¹³⁵ HCAAM, « Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tout le territoire », Avis, février 2024.

¹³⁶ Cour des comptes, « L'organisation territoriale des soins de premier recours », rapport public thématique, mai 2024, p. 57.

¹³⁷ NHS, NHS Long Term Workforce Plan, 2023.

¹³⁸ Health New Zealand Te Whatu Ora, Health Workforce Plan 2023/2024, juillet 2023.

¹³⁹ HCAAM, « Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système de santé », actes des séminaires du HCAAM 2019-2020, janvier 2021, p. 30.

Outre les enjeux de ressources humaines, les projets d'investissement sont également à considérer dans un cadre pluriannuel car leur planification se dessine sur un horizon temporel long. Un document du HCAAM sur le financement et le pilotage de l'investissement en santé abonde en ce sens, en précisant qu'il est nécessaire d'envisager les projets à horizon de 20 ou 30 ans afin d'assurer qu'ils tiennent compte des potentielles évolutions démographiques. Il est, selon le HCAAM, particulièrement important de s'intéresser particulièrement aux capacités des structures que cela soit en regardant le taux d'équipement ou les hypothèses de taux d'occupation¹⁴⁰. **Le secteur hospitalier avait ainsi salué la mise en œuvre d'un protocole pluriannuel – voté lors de la LFSS pour 2020 et signé pour la période 2020-2022 – telle qu'elle permettait une visibilité pluriannuelle de l'investissement et une lisibilité des ressources sur le temps plus long**¹⁴¹. Ces protocoles visaient à « établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents »¹⁴². Un comité économique de l'hospitalisation publique et privée a été mis en œuvre afin de réaliser **le suivi des trajectoires définies et des engagements pris**. Cependant, le manque de continuité dans ces protocoles – celui faisant suite pour 2022 n'ayant pas été encore finalisé – semble aller à l'encontre de l'objectif initial salué de tous. De même, la Cour des comptes souligne « les dépenses de soins de ville gagneraient à être inscrites dans une stratégie et des trajectoires pluriannuelles pour donner une meilleure visibilité aux partenaires conventionnels »¹⁴³.

¹⁴⁰ HCAAM, « Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé », synthèse, 2023, p. 10.

¹⁴¹ Site de la Fédération hospitalière de France, « Pluriannualité des ressources : protocole entre l'État et les fédérations d'établissements de santé », mai 2022.

¹⁴² Article L. 162-21-3 du Code de la sécurité sociale.

¹⁴³ Cour des comptes, « Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense », note thématique, juillet 2023, p. 30.

Il s'agit donc de considérer l'organisation et la qualité des soins comme une priorité à part entière dans la définition des politiques de santé. Cela impose de prendre en compte les besoins spécifiques des territoires ainsi que l'impact des évolutions démographiques sur ces derniers, tant en termes d'évolution des ressources en professionnels de santé qu'en termes de potentiels patients à traiter.

1.3. EN PARALLÈLE DE CES DÉFIS, L'ACCEPTABILITÉ DES MESURES ET LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME APPARAISSENT FRAGILISÉES

Ces différents défis, que la France peine à relever, doivent être considérés dans un contexte critique de régulation des finances publiques et d'augmentation pourtant croissante des dépenses de santé et du déficit de la sécurité sociale. Passé le seuil de 100 % en 2020, la dette publique française représentait 110,6 % du PIB selon l'Insee¹⁴⁴ à la fin du troisième trimestre 2023, contre une moyenne européenne de 82,6 % (Commission européenne)¹⁴⁵. **Les dépenses de santé sont notamment en constante augmentation et, le déficit social, estimé à 8,8 milliards d'euros en 2023, atteindrait 11,2 milliards d'euros en 2024 et 17,5 milliards d'euros en 2027**¹⁴⁶. Une trajectoire que la CADES devrait avoir de plus en plus de mal à amortir. Le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS) a ainsi souligné que l'ambition d'extinction de la CADES à l'horizon 2033 n'était plus crédible, « compte tenu d'une trajectoire en LFSS sans perspective de redressement et s'inscrivant même en dégradation sur la période, et de l'absence de documentation à ce stade d'économies d'ampleur importante en termes financiers »¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Insee, *Comptes nationaux des administrations publiques – premiers résultats – année 2023*.

¹⁴⁵ Site Eurostat, « La dette publique en baisse à 89,9 % du PIB dans la zone euro », janvier 2024.

¹⁴⁶ Annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, septembre 2023.

¹⁴⁷ HCFiPS, « État des lieux du financement de la protection sociale », synthèse, janvier 2024, p. 13.

Cette situation est particulièrement alarmante au regard des engagements européens auxquels la France est tenue : signataire du TSCG, la France s'est engagée à maintenir son déficit budgétaire annuel en dessous de 3 % du PIB¹⁴⁸. Dans la situation actuelle de la France, dont le déficit représentait en 2022 4,7 % du PIB, **une trajectoire de rétablissement conforme au TSCG impliquerait 12 milliards d'euros d'économie chaque année, via la réduction des dépenses ou une augmentation de recettes fiscales**¹⁴⁹. Ce déficit est en 2023 de 5,5 % du PIB¹⁵⁰, démontrant l'intérêt pressant d'une réduction des dépenses.

Le Pacte de Stabilité et de Croissance a par ailleurs été enrichi par un récent accord européen entre pays membres, dans le but de réduire les taux d'endettement de « manière progressive, réaliste, durable et propice à la croissance », et devrait contraindre la France à engager une réflexion pluriannuelle sur le plan des finances publiques. Ce nouvel accord prévoit en effet une approche différenciée pour chaque État qui devra **proposer un plan budgétaire et structurel à moyen terme (sur quatre ou cinq ans) permettant de déterminer une trajectoire budgétaire à suivre, tout en réalisant des investissements et des réformes qui vont dans le sens d'une croissance pérenne et durable, tenant notamment compte de l'évolution démographique**¹⁵¹. Tandis que l'état global des finances publiques est ainsi pointé du doigt, il est à noter que la part de dépenses sociales constitue, en France, une part non négligeable des dépenses publiques. Selon un rapport de la DREES, 849 milliards d'euros auraient ainsi été consacrés en 2023 aux dépenses sociales en France, soit 32,2 % de son PIB (retraite, famille, chômage, santé...). Rapportée au PIB, elle est le pays qui consacre le plus à la protection sociale en Europe¹⁵². **Ainsi, l'inadéquation entre les dépenses réalisées dans la**

¹⁴⁸ Site du Sénat, « Les règles budgétaires en matière européenne », s.d.

¹⁴⁹ János Allenbach-Amann, « Règles budgétaires européennes : la France serait contrainte de faire 30 milliards d'euros d'économies par an », Euractiv, 21/09/2023.

¹⁵⁰ Insee, Comptes nationaux des administrations publiques – premiers résultats – année 2023, mars 2024.

¹⁵¹ Site viepublique.fr, « Pacte de stabilité : accord européen sur la réforme des règles budgétaires », décembre 2023.

sphère sociale, la situation des comptes sociaux et la perspective des engagements européens impliquent particulièrement une réflexion financière pluriannuelle dans ce secteur. Cette dernière devrait s'attacher à prendre en compte une multitude de facteurs ayant des répercussions évidentes sur les finances publiques à l'avenir, tels que les évolutions démographiques ou l'impact climatique.

Tandis qu'une prise de conscience claire sur la thématique de la soutenabilité écologique émerge, la réflexion sur la soutenabilité du système de santé semble en réalité être engluée dans une forme de déni social et politique, et un refus de considérer les conséquences sur l'avenir, dont a longtemps souffert la question écologique.

Comme pour les sujets environnementaux, la transformation du système de santé actuel implique des coûts initiaux que les acteurs ne peuvent financer seuls à court-terme mais qui, à plus long terme, auront des bénéfices conséquents pour la société (et éviteront des dépenses d'urgence). **Notons d'ailleurs que cette réflexion entre écologie et finances sociales amène également un regard critique sur l'impact de notre système de santé sur les ressources planétaires.** Dans ce contexte, plusieurs de nos pays partenaires ont fait le choix de proposer des stratégies pluriannuelles visant à intégrer aux politiques de santé un prisme environnemental : c'est le cas du Canada avec un plan pluriannuel ADAPTATION Santé qui vise à « appuyer les objectifs en matière de santé humaine et de bien-être du Cadre pancanadien sur la croissance propre et les changements climatiques »¹⁵³. Certains pays comme l'Allemagne ont quant à eux opté pour une stratégie globale de santé, vue sous le prisme des défis sanitaires mondiaux¹⁵⁴. La stratégie allemande précise ainsi que les conséquences négatives du réchauffement climatique sur la santé, ont été présentées en préambule des Accords de Paris de 2015 en relation avec

¹⁵² DREES, « La protection sociale en France et en Europe en 2022 – Résultats des comptes de la protection sociale – Édition 2023 », rapport, décembre 2023.

¹⁵³ Site du gouvernement canadien, « Adaptation Santé ».

¹⁵⁴ Gouvernement fédéral allemand, « *Global Health Strategy of the German Federal Government* », 2020, p 15.

le droit à la santé. La nécessité d'améliorer la santé mondiale est un argument puissant en faveur de mesures ambitieuses pour limiter les effets du réchauffement climatique¹⁵⁵. En réalité, toute perspective de gestion pluriannuelle du système de santé doit inclure une prise en compte des enjeux de soutenabilité écologique à long terme. Ainsi, la mise en place d'une politique de santé publique qui tend vers la sobriété – notamment en termes énergétiques – est déjà, en soi, un élément de pluriannualité.

Enfin, comme pour l'écologie, les phénomènes qui mettent en péril les enjeux de soutenabilité sont actuellement en marche et ne peuvent être arrêtés, il s'agit donc de parvenir à en limiter les effets.

Le HCFiPS note le caractère inéluctable de la hausse des dépenses, en raison d'un contexte démographique de vieillissement de la population assuré et précise donc que « le processus de rétablissement des comptes s'inscrira dans un contexte où le vieillissement de la population pèse spontanément fortement sur les trajectoires financières »¹⁵⁶. Il estime qu'une augmentation de 50 % des 75-84 ans est attendue entre 2020 et 2030, suivie d'une croissance encore plus forte de la population de plus de 85 ans après cette date. Or, la prévision de croissance faite en LFSS pour 2024 était de 1,4 % alors que différents instituts non gouvernementaux tels que l'OCDE et l'OFCE la situent entre 0,8 % et 0,9 %¹⁵⁷. Ainsi, les perspectives déficitaires pourraient même sembler limitées par le biais optimiste avec lequel est prévue la croissance économique dans un contexte de vieillissement de la population nécessairement coûteux pour les finances publiques. De manière générale, le manque de planification concrète d'une amélioration de l'état des comptes sociaux inquiète et le HCFiPS s'alarme très explicitement de l'absence d'une « perspective documentée (...) de retour à l'équilibre », notant que le PLFSS « ne traduit aucune stratégie en la matière »¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Gouvernement fédéral allemand, 2020, *Ibid*, p 15.

¹⁵⁶ HCFiPS, « Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis », synthèse, janvier 2022, p. 6.

¹⁵⁷ HCFiPS, janvier 2024, *op.cit.*, p. 8.

¹⁵⁸ HCFiPS, janvier 2024, *Ibid*, p. 5.

Face à ce risque économique, il est nécessaire d'analyser le **risque démocratique** qui en résulte. Ainsi, plusieurs sénateurs ont alerté à ce titre sur la mise en danger du système de santé, la trajectoire financière prévue étant considérée comme un « aveu d'impuissance »¹⁵⁹.

La représentation nationale n'a actuellement que deux opportunités majeures pour voter sur la politique de santé menée en dehors des propositions de loi déposées par les élus eux-même ou des projets de loi sectoriels présentés par le Gouvernement : le vote des projets de loi de financement de la sécurité sociale et le nouveau vote des lois d'approbations des comptes de la sécurité sociale, mis en œuvre depuis les lois organiques des lois de financement de la sécurité sociale de 2022. Tout comme les lois de finances, les lois de financement de la sécurité sociale ont leur pendant rectificatifs, sans que ces dernières ne soient devenues des moments clés du débat parlementaire en santé, car elles demeurent très peu utilisées. La dernière en date, qui concerne la réforme des retraites de 2023, n'a aucunement permis de débat sur le projet de santé mené par le Gouvernement. **Ce rythme démocratique annualisé et éparé est ainsi souvent critiqué par les parlementaires de tous bords politiques, qui regrettent le manque de débat et de visibilité sur les politiques de santé ces dernières années.** Dans ce contexte, toutes les parties prenantes (parlementaires, représentants des professionnels de santé, etc.) ont un rôle à jouer pour prendre part de manière constructive aux débats plutôt que de choisir un jeu de postures souvent délétère à la transformation du système.

Au-delà des enjeux de visibilité, la critique des élus vise également souvent les doutes concernant les trajectoires budgétaires prévues dans le rapport annexé du PLFSS et les prévisions de l'Ondam. Ainsi, le déficit de la sécurité sociale prévu par le rapport annexé du PLFSS 2024 a augmenté ses projections : en 2023, il était chiffré à 8,8 milliards d'euros contre 8,2 milliards dans la dernière loi de programmation de finance.

¹⁵⁹ Solenn Poullenec, « Le Sénat alerte sur l'envolée de la dette sociale », *Les Echos*, 9/11/2023.

L'Ondam, lui, y est chiffré à 247,6 milliards d'euros contre 244,8 en avril¹⁶⁰. Face à cette situation, un dessaisissement des élus est visible et devrait inquiéter. Outre le contexte politique et l'usage de l'article 49.3 lors des derniers PLFSS à l'Assemblée nationale, la suppression par les sénateurs de l'Ondam de l'année suivante et du rapport annexé, en 2023 et en 2024, doit interpeller. Le HCFiPS évoque pourtant clairement la dépendance du système de sécurité sociale, non seulement à sa soutenabilité financière, mais aussi à une « soutenabilité démocratique », définie comme « l'adhésion de la population au fonctionnement dans la durée de ce « pot commun » (...) qui, constitué à l'échelle de la nation, est devenu un élément essentiel de la cohésion sociale, du vivre ensemble, de la République »¹⁶¹

Les représentants des citoyens ont en ce sens un rôle essentiel à jouer dans la mise en œuvre de cette politique publique qui, sans en être le moteur unique, doit nécessairement devenir un pilier central dans la définition des priorités en santé.

La planification à long terme nécessite, selon la *Health Foundation*, d'anticiper les opportunités et risques potentiels à l'avenir en identifiant leurs implications, de définir les moyens d'atteindre ces objectifs ou contrer des menaces. Cela doit aussi passer par l'investissement **dans les ressources nécessaires pour parvenir à mener ces politiques sur le temps long, non seulement en investissant financièrement, mais également dans les institutions ou encore dans les compétences et connaissances humaines qui seront utiles à l'avenir**. Enfin, cette planification nécessite d'évaluer et d'ajuster les décisions prises lorsque la situation évolue et que des enjeux nouveaux apparaissent¹⁶². Selon le HCFiPS, « seule une stratégie fondée sur le moyen terme, s'appuyant notamment sur des logiques de mise en œuvre de mesures de prévention et d'organisation des soins et intégrant la frugalité écologique est à même de générer des

¹⁶⁰ Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), « La soutenabilité environnementale des systèmes de santé », *French Summary*, avril 2023.

¹⁶¹ HCFiPS, janvier 2022, *op.cit.*, p. 12.

¹⁶² Genevieve Cameron, Jennifer Diwon, Hugh Alwerick, «How can policymakers plan better for the long term?», *The Health Foundation*, février 2021, p. 7.

économies pérennes dans un contexte de vieillissement de la population »¹⁶³.

Il s'agit donc bien, non seulement d'investir sur le long terme mais aussi d'avoir une stratégie cohérente avec les besoins de demain, pour répondre aux enjeux de prévention, d'organisation des soins, d'innovation et de soutenabilité financière du système de santé, qui fait la fierté de la France, et d'en assurer ainsi la pérennité.

2 Définir une stratégie à moyen terme et réformer la gouvernance pour sauver notre système de santé

2.1. CHOISIR DES PRIORITÉS ANCRÉES DANS LA RÉALITÉ : UNE AMBITION NÉCESSAIRE POUR UNE STRATÉGIE CONCRÈTE

- a. Faciliter la remontée d'informations et anticiper les évolutions d'avenir pour définir les besoins d'aujourd'hui et de demain

La pluriannualité ne se limite pas à la seule dimension budgétaire, il s'agit bien de stratégie et de responsabilité sur le moyen et long terme. Sans vision, sans objectif précis et sans action définie à mener pour les atteindre, une enveloppe budgétaire resterait lettre morte, pire encore, elle pourrait être une dépense sans pertinence prouvée, dans un contexte de finances sociales non soutenables. C'est tout le propos du HCFiPS qui appelle dans son rapport de 2022 à une meilleure concordance

¹⁶³ HCFiPS, janvier 2024. *op.cit.*, p. 14.

entre les décisions financières et la stratégie sanitaire et sociale, cette dernière étant insuffisamment prise en compte dans la construction de la politique budgétaire. En conséquence, l'institution note ainsi que « les objectifs sont le plus souvent déconnectés de la réalité, peu appropriés ; ils ne s'appuient pas sur une stratégie déterminée et lisible, ne prennent pas en compte l'action sur le comportement des acteurs, indispensable à la maîtrise des finances sociales, ils n'anticipent pas réellement les évolutions démographiques, technologiques et sociales ; par suite, ils ne permettent pas une réelle maîtrise des évolutions »¹⁶⁴.

Il apparaît pertinent de considérer les moyens nécessaires pour parvenir à définir une stratégie qui s'intègre efficacement dans la réalité des besoins. L'OMS précise ainsi que la définition de priorité est un processus aux facettes multiples qui doit être réalisé suite à une analyse fine de la situation, à travers des critères examinés conjointement. Le résultat de ces analyses nourrit ainsi la définition d'une politique nationale de santé¹⁶⁵. De même, l'examen des différents indicateurs doit également prendre en compte les succès ou limites des expériences passées. Cette analyse rétrospective peut s'organiser à différents moments mais doit toujours proposer des recommandations concrètes afin de nourrir la réflexion nationale, et notamment le choix de priorités¹⁶⁶.

La prise de décision à travers des outils d'évaluation est donc nécessaire pour parvenir à une politique de santé efficiente et efficace. Cette stratégisation ne peut se faire sans indicateurs lissés, sans lien avec les territoires, et sans modélisation des impacts possibles. C'est précisément ce que préconise France Stratégie dans une note sur les soutenabilités en 2020 : « ce dont nous avons besoin, ce sont des récits qui explicitent les choix possibles, en s'appuyant sur des scénarios intégrant

¹⁶⁴ HCFiPS, janvier 2022, *op.cit.*, p. 4.

¹⁶⁵ Organisation mondiale pour la santé (OMS), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, Chapter 4, "Priority-setting for national health policies, strategies and plans", 2016, p. 4.

¹⁶⁶ OMS, 2016, *Ibid.*, p. 13.

les enjeux écologiques, sociaux et économiques et qui permettent à chacun de se les approprier pour se former une opinion »¹⁶⁷. **La modélisation des possibilités porte en elle un intérêt économique visant à définir des choix de politiques publiques raisonnés et efficaces, mais aussi démocratiques, pour que tous les acteurs se saisissent des implications d'un vote, d'un choix ou d'un projet en santé.** Pour ce faire, la mobilisation des données renseignant sur les besoins de santé des Français est essentielle et doit faire l'objet d'une politique ambitieuse. Or, malgré une riche base de travail en la matière, notamment *via* le Système National des Données de Santé ou les entrepôts de données hospitaliers qui connaissent un développement croissant dans le cadre de la stratégie d'accélération santé numérique¹⁶⁸, les bases de données existantes souffrent de différents maux qui empêchent leur pleine utilisation par les professionnels et les institutions. En particulier, elles demeurent très hétérogènes et éparpillées, ce défaut de standardisation les rendant peu interopérables, tandis qu'elles pâtissent d'un cadre réglementaire complexe qui rend leur accès difficile¹⁶⁹. Si le gouvernement se saisit pour partie de cette problématique – une mission sur l'utilisation secondaire des données de santé destinée à formuler des recommandations pour une meilleure stratégie a notamment rendu ses conclusions en janvier dernier¹⁷⁰ –, il reste au champs des données de santé des défis à relever pour assurer la mise en œuvre d'un tableau de bord complet en santé et permettre la remontée d'informations en vie réelle. Une fois des systèmes d'information et de partage de données solides déployés il sera pertinent de viser à croiser ces données nationales avec celles européennes ou internationales pour enrichir la réflexion collective sur les enjeux sanitaires. En outre, dans la perspective de construire des

¹⁶⁷ France Stratégie, « Soutenabilités ! Orchestrer et planifier l'action publique », rapport, mai 2022, p. 20.

¹⁶⁸ France 2030, « Deux ans de la stratégie « santé numérique » : faire de la France un leader en santé numérique », dossier de presse, janvier 2024.

¹⁶⁹ Emma Ros, « Données de santé : libérer leur potentiel », Institut Montaigne, février 2024.

¹⁷⁰ Jérôme Marchand-Arvier, Pr Stéphanie Allassonnière, Aymeril Hoang, Dr Anne-Sophie Jannot, « Fédérer les acteurs de l'écosystème pour libérer l'utilisation secondaire des données de santé », décembre 2023.

mobilisations éclairantes, il semble que l'on manque actuellement d'outils fiables permettant d'exploiter ces données et de garantir la robustesse des modélisations proposées. Or ces derniers sont cruciaux pour garantir des priorités choisies et éclairées grâce à un rationnel partagé.

Recommandation n° 1

Construire un tableau de bord des besoins de santé au niveau régional et national piloté par le Ministère de la Santé afin d'élaborer des politiques publiques fondées sur les réalités de terrain.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) **Établir une liste d'indicateurs des besoins de santé des territoires**, la rendre publique et la mettre à jour de manière annuelle, comprenant par exemple la structure de la population (démographie), mortalité générale, ALD générale, cadre de vie, densité de médecins selon la spécialité, nombre de médecins de plus de 55 ans par spécialité¹⁷¹, tensions sur les ressources humaines dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, etc. La liste de ces indicateurs est arrêtée par décret du Ministère de la Santé suite à une consultation avec les ARS, la DREES, l'Insee, le HCSP, l'ONDPS, Santé Publique France, la DSS.
- b) Donner aux ARS un rôle accru dans **la remontée des informations au niveau local vers l'échelon national**, selon un cahier des charges clair déterminé par le Ministère de la Santé et en utilisant notamment les indicateurs fixés par arrêté, sur la base des éléments recueillis auprès des CPTS en particulier, et des autres acteurs locaux.

¹⁷¹ Site de Score Santé, « Liste des indicateurs – niveau territorial », s.d.

- c) Mener une réflexion à travers la Délégation du numérique en santé sur les **moyens à mettre en œuvre pour améliorer le partage de données en temps réel sur la santé dans les territoires** en définissant les outils à déployer, les moyens nécessaires pour exploiter ces données et en prévoyant un guide de bonnes pratiques en lien avec la ANS, HAS, Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS), la CNIL, la CNAM, la DREES et le Ministère de la Santé.
- d) **Renforcer le réseau Sentinelles**¹⁷² (réseau de surveillance des maladies transmissibles fréquentes constitué de 500 médecins généralistes afin d'alimenter une banque de données destinée à la recherche en épidémiologie) en communiquant davantage sur cet outil afin d'accroître la participation des médecins au réseau.
- e) En utilisant le modèle Omphale de l'Insee, réaliser une **projection des besoins locaux en professionnels de santé**¹⁷³, en la couplant aux données disponibles dans la base de données Sentinelles¹⁷⁴.

Pendant longtemps, la France a manqué au niveau national d'une veille technologique ou *horizon scanning* comme en disposent la Grande Bretagne, l'Italie ou l'Espagne. **Le processus de prospective paraît primordial, parce que l'innovation implique non seulement d'assurer les investissements, mais également d'anticiper les transformations que ces innovations apportent – tant en termes d'organisation du parcours de soins qu'en termes de ressources afférentes –, et de**

¹⁷² Réseau Sentinelles, Bilan d'activité 2022, janvier à décembre 2022.

¹⁷³ HCAAM, « Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tout le territoire », Avis, février 2024.

¹⁷⁴ Base de données du réseau Sentinelles, sentiweb.fr.

préparer leur appropriation par tous les acteurs impliqués. Ainsi, la Haute Autorité de Santé avait proposé sa création dès 2018¹⁷⁵, et cette mission a été déléguée à l'Agence de l'innovation en santé nouvellement créée.

Horizon Scanning, anticiper pour mieux préparer le système

L'*horizon scanning* désigne **une méthode d'analyse prospective qui permet d'identifier les signaux faibles et les tendances émergentes sur un sujet donné**, et leurs éventuels impacts futurs. **Elle précède généralement la réalisation de scénarios prospectifs**, qui, sur la base des informations collectées, permettent d'envisager une variété d'horizons possibles en fonction des différentes combinaisons des facteurs identifiés¹⁷⁶. Selon l'OCDE, l'étude des tendances peut reposer sur l'analyse de données, des recherches documentaires, des interviews de parties prenantes, et fait généralement l'objet d'une approche multimodale, à la fois quantitative et qualitative¹⁷⁷.

À l'instar des autres méthodes d'analyse prospectives, **l'*horizon scanning* tend à être de plus en plus plébiscité par les différents pays pour orienter les politiques publiques**, notamment dans les secteurs de la santé, la défense, ou l'environnement. À titre d'exemple, l'Italie possède un dispositif institué d'*horizon scanning*, l'IHSP (*Italian Horizon Scanning Project*), destiné à évaluer

¹⁷⁵ Haute Autorité de Santé (HAS), « *De nouveaux choix pour soigner mieux* », *Rapport d'analyse prospective 2018*, p. 42.

¹⁷⁶ HCAAM, février 2024, *op.cit.*

¹⁷⁷ OCDE, « *Strategic Foresight for better policies* », octobre 2019.

les nouveaux médicaments émergents susceptibles d'avoir un impact significatif sur le système de santé italien¹⁷⁸ et le gouvernement belge a eu recours à cette méthode en 2019 afin d'évaluer l'évolution de l'offre et de la demande de sages-femmes, aboutissant ainsi à quatre scénarios alternatifs¹⁷⁹. En France, l'Agence d'Innovation en Santé (AIS) a fait de la création d'un outil d'*horizon scanning* « interministériel, structuré et partagé » son premier objectif dans sa feuille de route 2023-2025 et ce, afin « d'identifier, filtrer et apprécier l'intérêt des nouvelles innovations technologiques »¹⁸⁰ telles qu'elles pourraient être intégrées au système de santé français à un terme défini.

Cependant, bien que le travail d'*horizon scanning* ait été mis en place, certaines limites demeurent dans les moyens d'anticiper l'avenir et de se projeter sur le long terme. Ainsi, **un horizon scanning des seules innovations ne suffit pas, dans la mesure où il s'agit plutôt de considérer les besoins de demain de manière exhaustive. Cela comprend notamment les enjeux de ressources humaines et d'organisation des soins et de la santé des prochaines décennies.** Dans cette perspective, en Nouvelle-Zélande, la modélisation a une place centrale dans l'organisation prévue à travers le *Health Workforce New Zealand*¹⁸¹, selon une méthode qui se décompose en deux temps. Elle se fonde dans un premier temps sur la détermination des besoins des différents territoires, en considérant la correspondance entre l'offre et la demande et les organisations déjà en place. Dans un second temps, des scénarios cliniques sont

¹⁷⁸ Roberta Joppi, Luca Demattè, Anna Michela Menti, Daniela Pase, Chiara Poggiani, et al., "The Italian Horizon Scanning Project. *European Journal of Clinical Pharmacology*", pp. 775-781, 2009.

¹⁷⁹ Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), « Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes : horizon scanning et modèle de quantification », synthèse, 2019.

¹⁸⁰ Agence de l'Innovation en santé (AIS), Feuille de route 2023-2025, novembre 2023.

¹⁸¹ Health New Zealand Te Whatu Ora, *Health Workforce Plan 2023/2024*, juillet 2023.

modélisés, permettant d'établir des solutions concrètes. Ces modèles de prise en charge ainsi constitués ont vocation à « définir des prévisions de « services de ressources humaines » qui précisent les rôles professionnels, les régulations, la formation et les pratiques qui peuvent être repensés pour répondre aux besoins identifiés (*scope of practice*).¹⁸² »

De même, dans le cadre du vieillissement de la population, **les différents scénarios prospectifs réalisés par le Conseil d'orientation des retraites ont prouvé l'intérêt, tant pour la décision publique que pour l'information de toutes les parties prenantes** (parlementaires, citoyens, acteurs privés), du partage de ces travaux prospectifs. Un tel travail de réalisation de scénarios a d'ailleurs déjà été effectué par le HCAAM dans le cadre de sa note « *Quatre scénarios polaires d'évaluation et de l'articulation entre la sécurité sociale et l'Assurance maladie complémentaire* », publiée en 2022¹⁸³. Les implications des évolutions socio-démographiques sur l'offre de soins, l'état financier du système et plus largement, la soutenabilité de ce dernier sont *de facto* au cœur de la définition d'une politique de santé pluriannuelle. C'est dans cette logique que le HCAAM a proposé dernièrement une méthodologie permettant d'**organiser un travail prospectif sur le sujet des ressources humaines en santé**. Cet exercice a vocation à tenir compte de différents paramètres parmi lesquels l'évolution démographique, mais aussi l'état actuel et à venir des besoins en santé *via* une approche qualitative et quantitative de l'offre de la demande et des besoins populationnels. Le rapport réalise ainsi une série de recommandations permettant de moduler une stratégie prospective qui se décline dans une temporalité pluriannuelle, fait l'objet d'un suivi et d'une mise à jour régulière, et dépend d'un pilotage centralisé qui admet un volet territorial indispensable, en lien avec une variété d'acteurs et de parties prenantes¹⁸⁴. Les institutions administratives existantes

¹⁸² HCAAM, « *Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système de santé* », actes des séminaires du HCAAM 2019-2020, janvier 2021, p. 26.

¹⁸³ HCAAM, « *Quatre scénarios polaires d'évaluation et de l'articulation entre la sécurité sociale et l'Assurance maladie complémentaire* », rapport, janvier 2022.

¹⁸⁴ HCAAM, février 2024, *op.cit.*

réalisant déjà des travaux prospectifs sont généralement sectorielles et bénéficient ainsi du prisme d'analyse particulier confié par la vocation de l'instance en question. Elles ne trouvent toutefois aucun espace de mise en relation permettant d'envisager de manière plus globale la combinaison des différentes tendances et facteurs de changement sur le système de santé. Il s'agit donc de définir **un lieu de réflexion prospective** plus généraliste se fondant sur les travaux d'autres structures afin de proposer une vision concrète des défis auxquels sera confronté notre système de santé demain (IA générative, nouvelles technologies, organisation des soins transformée, etc.).

Recommandation n° 2

Créer autour du HCAAM, avec le soutien de France Stratégie, du HCSP, de l' AIS et de la DREES, un acteur stratégique de la réflexion étatique en santé.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) Faire réaliser par le HCAAM un travail de répertorisation, de coordination et de mise en résonance de l'ensemble des travaux prospectifs** produits par les différents établissements publics administratifs en santé.
- b) Confier à France Stratégie la mission de réaliser des travaux sur les sujets de santé** sur le modèle de ces travaux existants d'analyse et d'évaluation.

c) Produire tous les cinq ans un rapport proposant plusieurs scénarios sur l'état du système de santé en fonction des choix de politiques de santé publique. Ce rapport pourrait être le fruit d'une collaboration entre le HCAAM, le HCSP, l'AIS, la DREES et France Stratégie notamment et être à l'image des travaux réalisés sur l'articulation entre sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire¹⁸⁵. Il pourrait être pertinent de considérer une perspective intergénérationnelle, afin d'ancrer ces considérations dans le temps long, en portant attention considérant l'impact des transformations éventuelles du système de santé sur les générations futures, sur le modèle du plan intergénérationnel australien qui considère l'influence des évolutions technologiques, démographiques et climatiques. Ces travaux pourront s'appuyer en particulier : sur les travaux de la DREES et de l'ONDPS, respectivement sur les projections de l'offre et de la demande et l'évolution des ressources humaines en santé, en adéquation avec les propositions faites dans son dernier rapport¹⁸⁶; sur les résultats du dispositif d'*horizon scanning* réalisé par l'AIS; sur le rapport annuel d'analyse prospective de la HAS; sur les productions éventuelles du groupe de travail permanent du HCSP « Évaluation, stratégie, prospective en santé publique »; sur les rapports Charges et Produits de l'Assurance maladie, sur les réalisations académiques et notamment celles de la Chaire de Prospective en Santé de l'EHESP. **Il s'agirait, conformément à la vocation initiale du HCAAM, de donner au sein de ce rapport une place particulière à la dimension financière de ces scénarios et à la « cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable »**¹⁸⁷. Pour ce faire, une collaboration renforcée avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pourrait être envisagée.

¹⁸⁵ HCAAM, « Quatre scénarios polaires d'évaluation et de l'articulation entre la sécurité sociale et l'Assurance maladie complémentaire », rapport, janvier 2022.

¹⁸⁶ HCAAM, février 2024, *op.cit.*, p. 109.

¹⁸⁷ Site de la sécurité sociale, « Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », s.d.

- d) Organiser une visibilité citoyenne sur les stratégies possibles par la mise en place quinquennale d'un espace de dialogue et d'évènement ouvert au public sur la prospective en santé** réunissant différents experts, en collaboration avec d'autres établissements administratifs de santé tels que Santé Publique France, l'AIS, le HCSP et la HAS.
- e) Faire émerger un acteur central de la réflexion stratégique en santé afin d'identifier les mécanismes indispensables à la soutenabilité et l'évolution du système. Le HCAAM pourrait être envisagé pour tenir ce rôle de coordination.** En effet, il porte une réflexion intrinsèquement long-termiste qui, si elle a vocation à se concentrer sur les « évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie »¹⁸⁸ pourrait être élargie à la soutenabilité d'un système de santé équitable, afin de mener à bien l'articulation indispensable entre soutenabilité financière et équité d'accès aux soins, inscrite au cœur de ses missions. Le HCAAM est *de facto* déjà amené à travailler sur des sujets qui dépassent le strict champ de l'assurance maladie dans la mesure où ils contribuent à façonner, *via* leur impact sur le système de santé, ses évolutions : prospective en ressources humaines¹⁸⁹, investissement en santé¹⁹⁰, soutenabilité environnementale des systèmes de santé¹⁹¹. Au titre de ses missions, le rôle du HCAAM pourrait donc évoluer afin d'y intégrer la soutenabilité et l'efficacité du système de santé.

¹⁸⁸ Site de la sécurité sociale, « Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », s.d.

¹⁸⁹ HCAAM, « Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tout le territoire », Avis, février 2024.

¹⁹⁰ HCAAM, « Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé », Synthèse, novembre 2023.

¹⁹¹ Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) et HCAAM, « La soutenabilité environnementale des systèmes de santé », French Summary, avril 2023.

Dans la perspective d'élaborer des politiques publiques au plus près des besoins actuels et les plus efficaces possible, il paraît également intéressant de **renforcer, voire de rendre systématique, les évaluations ex-post des politiques publiques de santé**. Un tel dispositif oblige mécaniquement un suivi des politiques mises en œuvre à horizon pluriannuel et permet de se situer au plus près de la réalité du terrain. La robustesse de l'évaluation tenant à la diversité des acteurs desquels elle émane, qu'ils soient institutionnels (DREES, HCSP...), académiques ou privés, il est indispensable de s'assurer que chacun dispose des moyens d'une telle ambition. En outre, il y aurait un intérêt à ce que ces travaux soient mutualisés en amont des LFSS, en cohérence avec l'éventuelle déclaration sur l'avancée de la SNS au Parlement et selon des modalités qui restent à définir, pour fournir un éclairage aux débats parlementaires. De même, en santé, une plus grande prise en compte des **impacts économiques bénéfiques réalisés grâce aux investissements de court ou long terme est nécessaire**. C'est ce pour quoi plaide le dernier rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale qui souligne qu'afin de garantir la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, « il est essentiel de mettre en place des mesures de régulation correctement dimensionnées et des outils de pilotage des moyens fondés sur des données médico-économiques, pour chacun des sous-objectifs de l'Ondam »¹⁹². Ces données à agréger, compiler et traiter pour qu'elles soient facilement utilisables dans la prise de décision doivent être au cœur de l'organisation du système de santé de demain. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), créé en 1985 et devenu GIP en 2015, composé d'économistes, de sociologues, de géographes, de médecins de santé publique et de statisticiens a la mission « d'alimenter la réflexion sur l'avenir du système de santé et de protection sociale » à travers de la recherche appliquée et la production de données sur les champs de l'assurance maladie et du médico-social¹⁹³.

¹⁹² *Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Synthèse, mai 2024.*

¹⁹³ *Site de l'IRDES s.d.*

Les dernières publications de 2024 concernent ainsi des sujets tels que les perspectives de l'économie comportementale¹⁹⁴ ou encore les conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques¹⁹⁵. Sans cette démarche d'analyse économique précise, l'arbitrage des priorités est biaisé par des politiques aux gains de court terme évidents face à d'autres qui génèrent des gains à long terme, au moins aussi nécessaires, mais plus difficilement quantifiables.

Recommandation n° 3

Confier à l'IRDES l'évaluation économique de politiques publiques en santé à même d'anticiper les changements et la soutenabilité du modèle de santé français.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) Ce travail devra s'attacher aussi bien à **examiner les propositions de politiques publiques incluses dans le rapport quinquennal du HCAAM, que des priorités de la SNS sélectionnées par l'IRDES** ainsi que de nouvelles thématiques prospectives.
- b) L'IRDES pourra s'associer au HCFiPS, à la CNAM, la DREES, l'AIS et le HCAAM notamment afin de **s'assurer de l'adéquation entre les propositions politiques et les capacités de financement** en prenant en compte par exemple les enjeux en amont de prévention en plus des

¹⁹⁴ Marsaudon A. (Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Rochaix L. (Paris 1, Hospinomics – APHP et PSE) et Galizzi M.M. (LSE), « Changer les comportements de santé : les perspectives de l'économie comportementale », *Questions d'économie de la santé* n° 287 – Mars 2024.

¹⁹⁵ Espagnacq M. (Irdes), Guillaume S. (Irdes), Leray E. (EHESP, Inserm U1309 RSMS), en collaboration avec Duguet E. (Université Paris-Est Créteil), Pichetti S. (Irdes), Regaert C. (Irdes) « Conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades » *Questions d'économie de la santé* n° 289 – Mai 2024.

enjeux en aval de soins et les impacts ou encore le financement d'une innovation pharmaceutique plus coûteuse à la mise sur le marché mais moins coûteuse sur la durée du traitement ou la prise en charge d'effets secondaires.

c) Le choix de l'IRDES a été fait au titre de ses **compétences économiques indispensables à cette mission, sa structuration en GIP et son indépendance.**

b. Proposer un cap aux priorités assumées et aux objectifs précisés pour la politique de santé à moyen terme

Une fois les outils de partage d'information déployés et les évaluations réalisées, les pouvoirs publics auront les données nécessaires pour réaliser une priorisation des politiques publiques à mener sur le long terme. Il s'agit en effet d'aller au-delà du cadre purement budgétaire qui concentre souvent une grande partie des demandes et des recommandations en termes de pluriannualité. Or, sans nier l'intérêt d'une planification budgétaire, les éléments de pluriannualité existants – notamment dans les annexes aux LFSS – demeurent très financiers, faiblement investis dans le cadre du débat démocratique, et leur efficacité est régulièrement critiquée, y compris par la Cour des comptes¹⁹⁶. Les tentatives pour asseoir un peu plus cette pluriannualité, notamment *via* la loi organique relative à la modernisation de la gestion des finances publiques qui vise à permettre une meilleure cohérence entre les ambitions des lois de programmation de finances publiques, paraissent insuffisantes, et se heurtent à une architecture constitutionnelle qui privilégie

¹⁹⁶ HCFiPS, « Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis », synthèse, janvier 2022.

l'annualité budgétaire. Comme le souligne le HCFiPS, « cette recherche d'une approche toujours plus budgétaire ne semble pas pleinement pertinente, et ce d'autant que les lois de programmation ne peuvent pas juridiquement s'imposer aux lois annuelles »¹⁹⁷. **La capacité à réaliser un lien clair entre objectifs financiers, réalité budgétaire et enjeux de santé publique est ainsi au cœur du nécessaire processus de stratégisation.**

Cette programmation en santé sur un temps plus long est tout l'objet de la Stratégie Nationale de Santé, mentionnée précédemment. Pour autant, les conclusions du rapport d'évaluation élaboré par la DREES afin de définir la portée de cet outil réglementaire entre 2018-2022 étaient extrêmement nuancées. Elle avait ainsi constaté que la SNS n'était pas parvenue à réellement devenir le cadre de référence des politiques de santé, même si plusieurs plans s'y intégraient. Il est pourtant nécessaire que ce document obtienne une place centrale dans l'organisation des plans qui s'en dégagent. L'OMS note en ce sens qu'une fois les enjeux stratégiques de moyen terme définis, il faut les traduire en plans annuels et conserver ces priorités dans le déploiement opérationnel des politiques publiques ainsi menées. Cela contribue à la bonne allocation des ressources et à la budgétisation nécessaire pour le déploiement des directions stratégiques engagées¹⁹⁸. Le financement assumé de la politique de santé française semble malheureusement pâtir d'un manque de « stratégisation » efficiente démontré par la faible portée de la SNS qui pourrait pourtant devenir un outil de pilotage central.

Lors des travaux d'évaluation déjà réalisés, plusieurs acteurs sont intégrés aux réflexions. En effet, l'élaboration de la SNS 2018-2022 sous la direction du Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales (SGMCAS) lancée à l'été 2017, associait les directions du ministère des

¹⁹⁷ HCFiPS, janvier 2022, *Ibid*, p. 5.

¹⁹⁸ OMS, *Strategizing national health in the 21st century: a handbook, Chapter 4 "Priority-setting for national health policies, strategies and plans"*, 2016, p. 8.

Solidarités et de la Santé ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), avec un appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et des travaux du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants ainsi que les stratégies d'action envisageables¹⁹⁹. Mais outre la collaboration des acteurs interrogés lors de la réalisation de cette dernière, il s'agit d'assurer que ces multiples contributions ne diluent pas l'information stratégique souhaitée. Il faut ainsi s'efforcer de définir quels objectifs de santé sont importants, et quelles sont les priorités qui résultent du compromis entre ces multiples parties prenantes²⁰⁰. **Le but de ce procédé est de faire un choix et non un état des lieux. Il est donc crucial que des priorités soient clairement sélectionnées parmi plusieurs options pour répondre aux besoins les plus urgents en santé, et ce, sur le long terme.** Les différents outils d'anticipation proposés jusqu'à présent ne sauraient, en outre, trouver leur place et démontrer leur efficacité que dans le cadre d'une stratégie cohérente pour l'ensemble du système de santé. **Le travail de priorisation réalisé lors de l'élaboration de la SNS grâce à l'évaluation et la prospective prescrites précédemment est fondamentalement politique et nécessite de faire le choix courageux d'un arbitrage de politiques prioritaires dans un système de soins qui fait face à de nombreux défis.**

Actuellement, la SNS tente de parvenir à l'exhaustivité des champs couverts dans les politiques de santé. Cependant, **entre exhaustivité et efficacité, la précision est essentielle.** La DREES note que « le caractère « général » des orientations de la SNS est renforcé par le fait que celles-ci ne sont pas chiffrées ni étayées par des éléments concrets »²⁰¹. Un même constat a été réalisé par la Cour des comptes dans son rapport de mai 2024 sur l'organisation territoriale des soins de premier recours notant ainsi les limites de mesures qui se superposent sans stratégie précise et

¹⁹⁹ DREES, « Évaluation de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 », rapport d'évaluation, juin 2022, p. 5.

²⁰⁰ OMS, 2016, *op.cit.*, p. 7.

²⁰¹ DREES, juin 2022, *op.cit.*, p.11.

le manque « d'outils, de ressources, d'indicateurs, de priorité entre les différents objectifs, l'absence de mention d'un horizon temporel (...) ou le manque de cadre budgétaire »²⁰². Cela est d'autant plus visible lorsque la SNS est comparée avec le *Long Term Plan* de la NHS. Alors que le plan anglais examine les politiques passées et leurs résultats afin de motiver les choix présents, la France dans sa SNS 2018-2022 ne s'ancre pas dans une réalité objective de performance passée. Un chiffrage assumé des ressources nécessaires ainsi que des indicateurs et objectifs sont proposés par nos voisins britanniques alors que le document français demeure littéraire sans éléments de précisions. Enfin, quand le plan anglais « renvoie à 190 références bibliographiques (...) académiques d'évaluation des politiques publiques (...) La Stratégie nationale de santé ne comporte pour sa part aucune référence scientifique »²⁰³. Quand le « plan anglais peut être discuté et son application contrôlée et évaluée car il est relativement précis, **la stratégie française qui se limite à égrener des objectifs consensuels ne peut que susciter l'adhésion mais ne peut constituer le socle d'un débat ou d'un contrôle citoyen de la politique conduite** »²⁰⁴. Une refonte de la Stratégie nationale de santé dans une perspective plus ciblée et concrète paraît d'autant plus pertinente que certaines initiatives allant dans ce sens ont montré des résultats plutôt prometteurs en termes de mise en œuvre. Le déploiement de « Ma Santé 2022 » est notable sans être parfait car cette réforme avait été assortie d'objectifs plutôt concrets (même si certains n'étaient pas chiffrés) et d'un calendrier défini afin d'assurer leur réalisation à horizon 2022²⁰⁵. **Il s'agit donc de renforcer le caractère d'outil stratégique de la SNS en améliorant la définition d'objectifs concrets liés aux priorités, en donnant un cadre temporel clair et en définissant au sein de cette SNS les plans qui en émanent.**

²⁰² Cour des comptes, « L'organisation territoriale des soins de premier recours », rapport public thématique, mai 2024, p. 58.

²⁰³ Pierre-Louis Bras, « Politique de Santé : Plan anglais et Stratégie française », *Les Tribunes de la santé*, vol. 60, n° 2, 2019, pp. 13-20.

²⁰⁴ Pierre-Louis Bras, 2019, *Ibid.*

²⁰⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2018, *op.cit.*

Souvent les plans, feuilles de route et autres vecteurs de pilotage et de programmation d'une politique publique ambitieuse sont pensés en termes de dépenses prioritairement. Or, afin d'assurer la pérennité du système de santé, il apparaît nécessaire de réfléchir à ces mesures avec le prisme de trajectoire soutenable. **Ainsi, accoler aux objectifs de dépenses certaines cibles de ressources au sein de la vision programmatique de la SNS serait un ajout particulièrement pertinent à considérer.** Cette perspective converge avec la proposition de définition d'un programme pluriannuel de régulation des dépenses, que le dernier rapport de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale²⁰⁶ appelle de ses vœux. Selon ce rapport, il est recommandé de « définir un programme pluriannuel de régulation des dépenses, partagé avec les parties prenantes, comprenant un renforcement des outils et instances de pilotage, un changement d'échelle dans la lutte contre les fraudes, des mesures structurelles d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et conditionner les mesures nouvelles par la réalisation d'économies. » La réforme de la SNS aurait ainsi vocation à la rendre un véritable outil de régulation et de transformation en ciblant des politiques de santé publique prioritaires tout en s'assurant de la pérennité du système de santé.

Recommandation n° 4

Réformer la Stratégie nationale de santé pour en faire un outil de programmation et de pilotage pluriannuel affirmé.

²⁰⁶ *Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Synthèse, mai 2024.*

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

Faire de la SNS un outil de programmation pour la politique de santé en France. À ce titre, le document établi par le Ministère de la Santé devrait s'attacher à proposer des priorités sur la base d'arbitrage politiques (par enjeux de santé) et socio-économiques (moyens disponibles et populations concernées).

- **Prévoir dès l'élaboration de la SNS les priorités choisies et les plans visés** tels que prévus à l'article R. 1411-2 du code de la santé publique²⁰⁷.
- Privilégier une recherche d'efficacité à une recherche d'exhaustivité en faisant des **choix dans les priorités affichées, dont le nombre est arrêté par décret**.
- **Intégrer les questions de ressources mobilisables au même titre que celles des dépenses** afin de définir opérationnellement ce que doit être un système de santé soutenable pour la puissance publique.
- Lors de l'élaboration de nouveaux plans de santé spécifiques (santé mentale, troubles du neurodéveloppement, numérique en santé...), **insérer obligatoirement une partie démontrant leur lien et cohérence avec les programmes de la SNS**.
- Prévoir de **modifier la SNS à court terme** afin d'assurer la viabilité de son déploiement dans la durée.
- **Organiser la SNS en mission (les priorités), programmes (les plans) et projets (les leviers de réalisation)** en s'inspirant de la structuration prévue à l'article R. 1411-2 du code de la santé publique²⁰⁸ et prévoir des responsables pour chaque programme qui s'assureront de leur déploiement (sur le modèle des responsables de programmes au PLF).

²⁰⁷ Article R. 1411-2 du Code de la santé publique.

²⁰⁸ Article R. 1411-2 du Code de la santé publique.

- **Définir des objectifs quantifiables et des temporalités précises pour chaque élément** ainsi que les enveloppes de financement correspondantes (prendre exemple sur la précision de *Ma Santé 2022*²⁰⁹ pour les objectifs et la temporalité).
- **Inclure dans la définition des objectifs par priorité les indicateurs identifiés par la DREES**²¹⁰ **pour ses missions d'évaluation** afin d'assurer la cohérence des outils d'analyse.
- **Évaluer avec précision à mi-parcours puis à la fin de la SNS la réalisation des objectifs** afin de mesurer les avancées effectives et pouvoir les communiquer au grand public. Ce qui a été fait dans le cadre du Ségur de la Santé²¹¹ peut servir d'exemple en veillant à ce que ces rapports d'évaluation soient rendus publics et joints en annexe aux LFSS²¹². Les rencontres du comité de pilotage de l'évaluation mis en place par la DREES pourraient être annualisées²¹³.

2.2. METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE DE SANTÉ DE LONG TERME DE FAÇON COHÉRENTE ET EFFICACE

a. Renforcer la transparence dans l'élaboration d'une politique de santé pluriannuelle

Toute politique publique ambitieuse nécessite une grande transparence, de son élaboration jusqu'à son évaluation *ex-post* afin de

²⁰⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Ma Santé 2022 : un engagement collectif* », dossier de presse, septembre 2018.

²¹⁰ Site de la DREES, « *Suivi et évaluation de la Stratégie nationale de santé* », s.d.

²¹¹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Ségur de la santé – Un an de transformations pour le système de santé* », Dossier de presse – juillet 2021.

²¹² *Prévoir cela en sus des échéances prévues dans l'arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.*

²¹³ *Selon le rapport DREES, « Évaluation de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 », rapport d'évaluation, juin 2022, lors de la dernière SNS il ne s'est réuni qu'en fin de SNS.*

renforcer son acceptabilité et ce, dans une démarche démocratique.

Il s'agit d'une prérogative essentielle pour en assurer la pérennité. La présentation d'un plan, s'il ne fait pas l'objet d'un consensus, risquerait de rester lettre morte. De même, l'examen d'une loi, si elle ne fait pas suite à une juste information des parlementaires, tend à devenir un débat de positions plus que de fond. **Ce besoin de transparence et d'une plus grande considération des différents acteurs du système est ainsi souvent demandé.** La dernière réforme du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale l'a d'ailleurs démontré avec l'intégration de rapports annexés aux LFSS visant à présenter notamment un « compteur des écarts » (comparaison entre les dépenses prévues lors de la loi de programmation des finances publiques (LPPF) et les objectifs de dépenses au sein des projets de loi de financement), l'introduction de lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale ou encore la présentation par le gouvernement d'un rapport au Parlement en cas de remise en cause des conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale²¹⁴.

Dans ce contexte, la notion de **démocratie sanitaire** apparaît particulièrement importante. Ce concept est né lors des États généraux du cancer et de la santé puis repris lors de la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²¹⁵. Il prévoit que l'ensemble des acteurs de santé soient consultés pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. En ce sens, plusieurs structures ont ainsi été établies en France pour permettre l'expression de cette démocratie en santé telle que la Conférence nationale en santé, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et Conseils territoriaux de santé (CTS)²¹⁶. Il semble ainsi pertinent d'utiliser ces espaces de dialogue dans l'élaboration d'une stratégie de santé pluriannuelle afin de répondre à cet enjeu essentiel de démocratie

²¹⁴ Site viepublique.fr, « Lois organique et ordinaire du 14 mars 2022 relatives aux lois de financement de la Sécurité sociale », mars 2022.

²¹⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²¹⁶ ARS Île-de-France, *La démocratie en santé*, 2022.

sanitaire. La prise en compte des points de vue est clé pour permettre l'adhésion la plus large possible sur un projet de santé commun et permettre réellement la transformation attendue et nécessaire du système de santé.

Dans son évaluation de la SNS, la DREES souligne que « **la construction de la SNS 2018-2022 s'est faite dans un calendrier resserré, entre juillet et décembre 2017** » et que « les conclusions de la consultation publique, assez tardives, n'ont eu qu'un impact restreint sur le contenu final de la SNS »²¹⁷. À l'inverse, le rapport souligne que la mise en place des projets régionaux de santé (PRS)²¹⁸ s'est faite en 2016, dans une temporalité décalée de la SNS, limitant donc la complémentarité de ces outils²¹⁹. Ainsi, ces calendriers décalés ont conduit certaines ARS à entamer des travaux d'alignement afin de garantir une forme de cohérence, mais les ARS n'ont toutefois pas été formellement incluses dans la construction de la SNS²²⁰. Ce manque de temps impacte considérablement la prise en compte des points de vue variés dans la définition d'une stratégie pluriannuelle de santé issue du consensus général. **Il s'agit donc de définir des moments d'échanges vertueux entre acteurs, décorrélés des échéances politiques, mais s'inscrivant dans un temps long.** L'Institut Montaigne avait recommandé de « réunir une fois par an responsables politiques et administratifs, autorités de santé, patients, professionnels de santé et laboratoires pharmaceutiques pour favoriser les arbitrages politiques »²²¹. Six ans plus tard, cette réalité perdure, et les échanges lors du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) ont démontré l'intérêt des acteurs de se rencontrer et de chercher un consensus ensemble. Cependant, **trop souvent, ces réflexions sont liées à une échéance rapprochée** – c'est le cas notamment de la consultation de la SNS et celle

²¹⁷ DREES, juin 2022, *op.cit.*, p. 11.

²¹⁸ Article L. 1434-1 du Code de la santé publique.

²¹⁹ DREES, juin 2022, *op.cit.*, p. 16.

²²⁰ DREES, juin 2022, *Ibid.*

²²¹ Laure Millet, Claude Le Pen, Pierre-François Jan, « Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir », Institut Montaigne, rapport, septembre 2019.

ayant eu lieu pour la SNS 2023-2033 le démontre encore –, ou bien ne s’effectuent qu’au sein d’un même secteur (industrie, hospitalier, médecine de ville, par profession de santé...). L’exemple des comités stratégiques de filière, labellisés au nombre de 19 dans différents secteurs de l’industrie, doit pouvoir être mobilisé dans la perspective d’une collaboration fructueuse entre les acteurs, notamment du public et du privé. Ces derniers visent explicitement à instaurer un dialogue efficace entre les acteurs d’une filière industrielle en intégrant l’État, les entreprises et les représentants salariés dans l’objectif d’identifier les enjeux stratégiques et de mettre en place des projets servant les défis spécifiques de la filière à plus long terme. Les accords conclus à ce sujet entre les différentes parties sont formalisés par un « contrat de filière ». Chaque CSF est présidé par un industriel et dispose d’une gouvernance resserrée pour suivre les avancées des projets, qui se réunit sur une base régulière tout au long de l’année.

Les discussions inclusives avec une multitude d’acteurs ont ainsi fait la preuve de leur fonctionnement. Lorsque les pouvoirs publics ne les organisent pas, des acteurs privés s’en saisissent. C’est ainsi que le Leem avait mis en œuvre un *Collectif santé 2017* dans le cadre des élections présidentielles de cette année-là, afin de conjointement interpellier les candidats sur les sujets de santé. Cette initiative avait regroupé plusieurs acteurs du secteur (fédération de l’hospitalisation privée, confédération des syndicats des médecins français, fédération des pharmaciens d’officine, collectif interassociatif sur la santé, syndicat de l’industrie du diagnostic *in vitro*, fédération nationale des étudiant.e.s en sciences infirmières, proches aidants France, etc.). De même, lors de l’examen des PLFSS les différentes fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP et la FNEHAD) portent souvent des amendements en commun, preuve du souhait de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs. Cependant, ces initiatives ne sont pas orchestrées à l’échelon national et ne s’insèrent pas dans un cadre organisationnel défini. Il s’agirait donc de **proposer un espace de réflexion à ces acteurs hors des échéances législatives, afin d’anticiper les enjeux de demain et de s’accorder sur des priorités**

communes. De manière urgente, il semble important d'assurer une plus grande transparence lors de l'élaboration de la SNS et d'assurer sa complémentarité avec les PRS qui en résultent. Ceci est d'autant plus important que les collectivités territoriales pourraient avoir un rôle clé à jouer sur la prise en charge et l'anticipation des problématiques de dépendance et de vieillissement de la population, au cœur des enjeux de santé publique actuels. La Cour des Comptes recommande ainsi dans un rapport publié en 2024²²² de définir, dans chaque projet régional de santé, un plan d'action chiffré visant à limiter le plus possible les hospitalisations évitables des personnes âgées de 75 ans et plus et préconise de confier aux Agences Régionales de Santé (ARS) la responsabilité du pilotage de la gestion des lits effectivement ouverts au niveau territorial, dont les conditions seraient intégrées aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les ARS et les hôpitaux.

Recommandation n° 5

Élaborer en toute transparence la Stratégie nationale de santé par la consultation des parties prenantes et la cohérence de sa mise en œuvre territoriale.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) En prenant exemple sur la temporalité et l'organisation des livres blancs de la loi de programmation militaire, s'assurer que **la consultation des parties prenantes ait lieu en amont de la définition de la SNS** et non une fois qu'une première version est établie.

²²² Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Synthèse, mai 2024.*

- b) Prévoir un retour sur la consultation publique de la SNS** en ajoutant en transparence les apports pris à travers une page d'information construite sur l'exemple de l'onglet « la loi en construction » adossé aux dossiers législatifs des textes examinés au Parlement²²³. Il s'agira également d'élaborer une communication d'éléments complémentaires pour les suggestions les plus populaires qui n'ont pas été suivies.
- c) Organiser une consultation des territoires tous les cinq ans** permettant la remontée des besoins des territoires spécifiques à travers les ARS et en collaboration avec la Conférence nationale de santé, les CRSA, CTA en réunissant représentants de l'ARS, des CPTS si elles sont présentes sur le territoire, des professionnels de santé, des représentants d'associations, citoyens et élus.
- d) Produire une note de synthèse suite à la consultation des territoires réalisée** par le Ministère de la Santé rendue publique en amont des débats de LFSS.
- e) Assurer la cohérence entre les échelons nationaux et territoriaux** en modifiant la temporalité des publications de la SNS et des PRS afin que les seconds émanent bien de la première.
- f) Communiquer au grand public les priorités choisies dans la SNS et leur état d'avancement** en prévoyant une interface interactive montrant l'état d'évolution des engagements pris comme cela a été pensé pour le tableau de bord de France relance²²⁴.

²²³ Site internet du Sénat, « La loi en construction : Un nouvel outil pour suivre et comprendre la fabrique de la loi », communiqué de presse, février 2020.

²²⁴ Ministère de l'Économie des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Tableau de bord.

De plus, cette concertation doit impliquer l'échelon citoyen, non à travers des référendums ou à travers de nouvelles consultations, mais au sein des instances qui les représentent. **Dans un souci de démocratie et d'acceptabilité des mesures, il est essentiel de permettre à la représentation nationale de s'impliquer davantage dans la définition des priorités de santé en sus des échéances budgétaires**²²⁵. En effet, l'implication des citoyens dans l'arbitrage et l'allocation des dépenses dans le secteur de la santé est à mettre en relation directe avec le mode de financement collectif de la santé, dont 76 % des dépenses sont couvertes par l'assurance maladie obligatoire. De fait, tout citoyen est à la fois bénéficiaire et contributeur potentiel²²⁶. Or, cette réalité coexiste avec un sentiment d'impuissance démocratique grandissant, qui nécessite d'être considéré à l'aune d'une difficile communication des enjeux de soutenabilité du système de santé, en même temps que son interdépendance avec d'autres problématiques. La note de France Stratégie sur les soutenabilités formule le problème avec acuité, en soulignant qu'il « n'existe pas d'acteur social et politique qui s'appellerait « humanité » ou « génération future » dont la volonté serait mobilisable politiquement pour protéger les intérêts du futur face aux intérêts et aux désirs du présent »²²⁷. De fait, la capacité à projeter des préférences collectives dans le futur est un exercice par nature difficile, et il l'est d'autant plus qu'il est incompatible avec la temporalité d'immédiateté qui semble prédominer dans les secteurs politiques ou médiatiques. C'est tout **l'intérêt d'un cadre stratégique pluriannuel qui intègre les enjeux de long terme et qui puisse être, sinon soumis à l'approbation des parlementaires, au moins présenté au Parlement à titre consultatif et informatif**. Cette « mise en débat » du cadre stratégique pluriannuel doit avoir lieu plusieurs fois durant la mise en œuvre de la Stratégie nationale en santé afin de donner des échéances aux pouvoirs publics pour assurer le suivi qui avait manqué lors de la SNS précédente. En effet, la DREES avait souligné

²²⁵ OMS, 2016, *op.cit.*, p.14.

²²⁶ HAS, « De nouveaux choix pour mieux soigner », *Rapport d'analyse prospective 2018*, p. 62.

²²⁷ France Stratégie, « Soutenabilités ! Orchestrer et planifier l'action publique », *rapport*, mai 2022, p. 16.

l'absence d'un suivi coordonné et spécifique de la SNS 2018-2022, tel qu'il aurait pu permettre « une vision globale et interministérielle des actions entreprises à l'aune de la SNS »²²⁸. Une voie de résolution pourrait être d'introduire un débat sur la mise en œuvre stratégique de la SNS en amont d'un débat sur le financement, toujours adossé à la discussion du PLFSS. Cette solution, qui permettrait de lier la SNS à une perspective financière plus concrète qui fait actuellement défaut à cette feuille de route nationale, est notamment plébiscitée par le HCAAM²²⁹. Les échéances ainsi proposées permettront de renforcer le pilotage de la SNS par l'exécutif ainsi que les réunions de suivi afférentes en donnant de manière annuelle des rendez-vous pour présenter des éléments de résultats, de mise à jour et de mise en œuvre de cette dernière. Enfin, redonner une visibilité à la représentation nationale et un espace de débat hors des échéances budgétaires permettrait sans doute de redynamiser les discussions sur le sujet de la santé et de la transformation de notre système de soins.

Recommandation n° 6

Donner aux élus les moyens de peser véritablement dans l'élaboration d'une politique de santé stratégique et pluriannuelle.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) Présenter la SNS au Parlement, suite à sa publication, selon les conditions de l'article 50-1 de la Constitution, qui permet au Gouvernement de faire une déclaration, suivie d'un débat et d'un éventuel vote.**
Objet réglementaire, la SNS permettra ainsi d'informer les parlementaires

²²⁸ DREES, juin 2022, *op.cit.*, p. 17.

²²⁹ HCAAM, avril 2021, *op.cit.*, p. 54.

des grandes priorités arrêtées par les pouvoirs publics afin de donner un cap clair sur une temporalité plus longue. Il s'agit d'inscrire la SNS dans un processus démocratique transparent et ainsi d'accroître la visibilité des parlementaires sur les politiques publiques de santé.

b) Réitérer la mise en place d'une déclaration sous l'égide de l'article 50-1 chaque année, en amont du PLFSS, afin de faire état de l'avancée des objectifs fixés par la SNS et d'éventuels premiers résultats.

Instituer ce rendez-vous de manière annuelle au préalable du vote budgétaire est essentiel pour rapprocher les ambitions de la SNS des débats législatifs sur le financement du système de santé, et en faire un socle de la politique de santé pendant sa durée. Il permet par ailleurs de garantir le cadre de transparence établi dès l'élaboration et de maintenir un dialogue parlementaire sur le sujet tout au long de sa mise en place, sans donner lieu à l'examen d'un texte annuel de priorités de santé.

c) Soumettre au vote du Parlement un projet de loi relatif à la santé publique sur l'exemple de la loi similaire de 2004²³⁰, afin de proposer un débat législatif sur les principaux chantiers prioritaires en lien avec la SNS. Cet horizon pluriannuel examiné par la représentation nationale permettra de fait de renforcer l'implication des parlementaires sur les sujets de santé hors des échéances budgétaires tout en permettant de renforcer les grandes priorités arrêtées dans la SNS par des objectifs précisés dans ce vecteur législatif non budgétaire. Le projet de loi initial sera ainsi inspiré de la SNS, et les objectifs seront accompagnés des indicateurs et des temporalités qui y sont précisées. Il fera en outre l'objet, avant sa présentation, d'une concertation avec les différents acteurs de l'écosystème de la santé, tel que le prévoit l'article L. 1411-1 du code de la santé publique²³¹.

²³⁰ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²³¹ Article L1411-1 du Code de la santé publique.

**b. Permettre une mise en œuvre efficace
à travers une gouvernance repensée**

En mettant en place une SNS, les pouvoirs publics avaient l'ambition de définir un cadre national qui permettrait une plus grande cohérence des politiques publiques menées. Cependant, elle « ne s'est pas imposée comme un « cadre » des plans nationaux »²³². En effet, sans nier une apparente cohérence entre ces derniers et les axes déterminés dans la SNS, il semble que de nombreuses superpositions et recoupements existent, que beaucoup des plans étaient déjà mis en œuvre avant l'élaboration de la SNS et que de nouveaux plans définis ne s'y intègrent pas formellement après sa publication. Cela affecte aussi bien leur efficacité que la lisibilité de la stratégie globale par les différents acteurs impliqués. **Ce foisonnement de plans, stratégies et feuilles de route, ayant l'intention louable de considérer un plan d'action pour un enjeu précis, est source d'illisibilité pour les acteurs, et de risques de contresens ou de perte d'efficacité pour les pouvoirs publics. À cette juxtaposition de documents stratégiques s'ajoute en outre la multiplication des acteurs en charge de leur mise en œuvre.** Ainsi, sans viser à l'exhaustivité, la cartographie des instances de santé en France, outre les directions des Ministères, représente une trentaine d'acteurs supplémentaires. Cet écosystème riche a le bénéfice de permettre une couverture exhaustive des sujets liés à la santé en France et l'investissement de ces derniers permet la mise en œuvre de ces plans. Pour autant, entre exhaustivité et efficacité, il y a un pas à franchir : celui de la simplification. Pour être vraiment efficace dans l'utilisation de deniers publics en période d'insoutenable financière, il s'agira donc de lisser les processus décisionnaires et surtout renforcer le dialogue entre parties prenantes afin d'assurer la cohérence des actions menées. **Ainsi un travail d'état des lieux réalisé par la puissance publique pourrait être bénéfique sur le fond, afin de mutualiser les actions convergentes. Il semble aussi pertinent de réaliser une analyse des différentes structures publiques ou**

²³² DREES, juin 2022, *op.cit.*, p. 17.

financées par des fonds publics en santé dont les missions peuvent être complémentaires voire similaires et s'assurer de leur utilité et de leur complémentarité.

Il s'agit donc de permettre que la SNS puisse être mise en œuvre de façon cohérente et concrète grâce à une **gouvernance repensée autour de cet enjeu majeur**. Pour ce faire, il s'agit de s'inscrire dans une approche globale pour penser la santé non en silo mais de manière transversale. **Ainsi, l'approche *Health in All Policies* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vise à promouvoir la prise en compte des enjeux de santé de façon exhaustive dans la politique menée par les pays. Cette vision transversale des sujets sanitaires est cruciale et doit non seulement être intégrée lors de la définition des politiques publiques mais aussi dans leur mise en œuvre.** La politique de santé pluriannuelle nécessite de fait une coordination interministérielle qui puisse assurer la pertinence des mesures prises par des Ministères hors Ministère de la Santé tels que Éducation nationale, Écologie, Outre-Mer, Collectivités territoriales, Travail, etc. **Il s'agit donc de considérer la politique de santé, tel que cela est fait dans le cadre de la transition écologique, comme intégrer à une multitude de politiques publiques et par suite, de mettre en place un lieu dédié à leur coordination pour en assurer l'efficacité.**

Face à ce constat, la gouvernance en santé, qui implique un nombre d'acteurs foisonnant, démontre l'intérêt de proposer une politique de santé aux multiples facettes. Cependant, cela ne doit pas se faire au détriment de la cohérence et de l'efficacité. **Il est donc nécessaire d'assurer la coordination des acteurs impliqués dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques en santé sur le long terme.** Or, comme évoqué précédemment, la DREES a plusieurs fois fait état du manque de suivi dans la durée de la SNS. Un comité interministériel pour la santé a pourtant été établi en 2014 afin de « veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé, de favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques et de veiller à ce que

la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional. (...) Il est présidé par le Premier ministre ou, par délégation de celui-ci, par le ministre chargé de la santé. Il est composé de l'ensemble des ministres et du secrétaire d'État chargé du budget. Selon les questions inscrites à l'ordre du jour, les autres membres du Gouvernement peuvent être appelés à y siéger»²³³. Il a ainsi réalisé un plan *Priorité Prévention* en 2018, premier pas vers une dynamique transversale et collaborative des enjeux de santé mais a échoué à établir un rythme de réunion régulier permettant de garantir un pilotage efficace de la SNS²³⁴.

Recommandation n° 7

Mettre en œuvre un pilotage opérationnel de la stratégie pluriannuelle en santé.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) **Constituer une cellule en charge de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la SNS au sein du Ministère de la Santé** afin de renforcer la coordination entre les acteurs (DGS, DREES, DGOS, DGCS, CNAM notamment).
- b) **Prévoir que le comité interministériel en santé se réunisse tous les semestres** et non annuellement comme cela est prévu actuellement, afin d'examiner la mise en œuvre de la SNS et prendre si besoin les mesures permettant de la modifier si cela est nécessaire. Ce comité s'assure également que les plans et programmes mis en œuvre par chaque Ministère en lien avec la SNS s'insèrent bien dans les priorités de cette dernière.

²³³ Article D. 1411-30 du Code de la santé publique.

²³⁴ DREES, juin 2022, *op.cit.*, p. 6.

c) Réaliser une veille des politiques pluriannuelles mises en œuvre (plans, feuilles de route, etc.) et des recherches existantes en s'appuyant sur les travaux du HCAAM afin de proposer une réunion prospective annuelle gérée par le Secrétariat général aux Ministères sociaux. Cette dernière visera à proposer des ajustements à la SNS en cours de déploiement ainsi que de débiter les réflexions sur les prochaines mesures à prioriser pour la SNS suivante. Cet échange permettra également de préparer le débat 50-1 au Parlement prévu en amont de l'examen du PLFSS (recommandation précédente).

2.3. FINANCER LE SYSTÈME DE SANTÉ ENTRE AGILITÉ, PRÉVISIBILITÉ ET SOUTENABILITÉ

a. Se saisir des outils pluriannuels existants afin de renforcer le système de santé durablement

Une fois la stratégie définie, les parties prenantes impliquées, les plans arrêtés et les indicateurs et objectifs choisis, il s'agit d'assurer une transparence sur le financement qui permettra la mise en œuvre de ces actions. Le financement est au cœur de la planification d'un système de santé agile sur le long terme, sans en être l'ultime vecteur. En effet, les discussions autour de la pluriannualité se concentrent souvent sur l'enjeu de budgétisation pluriannuelle quand la problématique nécessite d'abord de construire un écosystème cohérent et propice à la juste utilisation des deniers publics. Une fois ce contexte établi, il s'agit d'assurer un cadre budgétaire cohérent qui puisse permettre de mener à bien ces objectifs et donner la visibilité nécessaire aux acteurs.

Cela a été rappelé dans cette note, les LFSS organisent de manière principalement annuelle le budget de la sécurité sociale et ainsi le financement plus largement de la majeure partie de la politique de santé en France. Cette organisation annuelle ne doit pas être mise en opposition à la programmation pluriannuelle appelée par cette note. Les LFSS représentent un outil qui permet de répondre à un nécessaire besoin d'agilité. En effet, lorsque la pluriannualité est incluse de manière trop rigide dans la planification, il y a un risque de ne pouvoir ajuster la budgétisation prévue en cas de crises inattendues. En France, les LFSS ont ainsi été un outil d'investissement massif durant la pandémie et cela, à très court terme. Ce bénéfice d'ajustement annualisé ne va donc pas à l'encontre d'une programmation budgétaire sur un long terme. Il s'agit d'un outil d'ajustement annuel utile dans un cadre de programmation pluriannuelle essentiel.

Plusieurs autres outils budgétaires incluant déjà de la pluriannualité mériteraient d'être renforcés c'est le cas notamment des protocoles pluriannuels signés avec les représentants des établissements de santé²³⁵ ou encore les conventionnements signés par les professionnels de santé libéraux avec la CNAM²³⁶. **Ces derniers sont des moyens efficaces de parvenir à une plus grande prise en compte pluriannuelle mais leur manque de régularité est contre-productif. Les acteurs sont nombreux à plaider pour une plus grande visibilité afin de limiter l'incertitude financière notamment pour mener à bien des investissements conséquents.** Or, la critique qui peut être actuellement faite aux outils pluriannuels mis en œuvre est le manque de cohérence entre ces documents. Leur temporalité n'est pas alignée – les protocoles sont réalisés pour deux ans tandis que les conventions durent cinq ans par exemple –, et les brèches temporelles existantes dans le cadre des protocoles vont à l'encontre de la programmation souhaitée.

²³⁵ *Protocole d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022.*

²³⁶ *Site de l'Assurance maladie, « La procédure conventionnelle », novembre 2023.*

Recommandation n° 8

Assurer l'harmonisation des outils budgétaires pluriannuels existants.

Actions opérationnelles de mise en œuvre :

- a) Mener une réflexion sur l'homogénéisation des durées visées dans les outils pluriannuels contraignants et non-contraignants en santé sous l'égide du Ministère de la Santé ou de l'Assurance maladie** – conventions signées avec l'Assurance maladie pour les médecins libéraux²³⁷ pour une durée de cinq ans, convention signée entre l'Assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine pour cinq ans²³⁸, l'accord-cadre entre le Leem et le Comité économique des produits de santé²³⁹ pour trois ans, protocoles d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022²⁴⁰ pour deux ans, etc.
- b) Anticiper l'élaboration de ces documents pluriannuels afin d'éviter les années blanches** – comme cela a été le cas pour les protocoles d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022²⁴¹.

²³⁷ Site de l'Assurance maladie, *Ibid.*

²³⁸ Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

²³⁹ Accord cadre du 05/03/2021 entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament, 2021.

²⁴⁰ Protocole d'accord entre l'Etat et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022.

²⁴¹ *Ibid.*

c) Proposer aux acteurs non pris en compte dans les conventions pluriannuelles signées d’obtenir une visibilité sur les engagements publics à travers des protocoles sur le modèle de ce qui a été réalisé avec les établissements de santé (notamment dans le secteur des complémentaires santé).

Les lois de programmation thématiques, bien que non contraignantes, peuvent également être un outil de planification à long terme à considérer en santé. Elles permettent en effet de proposer un cadre de dépenses sur plusieurs années répondant aux enjeux de visibilité des acteurs, tant institutionnels que privés, et assurent une cohérence entre les engagements politiques et leur financement sur le long cours. **Pour autant, ces lois de programmation thématiques ayant pour le moment principalement été utilisées pour des politiques financées en loi de finances, un doute devra être levé par le Conseil d’État quant à la possibilité de réaliser ces lois de programmation dans le domaine des finances sociales.** L’engagement pris par la Ministre Aurore Bergé en 2023 à ce sujet indique cependant un souhait gouvernemental d’utiliser cet outil à des fins de planification budgétaire de politiques sociales, pour ce cas dans le domaine de l’autonomie, mais il semblerait cohérent que ce vecteur puisse être utilisé en santé.

Recommandation n° 9

Prévoir trois lois de programmation pour la prévention, l’innovation et l’investissement en santé, l’organisation des soins.

Actions opérationnelles de mise en œuvre, après avoir reçu la confirmation de la faisabilité de lois de programmation en finances sociales par le Conseil d'État suite à la saisine du Gouvernement²⁴² :

a) Élaborer une loi de programmation pour la prévention : comme cela a été démontré dans la partie I de cette note, la prévention comporte en elle-même un grand part de temps long. Il s'agit donc de donner un cadre interministériel et budgétaire à cette politique qui pourra comprendre des actions dans le périmètre notamment de l'éducation nationale, de l'industrie, de la santé, de la solidarité, de l'égalité hommes/femmes ou de l'écologie. Cette loi viserait à promouvoir une approche globale et long termiste des initiatives à mettre en œuvre pour répondre à l'enjeu central de la prévention. Elle sera élaborée et présentée grâce aux concours des Ministères impliqués dans les thématiques abordées mais le Ministère de la Santé se chargera de la coordination de ces travaux. Les investissements à court terme pour des bénéficiaires à long terme d'une politique de prévention ambitieuse nécessitent particulièrement une programmation budgétaire afférente.

b) Élaborer une loi de programmation pour l'innovation et l'investissement en santé sous l'égide de l'Agence de l'innovation en santé et en collaboration avec les autres Ministères et Secrétariats d'État impliqués (santé, industrie, recherche, numérique, comptes publics, économie, outre-mer...). Faisant suite au *horizon scanning* réalisé par l'Agence de l'innovation en santé et en prenant en considération les recommandations de la HAS et la feuille de route de la Délégation au Numérique en santé (DNS) et du *Health Data Hub*, cette loi de programmation proposera une vision budgétaire pluriannuelle permettant de faire de la France un lieu propice au développement, à l'appropriation et à l'utilisation d'outils innovants au sein du système de santé.

²⁴² Béatrice Jérôme, « Le gouvernement freine l'idée d'une loi de programmation financière sur le grand âge », *Le Monde*, 31/01/2024.

c) Élaborer une loi de programmation pour l'organisation des soins :

l'inégalité d'accès aux soins sur le territoire et les enjeux de formation de professionnels de santé qui en découlent nécessitent une organisation pluriannuelle. Pour ce faire, un texte législatif programmatique semble nécessaire pour prendre en considération les évolutions démographiques et les modalités permettant de répondre à long terme aux besoins en santé de la population sur le territoire. Cette dernière pourra notamment être élaborée en s'appuyant sur les travaux du HCAAM, de l'ONDPS et des données de la DREES et de Insee. Le Ministère de la Santé pilotera ce projet de loi en collaboration avec les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des Outre-Mer et de l'Économie et des Finances notamment.

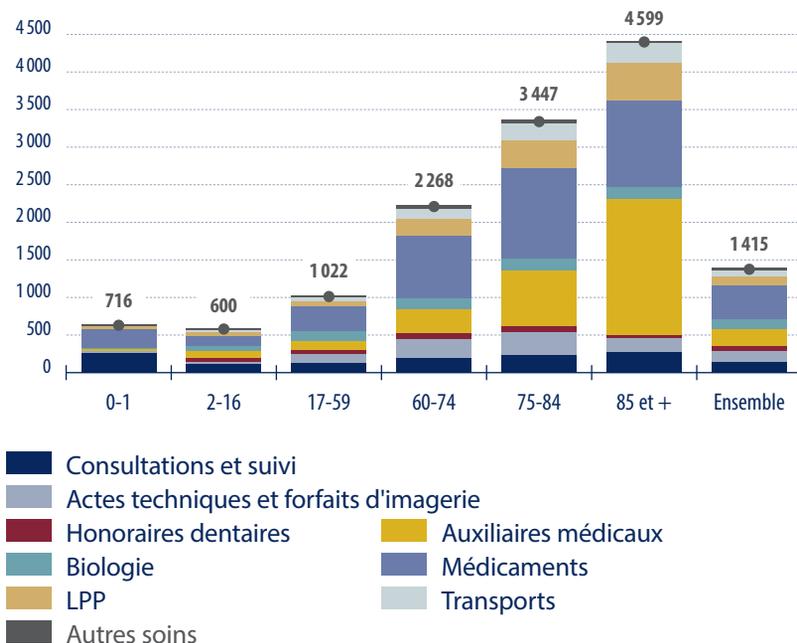
De plus, le modèle de financement de notre système social est centré autour du financement des actifs à travers les cotisations sociales prélevées. Dans une note de février 2023 le Haut Commissaire au Plan est clair, entre 2020 et 2030 la population âgée de 75 à 84 ans va augmenter de 50 % passant de 4,1 millions à 6,1 millions²⁴³. Or une population vieillissante comprend un nombre de personnes actives (financeurs) qui est en diminution relativement au nombre de personnes non actives déjà sorties du marché du travail aux besoins de santé plus importants²⁴⁴. Ainsi, pour 2022, la dépense moyenne remboursable d'un assuré de 2 à 16 ans est autour de 600€ quand celle d'un assuré de 85 ans et plus est de 4 599€. Ces derniers dépensent près de deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans.

²⁴³ Haut-Commissariat au Plan, « Quand les baby boomers auront 85 ans », rapport, février 2023.

²⁴⁴ Assurance maladie, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Maladie », 2024, p. 69.

Graphique n° 4 • Consommation moyenne remboursable de soins de ville en 2022

(en euros par an)



Source : CNAM, SNDS-DCIR.

Ce coût exponentiel à payer majoritairement par les actifs a été une des motivations de la réforme des retraites de 2022 et cela a ainsi fait l'objet de scénarios mentionnés ci-dessus, réalisés par le COR. **C'est d'ailleurs la réalisation du poids économique induit par le vieillissement de la population ainsi que des modifications organisationnelles qui lui sont attachées qui ont amené l'Australie à développer un *Intergenerational Report*. Ce document réalisé tous les cinq ans prévoit les dépenses sur quarante ans et vise à prendre en compte non**

seulement les évolutions démographiques mais aussi écologiques et technologiques. Non contraignant, le document est avant tout un outil d'aide à la décision publique et de définition des enjeux à long terme ainsi que des prévisions (économiques, financières, organisationnelles...) qui leur sont accolées²⁴⁵. Le HCFiPS note que « reporter indéfiniment la charge des dépenses de solidarité d'aujourd'hui sur les générations futures » serait contraire au principe d'équité. Il considère donc que le retour à un équilibre durable des comptes de la sécurité sociale doit être une priorité de l'action publique, afin de « transmettre ce système en état de marche aux nouvelles générations. »²⁴⁶ Dans ce contexte, une prise en compte accrue de l'impact financier entre générations est nécessaire. L'exemple australien est intéressant à examiner dans ce cadre et sans aller jusqu'à réaliser un plan dédié à l'intergénérationnel, il pourrait être pertinent de considérer davantage l'impact de politiques publiques sur les générations futures. Il serait particulièrement pertinent d'intégrer en annexe aux PLFSS une analyse de cet impact intergénérationnel des politiques publiques menées et de leur coût à long terme.

Enfin, les problématiques de soutenabilité des comptes sociaux précisées précédemment doivent de fait obliger à une plus grande coordination des acteurs du budget. Cette concertation des parties prenantes serait ainsi susceptible de résonner jusqu'à la définition des lois de financement de la sécurité sociale, cheffes d'orchestres budgétaires de cette stratégie, dont la construction demeure toutefois relativement opaque. En effet, les réunions préparatoires au lancement de la procédure budgétaire dans le champ des finances sociales ne font l'objet d'aucune circulaire, à l'inverse des PLF. En 2023, par exemple, la circulaire de lancement de la procédure budgétaire pour 2024²⁴⁷

²⁴⁵ *Treasurer of the Commonwealth of Australia, "2021 Intergenerational Report Australia over the next 40 years", 2021.*

²⁴⁶ *HCFiPS, « Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis », synthèse, janvier 2022, p. 3.*

²⁴⁷ *Cour des comptes, « La préparation et le suivi du budget de l'État : redonner une place centrale à la maîtrise des dépenses », Observations définitives, décembre 2023, p. 36.*

assignait deux objectifs précis aux réunions préparatoires du PLF, indiquant qu'elles avaient vocation à réaliser « une première prévision d'exécution pour 2023 éclairée par l'exécution 2022 » et les reports entrants d'une part et « la détermination de l'évolution tendancielle des dépenses à moyen terme d'autre part », tout en conservant un œil averti sur les besoins nouveaux à l'avenir. Il semble que **ces réunions de cadrage pourraient être utiles ou, en tous cas, que l'existence de circulaires précises et cohérentes avec les débats menés préalablement le seraient, afin de mieux définir la procédure budgétaire concernant les LFSS et les objectifs des réunions destinées à les préparer.** Ces mesures permettraient de renforcer la cohérence entre le PLF et le PLFSS et de renforcer la prise en compte des modélisations de la DG Trésor, DSS et DLF dans les prises de décisions ainsi que la transparence lors de ces processus décisionnaires. Le HCFiPS enjoignait également dans son rapport le pouvoir en place à déterminer « une stratégie de retour à l'équilibre sur un horizon de moyen terme qu'il semble raisonnable de fixer à 10 ans au regard notamment des expériences passées »²⁴⁸.

Cette vision pluriannuelle doit ainsi concourir à un retour à l'équilibre des comptes sociaux. Certains ministères ont mis en place des comités de coordination financiers dans le cadre de la vérification de la planification pluriannuelle dans l'utilisation des crédits. Ainsi « un comité financier interministériel présidé par le Responsable de la fonction financière ministérielle (RFFIM) (...) a été mis en place au sein du ministère de l'Intérieur »²⁴⁹. Il pourrait être pertinent de réfléchir à la création d'une telle structure au sein des Ministères sociaux.

Finalement, comme évoqué précédemment²⁵⁰, la prise en compte des enjeux de soutenabilité financière à long terme doit être mise en relation avec la soutenabilité écologique et énergétique. En ce sens, la

²⁴⁸ HCFiPS, janvier 2022, *op.cit.*, p. 8.

²⁴⁹ *Cour des comptes, décembre 2023, op.cit.*, p. 74.

²⁵⁰ *Partie 1.3.*

pluriannualité concourt à un objectif de sobriété accrue du système de santé, dans la perspective d'une trajectoire pérenne du système de santé, qui soit compatible avec les problématiques rencontrées demain.

**b. Réaffirmer les modalités de financement
de la sécurité sociale à long terme**

Suite à la mise en œuvre des différentes recommandations présentes dans cette note, il pourrait être intéressant de réfléchir à la pertinence d'une réforme constitutionnelle visant à proposer un Ondam pluriannuel. Souvent proposée comme solution pour inclure une pluriannualité dans le pilotage budgétaire des finances de santé, une telle réforme nécessite d'être pensée et évaluée sur un temps plus long et ne peut donc pas faire l'objet d'une recommandation principale dans cette note, son fonctionnement demeurant complexe. Pour autant, une réflexion peut être menée sur l'intérêt d'introduire une pluriannualité plus contraignante au sein des LFSS.

De même, des réflexions émergent sur l'absence de fongibilité des enveloppes de l'Ondam²⁵¹. **Un travail sur les manières de réformer l'Ondam et de permettre une plus grande agilité sur ses enveloppes pourrait être source d'amélioration du pilotage des finances sociales à long terme.**

Enfin, à plus long terme, un travail doit être réalisé sur la complémentarité entre LF et LFSS, notamment concernant la mission santé du PLF et le programme prévention qui s'y intègre. En effet, le budget de la mission Santé réunit les dépenses de santé ne figurant pas dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Elle comprend trois programmes : le programme 183 Protection maladie qui finance l'aide médicale de

²⁵¹ Task Force « Réforme du Financement du système de santé » pour Ma Santé 2022, « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné », 2019, p. 37.

l'État (AME), le programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins et le programme temporaire 379 (créé pour le PLF 2023) qui assure la compensation à la Sécurité sociale des dons de vaccins à des pays tiers et contient le versement de l'Union européenne dans le cadre de la *Facilité pour la reprise et la résilience (FRR)* pour soutenir l'investissement dans le secteur hospitalier. La politique de prévention est complétée par des dépenses figurant dans vingt-trois autres programmes budgétaires, selon le rapport réalisé à l'Assemblée nationale en amont des débats pour 2023²⁵². Le programme prévention comprend principalement la subvention à l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna, les actions juridiques contentieuses (incluant la subvention de l'État à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des infections iatrogènes), une subvention à l'Institut national du cancer et une subvention à l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Il pourrait donc être pertinent d'évaluer la complémentarité sur les sujets santé des lois de finances et lois de financement de la sécurité sociale.

Recommandation n° 10

Confier à l'IGAS une mission d'évaluation des modalités de financement de la sécurité sociale et analyser les pistes de réforme envisagées.

Action opérationnelle de mise en œuvre :

- **Saisir l'IGAS afin de réaliser une mission d'évaluation de la pertinence d'une refonte du financement de la sécurité sociale** en analysant les différentes voies de réforme envisageables : réforme

²⁵² Jean-René Cazeneuve, *Rapport n° 292 au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2023, annexe 41, octobre 2022.*

constitutionnelle pour établir un Ondam pluriannuel, fongibilité des enveloppes de l'Ondam, modification du contenu des LFSS pour y intégrer les actions actuellement financées par la mission *Santé* des LF ou l'intégration dans la mission Santé des actions de prévention au sein du programme 204 dédié notamment.

La pluriannualité est un terme connu de tous les acteurs du système de soins. Il cristallise parfois des positions divergentes et souvent risque d'être source de frustrations. Derrière ce terme générique se cachent pourtant plusieurs réalités : Ondam pluriannuel, feuille de route contraignante, réforme constitutionnelle ou *statu quo*... **Si la perspective pluriannuelle évolue d'un bouleversement systémique centré souvent sur l'aspect budgétaire vers une programmation en santé renforcée, la marche à suivre apparaît plus aisée. Stratégisation, mise en œuvre et financement sont ainsi les trois étapes centrales pour transformer le système de santé à moyen terme. Cela nécessite un engagement politique fort et une structure solide.** Ce socle doit être ancré dans une réalité de terrain et solidifié par une anticipation des besoins et des innovations à envisager, c'est tout l'intérêt de renforcer les outils d'évaluation, de remontée d'informations et de perspectives existants en France. Suite à l'agrégation de ces données qualitatives et quantitatives, l'heure des choix arrive et c'est la mission de l'arbitrage politique de priorités en santé. Ces objectifs de santé publique doivent être quantifiables et atteignables dans une temporalité prédéfinie sous peine de rester lettre morte dans leur déploiement. Une fois cette stratégie arrêtée, il est essentiel d'en assurer la portée à travers une gouvernance permettant la participation de toutes les parties prenantes (exécutif, société civile, législatif), la mise en commun des savoirs et la transparence dans les arbitrages réalisés. Arrive enfin l'ultime étape, le financement de ces politiques publiques au service d'une utilisation efficiente des deniers publics grâce à des enveloppes dédiées et un cadre budgétaire précisé.

Le diagnostic est clair : le système de santé français fait face à de nombreux défis qui alimentent une perte de confiance des Français dans ce dernier et questionnent sa pérennité. Fierté nationale à défendre, notre organisation des soins doit nécessairement devenir plus agile, tout en offrant visibilité et anticipation pour l'avenir. Ce chantier appelle une réponse de long terme à des problèmes trop souvent dictés en réaction aux chocs. Arrêter de penser seulement à court terme permettra non seulement d'inscrire la France dans une logique de construction d'un système de soins robuste dans un monde en changement, mais également de rendre plus transparente la mise en œuvre de ce dernier. Si la gestion comptable des finances publiques doit rester une priorité, il semble crucial d'offrir une programmation qui permettrait aux acteurs de mieux orienter leurs investissements en fonction des besoins de santé et des objectifs de l'État pour améliorer durablement la qualité des soins en France.

1 Définir des priorités précises ancrées dans la réalité : une ambition nécessaire pour une stratégie concrète

- **Recommandation n° 1**

Construire un tableau de bord des besoins de santé au niveau régional et national piloté par le Ministère de la Santé afin d'élaborer des politiques publiques fondées sur les réalités de terrain.

- **Recommandation n° 2**

Créer autour du HCAAM, avec le soutien de France Stratégie, du HCSP et de la DREES, un acteur stratégique de la réflexion étatique en santé.

- **Recommandation n° 3**

Confier à l'IRDES l'évaluation économique de politiques publiques en santé à même d'anticiper les changements et la soutenabilité du modèle de santé français.

- **Recommandation n° 4**

Réformer la Stratégie nationale de santé pour en faire un outil de programmation et de pilotage pluriannuel affirmé.

2 Mettre en œuvre la politique de santé de long terme de façon cohérente et efficace

- **Recommandation n° 5**

Élaborer en toute transparence la Stratégie nationale de santé par la consultation des parties prenantes et la cohérence de sa mise en œuvre territoriale.

- **Recommandation n° 6**

Donner aux élus les moyens de peser véritablement dans l'élaboration d'une politique de santé stratégique et pluriannuelle.

- **Recommandation n° 7**

Mettre en œuvre un pilotage opérationnel de la Stratégie nationale de santé.

3 Financer le système de santé entre agilité, prévisibilité et soutenabilité

- **Recommandation n° 8**

Assurer l'harmonisation des outils budgétaires pluriannuels existants.

- **Recommandation n° 9**

Prévoir trois lois de programmation pour la prévention, l'innovation et l'investissement en santé, l'organisation des soins.

- **Recommandation n° 10**

Confier à l'IGAS une mission d'évaluation des modalités de financement de la sécurité sociale et analyser les pistes de réforme envisagées.

Liste des acronymes et des abréviations

- **AIS** : agence de l'innovation en santé
- **ANSES** : agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- **ARS** : agence régionale de santé
- **CADES** : caisse d'amortissement de la dette sociale
- **CAE** : conseil d'analyse économique
- **CNAM** : caisse nationale de l'assurance maladie
- **CNOM** : conseil national de l'ordre des médecins
- **CNR** : conseil national de la refondation
- **COR** : conseil d'orientation des retraites
- **CPTS** : communauté professionnelle territoriale de santé
- **CRSA** : conférences régionales de la santé et de l'autonomie
- **CTS** : conseils territoriaux de santé
- **CSIS** : conseil stratégique des industries de santé
- **CSF** : comités stratégiques de filières
- **DGCS** : direction générale de la cohésion sociale
- **DGOS** : direction générale de l'offre de soins
- **DGS** : direction générale de la santé
- **DLF** : direction de la législation fiscale
- **DREES** : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DSS** : direction de la sécurité sociale
- **EHESP** : École des hautes études en santé publique
- **FEHAP** : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- **FHF** : fédération hospitalière de France
- **FHP** : fédération de l'hospitalisation privée
- **FNEHAD** : fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- **HAS** : haute autorité de santé
- **HCAAM** : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- **HCSP** : haut conseil pour la santé publique

- **HCFiPS** : haut conseil pour le financement de la protection sociale
- **IGAS** : inspection générale des affaires sociales
- **INPES** : institut national pour la prévention et l'éducation en santé
- **Insee** : institut nationale de la statistique et des études économiques
- **IRDES** : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- **Leem** : les entreprises du médicament
- **LF** : loi de finances
- **LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale
- **LOLFSS** : Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale
- **LPM** : loi de programmation militaire
- **LPFP** : loi de programmation des finances publiques
- **LTECV** : loi de transition énergétique sur la croissance verte
- **OCDE** : organisation de coopération et de développement économiques
- **OFCE** : observatoire français des conjonctures économiques
- **OMS** : organisation mondiale de la santé
- **Ondam** : objectif national de dépenses d'assurance maladie
- **ONDPS** : observatoire national de la démographie des professions de santé
- **PLFSS** : projet de loi de financement de la sécurité sociale
- **PPE** : programmation pluriannuelle de l'énergie
- **PRS** : plan régional de santé
- **RFFIM** : responsable de la fonction financière ministérielle
- **SGMCAS** : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- **SGPE** : secrétariat général à la planification écologique
- **SNS** : stratégie nationale de santé
- **TSCG** : traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance

Articles de presse

- **Allenbach-Ammann János**, « Règles budgétaires européennes : la France serait contrainte de faire 30 milliards d'euros d'économies par an », *Euractiv*, 21 septembre 2023.
- **Bembaron Elsa et Crouzel Cécile**, « Roland Lescure : Nous construisons les infrastructures énergétiques des cinquante prochaines années ». *Le Figaro*, 10 avril 2024.
- **Bernier Martin**, « La fuite des cerveaux n'est pas récente : pourquoi les prix Nobel français n'enseignent plus en France », *FigaroVox*, 4 octobre 2023.
- **Binet Manuella**, « Pourquoi la fin du numerus clausus ne permet pas d'en finir avec la pénurie de médecins ? », *Les Echos*, 29 février 2024.
- **Béatrice Jérôme**, « Le gouvernement freine l'idée d'une loi de programmation financière sur le grand âge », *Le Monde*, 31 janvier 2024.
- Ifop-Fiducial pour Sud Radio, « L'état d'esprit des Français à la rentrée : optimisme et enjeux prioritaires », *Balise d'opinion* # 233, août 2023.
- **Janin Arnaud**, « Le Sénat supprime l'Ondam pour cause de « sincérité douteuse » », *Le Quotidien du Médecin*, 17 novembre 2022.
- Public Sénat. « Réforme constitutionnelle (2/2) : tu veux ou tu veux pas ? ». Août 2020.
- **Poullennec Solenn**, « Le Sénat alerte sur l'envolée de la dette sociale ». *Les Echos*, 9 novembre 2023.
- Radio France, « Santé et innovation : Emmanuel Macron annonce un plan à 7 Mds€ pour que la France rattrape son retard », *Radio France*, 30 juin 2021.
- Tribune, « Le Parlement doit être en première ligne pour définir la politique énergétique », *Le Monde*, 27 juin 2018.

Sources institutionnelles

- Agence de l'Innovation en santé, *Feuille de route 2023-2025*, novembre 2023.
- ARS Île-de-France, *La démocratie en santé*, 2022.
- Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- Assurance maladie, *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Maladie*, 2023, p. 67.
- Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance maladie pour 2024, Rapport charges et produits pour 2023*, juillet 2023.
- Australian Government, Department of Health, *Australia's long term national health plan*, 2019.
- **Berta Philippe**, Rapport pour avis au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation pour la mission Recherche et enseignement supérieur sur le *projet de loi de finances pour 2024*, 2023.
- **Cazeneuve Jean-René**, Rapport au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le *projet de loi de finances pour 2023*, octobre 2022.
- Code de la santé publique, article D. 1411-30.
- Code de la santé publique, article L. 411-1-1.
- Code de la santé publique, article L. 1434-1.
- Code de la santé publique, article L. 4161-1.
- Code de la santé publique, article R. 1411-2.
- Code de la sécurité sociale, article L. 162-21-3.
- **Cohen Laurence**, Rapport de la Commission d'enquête sur la *pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française*, Sénat, juillet 2023.
- Conseil constitutionnel, Décision n° 2012-653 DC du 9 août 2012, *Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire*, 2012.

- Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur à jour de la révision constitutionnelle du 8 mars 2024.
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), *Les dépenses de santé en 2022 – La consommation de soins et biens médicaux*, septembre 2023.
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé*, septembre 2023.
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), *Évaluation de la Stratégie nationale de santé 2018-2022*, rapport d'évaluation, juin 2022.
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres*, Études et résultats, n° 1 200, juillet 2021.
- **Deroche Catherine et Savary René-Paul**, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, Commission des affaires sociales du Sénat, *Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam*, Rapport d'information n° 40, octobre 2019.
- **Deroche Catherine**, Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France du Sénat, *Rapport*, mars 2022.
- Federal Ministry of Health, *The Digitalisation Strategy for Health and Care – Tangible Benefits and Opportunities*, 2023.
- France 2030, *Base nationale des essais cliniques : rapport de consultation des acteurs de l'écosystème de la recherche clinique*, janvier 2023.
- France 2030, *Deux ans de la stratégie « santé numérique » : faire de la France un leader en santé numérique*, dossier de presse, janvier 2024.
- France 2030, *Innovation Santé 2030*, dossier de presse, mai 2023.
- France Stratégie, *Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France*, document de travail, juin 2017.
- France Stratégie, *Soutenabilités ! Orchestrer et planifier l'action publique*, rapport, mai 2022.

- Gouvernement, *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024*, septembre 2023.
- Gouvernement, *Annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024*, septembre 2023.
- Gouvernement, *Signature du nouveau contrat stratégique de filière « Industries et technologies de santé »*, novembre 2023.
- Gouvernement, *Stratégie d'accélération biothérapie et bioproduction des thérapies innovantes*, dossier de presse, janvier 2022.
- Government of the Netherlands, *The National Prevention Agreement*, juin 2019.
- **Grelier Jean-Carles**, *Proposition de loi n° 1 836 de programmation en santé*, novembre 2023.
- Groupe Union Centriste, *Amendement n° 38 déposé pour l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 en première lecture*, Sénat, novembre 2023.
- **Gruny Pascale, Harribeu Laurence**, *Pour une Europe du médicament au service des patients*, Rapport de la mission d'information du Sénat, octobre 2022.
- Haut-Commissariat au Plan, *Quand les baby boomers auront 85 ans*, rapport, février 2023.
- Health New Zealand Te Whatu Ora, *Health Workforce Plan 2023/2024*, juillet 2023.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), *Comptes nationaux des administrations publiques – premiers résultats – année 2023*, mars 2024.
- International Agency for Research on Cancer, "Cancer screening in the European Union, Report on the implementation of the Council recommendation on cancer screening", mai 2017.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), *Pauvreté en conditions de vie de 2004 à 2019*, 2021.
- Institut national du cancer, *L'Institut national du cancer rappelle les conseils de prévention face aux principaux facteurs de risque évitables de cancers*, communiqué de presse, juillet 2020.

- **Lapinte Aude**, « La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions », *DREES Méthodes*, n° 10, août 2023.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, 2020.
- Ministère de l'Économie des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, *Tableau de bord*, 2024.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma santé 2022, un engagement collectif – Dossier de presse*, septembre 2018.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Séjour de la Santé, Les Conclusions Dossier de presse*, juillet 2020.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Protocole d'accord entre l'État et les Fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Séjour de la santé – Un an de transformations pour le système de santé, Dossier de presse – juillet 2021*.
- Ministère de la Santé et de la Prévention, *Fiche de présentation : La conférence nationale de santé*, septembre 2022.
- National Health Service, *Long Term Plan*, 2019.
- National Health Services, *NHS Long Term Workforce Plan*, 2023.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), *Strategic Foresight for better policies*, octobre 2019.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et Santé publique France, « Première évaluation économique de mois sans tabac : un dispositif jugé efficace et qui génère des économies de santé », communiqué de presse, juin 2023.
- Organisation mondiale pour la santé (OMS), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, Chapter 4, "Priority-setting for national health policies, strategies and plans", 2016, p. 4.

- Organisation Mondiale de la Santé *Declaration on health and care workforce*. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23 March 2023, Bucharest, Romania.
- **Paoli-Gagin Vanina**, *Transformer l'essai de l'innovation : un impératif pour réindustrialiser la France*, Rapport d'information de la mission excellence de la recherche/innovation du Sénat, juin 2022.
- **Rojouan Bruno**, *Renforcer l'accès territorial aux soins*, rapport d'information de la mission sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, mars 2022.
- Task Force, « Réforme du Financement du système de santé » pour Ma Santé 2022, *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*, janvier 2019.
- Treasurer of the Commonwealth of Australia, *2021 Intergenerational Report Australia over the next 40 years*, juin 2021.
- Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire, mars 2012.

Rapports et notes

- Astères et les acteurs de la French Care, *La prévention en France : vers des macro-économies pour le système de santé*, janvier 2024.
- **Audier Agnès, Biot Claire, Collet Frédéric, Epis de Fleurian Anne-Aurélie, Leo Magali, Lignot-Leloup Mathilde**, *Pour un "New Deal" garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé*, Mission régulation des produits de santé confiée par la Première Ministre, août 2023.
- **Boriaud Charles et Ramilijaona Thomas**, « Quel avenir pour les lois de financement de la Sécurité sociale ? », Regards, vol. 59, n° 1, 2021.
- Bristol Myers Squibb – IQVIA, *Feuille de route pour la mise en œuvre d'une loi de programmation pluriannuelle de financement de la Sécurité Sociale*, mars 2023.

- **Bras Pierre-Louis**, « Politique de Santé : Plan anglais et Stratégie française », *Les Tribunes de la santé*, vol. 60, n° 2, 2019, pp. 13-20.
- **Cameron Genevieve, Diwon Jennifer, Alwerick Hugh**, *How can policymakers plan better for the long term?*, The Health Foundation, février 2021.
- Carrere MO, ADSP n° 69, 2009 cité dans HCSP, *Contribution du Haut conseil de santé publique pour la Stratégie nationale de santé 2023-2033*, avril 2023.
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), *Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes : horizon scanning et modèle de quantification*, avril 2019.
- Conseil d'analyse économique, *Le cycle de vie de l'innovation pharmaceutique : le retard français*, Focus, n° 053-2021, janvier 2021.
- Cour des comptes, « Chapitre II », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2023.
- Cour des comptes, « Chapitre VIII », *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie*, Sécurité sociale 2023, mai 2023.
- Cour des comptes, *Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense*, juillet 2023.
- Cour des comptes, *La préparation et le suivi du budget de l'Etat : redonner une place centrale à la maîtrise des dépenses*, décembre 2023.
- Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Synthèse, mai 2024.
- Cour des comptes, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, rapport public thématique, mai 2024.
- **David Christophe**, « Histoire des Lois de programmation militaire (LPM) », *Au(x) défi(s) de la puissance ; Regards du CHEM – 72^e session*. Revue Défense Nationale 2023/HS13 (n° Hors-série).
- Enquête Elabe pour le Conseil national de l'ordre des médecins, *Soigner demain*, « La parole aux médecins », novembre 2021.
- **Espagnacq M.** (Irdes), **Guillaume S.** (Irdes), **Leray E.** (EHESP, Inserm U1309 RSMS), en collaboration avec **Duguet E.**, (Université Paris-Est Créteil), **Pichetti S.** (Irdes), **Regaert C.** (Irdes), « Conséquences

- financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades », *Questions d'économie de la santé* , n° 289 – mai 2024.
- Fédération hospitalière de France, *Enquête avril-mai 2022, situation ressources humaines*, mai 2022.
 - Haute Autorité de Santé, « De nouveaux choix pour mieux soigner », *Rapport d'analyse prospective*, juillet 2018.
 - Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), *Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis*, janvier 2022.
 - Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), *État des lieux du financement de la protection sociale*, Synthèse, janvier 2024.
 - Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), *Note sur le financement de la protection sociale en 2023*, janvier 2024.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Structure de l'Ondam et modalités de régulation*, février 2016.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé*, avril 2021.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé*, mai 2021.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système de santé*, actes des séminaires du HCAAM 2019-2020, janvier 2021.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Quatre scénarios polaires d'évaluation et de l'articulation entre la sécurité sociale et l'Assurance maladie complémentaire*, janvier 2022.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé*, Synthèse, novembre 2023.
 - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tout le territoire*, février 2024.
 - Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), *Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions*, mars 2010.

- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), *Loi de programmation en santé publique*, Contribution du HCSP, 2002.
- Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), *La soutenabilité environnementale des systèmes de santé*, French Summary, avril 2023.
- **Joppi Roberta, Demattè Luca, Menti Anna Michela, Pase Daniela, Poggiani Chiara**, et al., “The Italian Horizon Scanning Project”. *European Journal of Clinical Pharmacology*, pp. 775-781, 2009.
- **Lajarge Éric**, et al. « Évolution de la définition de la santé publique », *Santé publique en 13 notions*, 2017.
- Les entreprises du médicaments (Leem), *Tableau de bord de l'emploi*, édition 2022, octobre 2023.
- **Marchand-Arvier Jérôme, P^r Allassonnière Stéphanie, Hoang Aymeril, D^r Jannot Sophie**, *Fédérer les acteurs de l'écosystème pour libérer l'utilisation secondaire des données de santé*, décembre 2023.
- **Marsaudon A.** (Irdes), **Dourgnon P.** (Irdes), **Rochaix L.** (Paris 1, Hospinomics – APHP et PSE) et **Galizzi M.M.** (LSE), « Changer les comportements de santé : les perspectives de l'économie comportementale », *Questions d'économie de la santé n° 287* – mars 2024.
- **Millet Laure, Le Pen Claude et Jan Pierre-François**, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, Institut Montaigne, septembre 2019.
- **Millet Laure, Jan Pierre-François**, *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, Institut Montaigne, mars 2021.
- **Millet Laure**, *Santé : La France, terre d'innovation ?*, Institut Montaigne, juin 2021.
- **Millet Laure et Ros Emma**, *Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel*, Institut Montaigne, février 2023.
- **Millet Laure**, « La prévention en santé, les nouveaux impératifs », Institut Montaigne, septembre 2023.
- **Queneau Patrice et Ourabah Rissane**, « Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes », *Rapport 23-11*, Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine, 207(7), 860-871, août 2023.

- **Ros Emma**, *Données de santé : libérer leur potentiel*, Institut Montaigne, février 2024.

Sites internet

- Assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 », novembre 2022.
- Assurance maladie, « La procédure conventionnelle », novembre 2023.
- Base de données du réseau Sentinelles, sentiweb.fr.
- Cour des comptes, « Sécurité sociale 2023 », mai 2023.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Suivi et évaluation de la Stratégie nationale de santé », s.d.
- Eurostat, « La dette publique en baisse à 89,9% du PIB dans la zone euro », janvier 2024.
- Gouvernement canadien, « Adaptation Santé », juin 2023.
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), « Présentation de l'IRDES », sd.
- Les entreprises du médicaments (Leem), « La santé vue par les Français », avril 2019.
- Les entreprises du médicaments (Leem), « Production pharmaceutique : l'excellence française, mythe ou réalité ? », mars 2022.
- Les entreprises du médicaments (Leem), « Accès au marché », janvier 2023.
- Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, « Les lois de programmation des finances publiques : un cadre pluriannuel pour les finances publiques », décembre 2023.
- Ministère de la Santé et de la Prévention, « Le programme PHARE », septembre 2022.

- Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, « Programmations pluriannuelles de l'énergie (PPE) », octobre 2023.
- Santé publique France, « Alcool et « bonne santé », une association paradoxale dénoncée dans la nouvelle campagne de Santé publique France », janvier 2023.
- Score Santé, « Liste des indicateurs – niveau territorial », s.d.
- Sécurité sociale, « Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », sd.
- Sécurité sociale, « Comprendre la Loi de Financement de la Sécurité sociale », sd.
- Sénat, « Les règles budgétaires en matière européenne », s.d.
- Sénat, « La loi en construction : Un nouvel outil pour suivre et comprendre la fabrique de la loi », communiqué de presse, février 2020.
- Vie publique, « Lois organique et ordinaire du 14 mars 2022 relatives aux lois de financement de la Sécurité sociale », mars 2022.
- Vie publique, « Pacte de stabilité : accord européen sur la réforme des règles budgétaires », décembre 2023.

L'auteur de cette note tient à remercier les membres des ateliers de travail, les relectrices ainsi que toutes les personnes auditionnées ou consultées durant l'élaboration de cette note pour leur aide précieuse. Une pensée particulière est portée à l'ensemble de l'équipe de l'Institut Montaigne ayant permis sa réalisation, notamment l'équipe de direction ainsi que **Polly Lefèvre, Hortense Migniac, Emma Ros et Lou Vincent**. Ce travail est le fruit des échanges menés avec l'ensemble des personnes mentionnées ci-dessous que l'auteur remercie tout particulièrement pour leur expertise et leur disponibilité :

- **Lise Alter**, directrice générale, Agence de l'innovation en santé
- **Agnès Audier**, présidente de l'Impact Tank, Ambassadeur France 2030 Santé et personnalité qualifiée de la mission gouvernementale sur la régulation des produits de santé
- **Marie-Anne Ballotaud**, directrice de cabinet de la présidente, France Assureurs
- **Sophie Beaupère**, déléguée générale, Unicancer
- **Daniel Benamouzig**, directeur de recherche CNRS et Titulaire de la Chaire Santé, Sciences Po Paris
- **Jeanne Bertrand**, directrice de cabinet, Unicancer
- **Agnès Bocognano**, secrétaire générale, Observatoire national de la démographie des professions de santé
- **Sandrine Boucher**, directrice stratégie médicale et performance, Unicancer
- **Pierre-Louis Bras**, ancien président du Conseil d'orientation des retraites
- **Constance Brunel Galtier**, spécialiste affaires publiques et Gouvernementales, Roche Diagnostics
- **Marguerite Cazeneuve**, directrice déléguée, Caisse nationale de l'assurance maladie
- **Delphine Champetier**, directrice adjointe, Direction de la Sécurité sociale

- **Cécile Chevance**, responsable pôle offres, Fédération hospitalière de France
- **Hervé de Trogoff**, directeur des affaires publiques et de la réglementation, Clariane
- **Caroline Debesse-Morel**, responsable affaires publiques France, Groupe Servier
- **Guillaume Dedet**, *Senior health economist*, OCDE
- **Stéphanie du Boucher**, *Senior Manager*, Public Affairs, Roche France
- **Camille Duquesne**, responsable des affaires publiques, AstraZeneca France
- **Patricia Delaux**, directrice technique, Notoriété, Innovation et Transformation – AXA Santé et Collectives , Axa France
- **Charles-Édouard Ecurat**, directeur pôles accélération et accompagnement, Agence de l'innovation en santé
- **Vincent Figureau**, responsable des partenariats et du mécénat, Mutualité Française
- **Nathalie Fourcade**, secrétaire générale, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- **Nicolas Fourrier**, conseiller-maître à la sixième chambre, Cour des comptes
- **Laurent Gainza**, directeur des affaires publiques, Les entreprises du médicament (Leem)
- **Catherine Grenier**, directrice des assurés, Caisse nationale d'assurance maladie
- **François de la Guéronnière**, président de section à la sixième chambre, Cour des comptes
- **Véronique Hamayon**, présidente de la sixième chambre, Cour des comptes
- **Delphine Hertz**, directrice adjointe à la santé, Mutualité Française
- **Pauline Hodille**, conseillère référendaire, Cour des comptes
- **Laure-Marie Issanchou**, directrice santé, Mutualité Française
- **Cécile Lambert**, conseillère organisation et financement des soins, grand âge, Cabinet du Premier ministre
- **Martin Le Roux-Cauche**, directeur affaires publiques santé, Air Liquide

- **Aude Lecat**, responsable juridique, Fédération de l'hospitalisation privée
- **Claire Lhériveau-Calmé**, responsable des affaires publiques, Incyte Biosciences
- **Dominique Libault**, président, Haut Conseil pour le financement de la protection sociale
- **Thomas London**, directeur associé, McKinsey & Company
- **Florence Lustman**, présidente, France Assureurs
- **Cécile Malguid**, directrice adjointe des assurances de personnes en charge du marché santé et prévoyance, France Assureurs
- **Sébastien Massart**, directeur de la stratégie, Dassault Systèmes
- **Philippe Maugendre**, directeur des Politiques Publiques, Sanofi France
- **Marion Menut**, responsable des affaires gouvernementales et institutionnelles, Abbvie France
- **Laure Millet**, experte associée à l'Institut Montaigne
- **Juliette Moisset**, directrice de l'Accès et des Affaires économiques Les entreprises du médicament (Leem)
- **Philippe Mouiller**, président de la Commission des affaires sociales, sénateur des Deux Sèvres
- **Béatrice Noëllec**, responsable des affaires institutionnelles, Fédération de l'hospitalisation privée
- **Nicolas Pécourt**, directeur de la communication Groupe, Clariane
- **Olivier Perche**, manager des affaires publiques, Roche Diagnostics
- **Thomas Rapp**, titulaire de la Chaire AgingUP! et professeur d'économie à l'Université Paris Cité, co-directeur de l'axe Politiques de santé du LIEPP, Sciences Po
- **Denis Raynaud**, directeur Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)
- **Anis Rezigue**, PharmD – *Market Access Associate Director*, Bristol Myers Squibb
- **Stéphanie Rist**, députée de la première circonscription du Loiret, rapporteure générale du budget de la sécurité sociale 2022-2024
- **Vincent Roques**, directeur de cabinet, Fédération hospitalière de France

- **Matthieu Sinton**, associé, responsable de la filière Santé, Social & Solidarités, Eurogroup Consulting
- **Caroline Selva**, directrice de la vie et des relations institutionnelles, OCIRP
- **Bertrand Sommier**, secrétaire général, Fédération de l'hospitalisation privée
- **Laetitia Steffen**, directrice des affaires gouvernementales, Bristol Myers Squibb
- **Isabelle Tongio**, senior directrice des Affaires Publiques et Gouvernementales – bioMérieux – France et Europe
- **Emmanuel Touzé**, président, Observatoire national de la démographie des professions de santé

Les opinions exprimées dans cette note n'engagent ni les personnes précédemment citées ni les institutions qu'elles représentent



Institut Montaigne
59 rue La Boétie, 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
institutmontaigne.org

Imprimé en France
Dépôt légal : septembre 2024
ISSN : 1771-6756

ABB France	D'Angelin & Co.Ltd	KPMG S.A.	Ricol Lasteyrie
AbbVie	Dassault Systèmes	Kyndryl	Rivolier
Accenture	Deloitte	La Banque Postale	Roche
Accuracy	De Pardieu Brocas	La Compagnie	Roche Diagnostics
Actual Group	Maffei	Fruitière	Rokos Capital
Adeo	Edenred	Lenovo ISG	Management
ADIT	EDF	Linedata Services	Rothschild & Co
Air Liquide	EDHEC Business	Lloyds Europe	RTE
Airbus	School	L'Oréal	Safran
Allianz	Ekimetrics France	LVMH - Moët-	Sanofi
Amazon	Engie	Hennessy - Louis	SAP France
Amber Capital	EQT	Vuitton	Schneider Electric
Amundi	ESL & Network	M.Charraire	ServiceNow
Antidox	Eurogroup	MACSF	Servier
Antin Infrastructure	Consulting	Mazars	SGS
Partners	FGS Global	Média-Participations	SIER Constructeur
ArchiMed	Getlink	Mediobanca	SNCF
Ardian	Gide Loyrette Nouel	Mercer	SNCF Réseau
Arqus	Google	Meridiam	Sodexo
Arthur D. Little	Groupama	Microsoft France	SPVIE
AstraZeneca	Groupe Bel	Mitsubishi France	SUEZ
August Debouzy	Groupe M6	S.A.S	Teneo
AXA	Groupe Orange	Moelis & Company	The Boston
A&O Shearman	Hameur et Cie	Moody's France	Consulting Group
Bain & Company	Henner	Morgan Stanley	Tilder
France	Hitachi Energy	Natixis	Tofane
Baker & McKenzie	France	Natural Grass	TotalEnergies
BearingPoint	Howden	Naval Group	TP ICAP
Bessé	HSBC Continental	Nestlé	Transformation
BNP Paribas	Europe	OCIRP	Factory
Bolloré	IBM France	ODDO BHF	Unicancer
Bouygues	IFPASS	Oliver Wyman	Veolia
Bristol Myers Squibb	Incyte Biosciences	Ondra Partners	Verian
Brousse Vergez	France	Onet	Verlingue
Brunswick	Inkarn	OPmobility	VINCI
Capgemini	Institut Mérieux	Optigestion	Vivendi
Capital Group	International SOS	Orano	Wakam
CAREIT	Interparfums	PAI Partners	Wavestone
Carrefour	Intuitive Surgical	Pelham Media	Wendel
Casino	Ionis Education	Pergamon	White & Case
Chubb	Group	Polytane	Willis Towers Watson
CIS	iQo	Publicis	France
Clariane	ISRП	PwC France &	Zurich
Clifford Chance	Jeantet Associés	Maghreb	
CNP Assurances	Jolt Capital	Qualisocial	
Cohen Amir-Aslani	Katalyse	Raise	
Conseil supérieur du notariat	Kea	RATP	
	Kearney	Renault	

Si l'idée n'est pas nouvelle, la concrétisation de la pluriannualité en santé est complexe. Cette note vise à construire, en s'appuyant sur les travaux existants, l'architecture opérationnelle d'une politique de santé pensée et pilotée pour le long terme. Il en va de l'avenir de notre système de santé, qui ne permet plus aujourd'hui de garantir un accès aux soins équitable et de qualité sur l'ensemble du territoire français. La santé est pourtant au cœur de notre modèle social français. 83 % des Français la considèrent comme prioritaire en 2023 selon un sondage IFOP. Elle représente également un des postes de dépenses les plus importants de nos finances publiques avec 12 % du PIB français qui lui était consacré en 2022 selon la DREES. Ce financement public assumé sert un système de soins offrant aux Français un des restes à charge les plus bas d'Europe. Pourtant, l'organisation et le financement de ce système, qui ont longtemps assuré sa pérennité, se retrouvent aujourd'hui mis en échec à cause de politiques publiques déployées trop souvent pensés à court terme. Aussi, il devient indispensable de réfléchir aux nouvelles exigences de santé auxquelles doit répondre le système que sont le besoin impérieux de renforcer la prévention, la construction d'un environnement propice à l'innovation, la nécessité de transformer l'organisation des soins et l'acceptabilité des mesures dans un contexte financier incertain.

Ces défis se heurtent tous au même écueil : celui du manque de planification par les pouvoirs publics. L'organisation du système de santé est actuellement gérée à travers l'examen annuel des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) mais les douze mois d'une loi budgétaire ne suffisent plus à anticiper ni les besoins, ni les moyens et à transformer positivement et durablement notre système de santé. **La pluriannualité nécessite une volonté politique forte à même de répondre aux défis.** Trop souvent, le débat sur la pluriannualité a été réduit à de la programmation budgétaire à travers la proposition d'un Objectif national de dépenses de l'assurance maladie pluriannuel (Ondam pluriannuel). Pour prendre enfin le virage vers une véritable programmation de la politique de santé pluriannuelle, réclamée depuis plusieurs années, il ne s'agit plus de se limiter à sa dimension financière mais de définir un objectif à atteindre, une vision portée par une stratégie de long terme et couplée à un pilotage efficace et cohérent.

La pluriannualité ne doit pas être un vœu pieu qui demeure lettre morte. Elle doit devenir la pierre angulaire de notre système de santé grâce à une stratégie affirmée, permise par une gouvernance repensée et concrétisée par un volet budgétaire crucial.

10 €

ISSN : 1771-6756

NAC2409-01