

NOTE DE CADRAGE

Parcours d'accompagnement préventif (PAP) et dispositif affections de longues durées (ALD) : critères médicaux d'admission

Adoptée par le Collège le 15 juillet 2026

Demandeur : Ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Inscription au programme de travail : 2026

Responsable(s) du projet : SBP, DAQSS

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

Saisine

L'article 54 de la LFSS pour 2026 (1) prévoit la création d'un « *parcours d'accompagnement préventif sur prescription médicale* » pour les « *assurés sociaux souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection* » de longue durée (ALD).

Dans ce contexte, une **saisine ministérielle** (cf Annexe 1) a été effectuée auprès de la HAS le 25 février 2026 relative à l'« *identification des critères médicaux ouvrant droit à une prise en charge au titre du statut créé par l'article 54 de la LFSS pour 2026* ».

La saisine précise que « *l'objectif de ce parcours d'accompagnement préventif est de pouvoir proposer un panier de soins dédié (incluant des prestations aujourd'hui non prises en charge) afin de prévenir ou retarder l'évolution vers des formes plus sévères de pathologies chroniques, susceptibles de basculer en affection de longue durée* ».

- ➔ Il est donc demandé à la HAS d'élaborer « *la liste des affections permettant d'accéder au parcours d'accompagnement préventif* », et de « *définir, de la même manière que ce qui existe aujourd'hui pour le dispositif d'affection de longue durée, les critères cliniques permettant de déterminer l'éligibilité des patients au parcours* ».
- ➔ Le ministère demande également à la HAS « *la révision, dans un objectif d'articulation entre ce dispositif et celui d'affection de longue durée, des critères d'admission en ALD30 lorsqu'il apparaît pertinent de faire bénéficier certains patients atteints d'affections à des stades de gravité moins avancés de ce nouveau parcours et des autres évolutions pertinentes* ».

Le cadre d'un parcours d'accompagnement préventif relève donc à la fois de la prévention primaire et secondaire.

La saisine propose **un champ de travail relatif** au « *parcours d'accompagnement préventif des patients atteints de pathologies cardiovasculaires et associées à un stade précoce, car fortement corrélées au risque cardiovasculaire* ». Ceci afin « *de prévenir ou retarder l'évolution vers des formes plus sévères relevant de l'ALD30* ». L'annexe 9¹ du PLFSS 2026 (2) rapporte également que : « *le diabète sans complication et l'hypertension artérielle ainsi que l'obésité figurent parmi les pathologies qui pourront prioritairement relever de ce nouvel accompagnement* ».

Les ALD ciblées prioritairement dans la saisine sont les suivantes :

- ALD 1 (Accident vasculaire cérébral invalidant),
- ALD 3 (Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques),
- ALD 8 (Diabète de type 1 et diabète de type 2),
- ALD 13 (Maladie coronaire),
- ALD 19 (Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou idiopathique).

La saisine propose la mise en place d'un groupe d'interface associant l'Assurance maladie, la HAS, la DGS et DSS afin de traiter conjointement les questions d'articulation entre :

- La définition des critères d'accès au parcours d'accompagnement préventif,
- L'organisation de ce nouveau parcours (parcours coordonné renforcé),
- Le panier de soins envisagés (liste des actes et prestations remboursés).

1.2. Problématique

L'un des principaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé est la nécessité de développer des approches efficaces pour faire face au **poids croissant des maladies chroniques**.

La prise en charge des maladies chroniques est complexe et exige une réponse à long terme et multidimensionnelle, qui coordonne les interventions d'un large éventail de professionnels de santé, les médicaments essentiels et, le cas échéant, les équipements de surveillance, le tout s'inscrivant de manière optimale dans un système qui favorise l'autonomisation des patients.

La prévention en santé est un ensemble d'actions menées dans le but d'améliorer la santé publique. L'objectif est d'éviter l'apparition de troubles ou maladies qui pourraient affecter la population et de faire progresser son état de santé général.

L'analyse de la saisine fait émerger **3 éléments contextuels** à intégrer :

1. Une absence de parcours structuré en matière de prévention avec un système de santé français basé sur le soin curatif et insuffisamment adapté et structuré sur la prévention des maladies chroniques ;
2. L'historique des travaux de la HAS sur le dispositif des ALD ;
3. Un dispositif des ALD jouant un rôle insuffisamment incitatif en matière de prévention.

1 Microsoft Word - Lettre rectificative PLFSS2026-Annexe09 v2 - Propre 14H47 (Article 19 – page 100)

1.2.1. Contexte

1.2.1.1. Un système de santé français historiquement davantage structuré autour du soin curatif que de l'intervention précoce sur les maladies chroniques

Définitions

La **prévention primaire** concerne les sujets n'ayant pas de pathologie connue avec manifestation(s) clinique(s) tels que par exemple des signes cliniques d'ischémie myocardique, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, un accident vasculaire cérébral ischémique et d'origine athéromateuse, ou une claudication intermittente des membres inférieurs. Un patient pris en charge dans le cadre d'une prévention primaire présente un haut niveau de risque cardiovasculaire. Dans ce cadre, l'objectif est d'éviter, réduire et retarder l'apparition d'une maladie cardiovasculaire par un repérage et une prise en charge précoce et optimale des facteurs de risque cardiovasculaires établis.

La **prévention secondaire** concerne les sujets ayant eu un événement cardiovasculaire établi (3)².

Données disponibles françaises

→ Dans leur « *Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient : agir en amont face aux maladies chroniques* » publié en avril 2026 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) (4), les auteurs rapportent que le système de santé français reste **insuffisamment structuré et adapté** pour permettre une intervention précoce face aux maladies chroniques.

Il est indiqué que si les maladies chroniques concentrent près de 60 % des dépenses d'Assurance Maladie, la prévention institutionnelle ne représente que 2,3 % des dépenses de santé, ce qui traduit un investissement encore limité dans l'intervention en amont.

Il a été analysé dans ce rapport le fonctionnement du système de santé français dans sept domaines :

- La santé de la population,
- La gouvernance,
- L'offre de soins,
- Le financement,
- Les ressources humaines,
- Les médicaments et technologies,
- La soutenabilité environnementale.

Pour chacun de ces domaines, les auteurs constatent que les conditions structurelles, les incitations financières et la culture professionnelle nécessaires pour favoriser une intervention précoce sur les maladies chroniques demeurent insuffisamment développées. Selon eux, la prévention suppose des outils, des repères et des incitations qui restent « *insuffisamment développés* » sur le territoire français.

Par ailleurs, les auteurs dégagent **d'autres enjeux** :

- Enjeux concernant le caractère trans sectoriel des déterminants de santé, dépassant le seul champ d'action du système de santé, des maladies chroniques comme le tabac, l'alimentation, la sédentarité ou l'environnement.
- Enjeux sur le ciblage efficace des politiques de prévention actuelles à toucher les populations les plus vulnérables puisque les stratégies de prévention restent souvent généralistes, alors

² Evaluation en cours.

même que les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées dans le domaine des maladies chroniques.

Selon ce rapport de l'IRDES, les dispositifs actuels atteignent insuffisamment les groupes les plus exposés. La prévention devrait donc s'adapter aux profils de risque, aux territoires et aux conditions de vie. La feuille de route recommande de développer des stratégies de prévention ciblées, notamment vers les populations à bas revenus ou les territoires les plus fragiles, avec des financements dédiés. Elle insiste également sur la nécessité de mieux exploiter les données disponibles pour identifier ces publics et adapter les interventions, en croisant données de santé et données sociales.

- La publication de la DREES « *Prédire la suite d'un parcours de soins dans le système national des données de santé* » d'avril 2026 (5) rapporte que le SNDS permet de reconstituer l'historique des actes et prestations remboursés de l'ensemble de la population française depuis près de vingt ans, dans un pays où la grande majorité des contacts avec le système de santé génèrent une trace dans le système d'information de l'Assurance Maladie.

Les parcours de soins repérables dans le SNDS, en particulier l'enchaînement d'événements significatifs du point de vue de la santé (délivrance de médicament, diagnostic posé à l'hôpital, actes médicaux, etc.), peuvent être largement mobilisés afin d'identifier des profils de patients présentant très probablement certaines pathologies, ou à risque de les développer.

1.2.1.2. Historique des travaux sur le dispositif ALD

Dispositif des ALD

Dès l'origine de l'Assurance Maladie, le dispositif ALD a été mis en place (cf. Annexe 2). Une ALD exonérante est une maladie qui nécessite des **soins prolongés** et des **traitements particulièrement coûteux**. Elle donne droit à **exonération du ticket modérateur** pour tous les actes en rapport avec elle (prise en charge à 100 % des dépenses liées à ces soins et traitements) (6). Parmi les ALD exonérantes, les « **ALD liste** » correspondent à l'une des 30 affections prévues à l'article [L. 160-14 3 du code de la sécurité sociale \(CSS\)](#) et inscrite sur la liste figurant à l'article [D.160-4 du CSS](#).

Dans leur rapport (7) sur la « *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable* » publié en 2024 et mis à jour en décembre 2025, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relèvent que « *La reconnaissance d'une ALD n'est pas toujours conditionnée à la sévérité de la pathologie et au coût du traitement. En outre, si le périmètre de certaines ALD est extrêmement précis, basé sur des critères médicaux clairs et objectifs, d'autres laissent plus de place à l'appréciation du médecin* ».

Missions de la HAS en matière d'ALD

Conformément à ses missions (définies aux articles L. 161-37-1° et R. 161-71 3° du CSS), la HAS formule « *des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L. 324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application du 3° et 4° de l'article L. 160-14 du CSS* ».

Par ailleurs, la HAS :

- Émet un avis sur les projets de décret pris en application du 3° de l'article L. 160-14 CSS fixant la liste des affections de longue durée pour lesquelles la participation des assurés peut être limitée ou supprimée ;
- Formule des recommandations sur les critères médicaux utilisés pour la définition de ces mêmes affections ;

- Formule des recommandations sur les actes médicaux et examens biologiques que requiert le suivi des affections relevant du 10° de l'article L. 160-14 CSS.

Avis et travaux HAS, 2006-2009

Conformément à ses missions, la HAS a pu formuler des avis sur les ALD, pour constituer des aides à la décision publique. Cela a concerné :

- Avis de la HAS sur la liste des ALD ;
- Avis de la HAS sur les critères médicaux d'admission en ALD ;
- Avis de la HAS sur les durées d'exonération de la participation des assurés relevant d'une ALD ;
- Avis de la HAS pour la prise en charge à titre dérogatoire de certaines spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations prévus à l'article L.162-17-2-1 du CSS.

Entre 2006 et 2009, la HAS a formulé des recommandations et rendu un avis sur la liste et les critères médicaux d'admission en ALD³, c'est-à-dire les conditions médicales nécessaires pour que les patients bénéficient d'une exonération de ticket modérateur pour une affection donnée. Ce travail avait abouti pour l'ensemble des 30 ALD, à une mise à jour des critères médicaux ou une traduction d'évolution des pratiques ou des modes de prise en charge, et a amené à la formulation actuelle des critères médicaux d'admission en ALD (décrets de janvier et juin 2011).

- ➔ ALD - Recommandations de la HAS (18 mai 2006) (8)
- ➔ Avis sur la liste et les critères médicaux d'admission en affections de longue durée (ALD) - Décembre 2007 (9)
- ➔ Avis sur la liste et les critères médicaux d'admission en affection de longue durée (ALD) - Juin 2009 (10)

La HAS est aujourd'hui invitée à définir les critères médicaux permettant d'ouvrir un parcours d'accompagnement préventif.

1.2.1.3. Un dispositif des ALD jouant un rôle insuffisamment incitatif en matière de prévention

Dans leur rapport (7) sur la « *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable* » publié en 2024 et mis à jour en décembre 2025, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) constatent que « **dé-sormais peu contrôlé par l'Assurance Maladie, le dispositif ALD joue un rôle insuffisamment incitatif en matière de prévention et de réduction des dépenses de santé** ». En termes de prévention, la place du patient est trop en retrait pour permettre la personnalisation de son parcours de soins, son implication dans la gestion de sa pathologie et la prévention des complications.

La mission menée par l'IGF et l'IGAS estime qu'une réforme structurelle du dispositif est nécessaire compte-tenu de ses limites, notamment une réponse insuffisante aux enjeux de prévention.

Parmi ses diverses propositions afin de pérenniser le régime, la mission menée par l'IGF et l'IGAS propose d'introduire deux niveaux de reconnaissance en ALD :

³ A noter que l'avis de la HAS de 2007 qui préconisait la mise en place d'un parcours de prise en charge gradué selon la gravité des pathologies (ayant abouti alors à la sortie de l'HTA, considérée alors plus comme un facteur de risque qu'une maladie) a été élaboré sur une méthode s'appuyant sur l'avis des Sociétés Savantes et d'autres parties prenantes mais sans les associations d'usagers, non systématiquement consultées en 2007, sur la base d'un travail d'analyse de la littérature relativement peu conséquent (faute de données probantes de bonne qualité EBM) ; le livrable avait consisté à une comparaison avant/après des critères listés.

- **Le niveau 1** constituerait un nouveau niveau de reconnaissance en ALD permettant d'accompagner les patients atteints d'une ALD liste de moindre sévérité et sans traitement très coûteux, mais susceptible d'évoluer vers une forme grave et coûteuse ;
- **Le niveau 2** serait centré sur les formes les plus sévères des pathologies et les traitements particulièrement intensifs ou coûteux.

Selon la mission menée par l'IGF et l'IGAS, le premier niveau de reconnaissance n'entraînerait plus d'exonération de ticket modérateur pour l'ensemble des soins en lien avec l'ALD, mais une exonération ciblée sur certains actes préventifs (bilans réguliers, éventuellement des actes actuellement non remboursés comme l'activité physique adaptée, etc.). Le dispositif deviendrait aussi le support d'un engagement des patients, mieux informés, et d'un renforcement de leur suivi, notamment à travers le développement de l'éducation thérapeutique.

Cette proposition va bien au-delà du travail demandé à la HAS, mais témoigne du contexte dans lequel se situe la saisine ministérielle et l'attention qui doit lui être portée.

1.2.2. Objectif principal de la production

L'objectif principal de ce travail en réponse à la saisine ministérielle est de définir les critères médicaux ouvrant droit à une prise en charge au titre du statut créé par l'article 54 de la LFSS pour 2026 pour la mise en place d'un parcours d'accompagnement préventif.

Le cadre de ce parcours relève à la fois de la **prévention primaire et secondaire**, ce qui suppose des critères d'accès distincts selon le niveau de risque et le stade clinique.

Il conviendrait donc de définir les critères médicaux objectifs et clairs correspondant aux **profils** de patients suivants :

- Les patients relevant d'un **PAP primaire** car à risque d'évolution vers une maladie chronique et/ou une ALD ;
- Les patients relevant d'un **PAP secondaire** car stabilisés durablement ou en rémission documentée.

Populations prioritairement concernées par le PAP :

- Patients atteints de pathologies cardiovasculaires et associées, et/ou présentant un risque neuro-cardiovasculaire.
- Patients vivant avec un diabète sans complication médicale, une hypertension artérielle et/ou en obésité.
- Autres patients inclus dans les dispositifs ALD n° 1-3-8-13-19, avec pour rappel⁴ :
 - ALD 1 (Accident vasculaire cérébral invalidant)
 - ALD 3 (Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques)
 - ALD 8 (Diabète de type 1 et diabète de type 2)
 - ALD 13 (Maladie coronaire)
 - ALD 19 (Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou idiopathique)

⁴ Annexes (Articles Annexe à l'article A931-10-10 à Annexe II : Tableau n° 102) - Légifrance

1.2.3. Bénéfices attendus

Enjeux et bénéfices identifiés :

Amélioration de la prévention et promotion de la santé avec un parcours d'accompagnement préventif, permettant de proposer un panier de soins dédié (incluant des prestations aujourd'hui non prises en charge le cas échéant) et d'engager le patient dans celui-ci.

1.3. Destinataires prioritaires de la production HAS

- ☒ Professionnels
- ☒ Institutionnels : Assurance Maladie, DGS/DSS/DGOS.
- ☒ Usagers
- ☐ Autres :

1.4. Question(s) à traiter

Le livrable consiste à établir une liste de critères médicaux (généraux et/ou spécifiques) :

Création de critères d'admission en PAP (prévention primaire et prévention secondaire) notamment pour les patients atteints ou susceptibles de l'être pour les ALD suivantes :

- ALD 1 (Accident vasculaire cérébral invalidant),
- ALD 3 (Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques),
- ALD 8 (Diabète de type 1 et diabète de type 2),
- ALD 13 (Maladie coronaire),
- ALD 19 (Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou idiopathique).

Deux profils de patients (adultes et enfants) seraient alors définis :

1. Les patients relevant d'un PAP primaire car à risque d'évolution vers une ALD ;
2. Les patients relevant d'un PAP secondaire.

Questions à traiter

Question 1 : A partir des facteurs de risque connus/identifiés, quels sont les critères médicaux généraux et/ou spécifiques d'accès à un parcours d'accompagnement préventif en prévention primaire pour les patients avec risque d'évolution vers une maladie chronique ?

Populations Q1= patients à risque de maladie chronique.

- Patients présentant un facteur de risque neuro-cardiovasculaire, tel un diabète sans complication médicale, une hypertension artérielle, une obésité, un tabagisme chronique, etc.
- Patients susceptibles d'évoluer vers une ALD 1-3-8-13-19.

Question 2 : A partir des facteurs de risque connus/identifiés, quels sont les critères médicaux généraux et/ou spécifiques d'accès à un parcours d'accompagnement préventif pour les patients en prévention secondaire ?

Populations Q2 = patients atteints d'une maladie chronique actuellement en ALD 1-3-8-13-19.

Question 3 : Les critères d'entrée dans un parcours d'accompagnement préventif sont-ils en adéquation avec les critères actuels d'entrée dans l'ALD ou sont-ils susceptibles d'entraîner une mise à jour des critères d'entrée dans les ALD ?

Les critères médicaux devront être **fondés autant que possible sur** des données scientifiques et cliniques robustes, observables en pratique, et suffisamment stables pour limiter l'hétérogénéité de décision entre praticiens, en tenant compte du niveau de preuve disponible et des limites de la littérature.

Les critères médicaux devront aussi être **lisibles** pour les professionnels et pour les assurés, conformément à l'exigence de simplicité rappelée dans la saisine.

Les étapes nécessaires d'un parcours de prévention primaire et secondaire pourraient être décrites sur la base de la littérature et des avis d'experts pour parvenir à une description adaptée des critères médicaux d'entrée.

Lorsque la littérature ne permettra pas de trancher de manière nette, les propositions devront être présentées comme des choix de cadrage fondés sur l'état des connaissances, l'équité d'accès et la faisabilité de mise en œuvre.

Les critères devraient privilégier des marqueurs de gravité ou de risque élevé déjà utilisés en pratique : antécédents d'événement cardiovasculaire, atteinte d'organe cible, insuffisance rénale documentée, complications micro ou macro vasculaires, et situations d'instabilité clinique.

1.5. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

Les champs de la présente production de la HAS ne concerneront pas :

- L'**organisation** du nouveau PAP ;
- Le **panier de soins** envisagé dans le cadre du PAP (liste des actes et prestations remboursés) que ce soit en prévention primaire ou secondaire.

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

- Autre type de production (à préciser)

2.2. Méthode HAS retenue

→ ☒ **Production HAS** ou ☐ **Partenariat**

- Consensus formalisé d'experts

→ ☐ **Label**

Éléments justificatifs du choix de la méthode

Selon le guide méthodologique⁵, l'utilisation de la méthode « Recommandations par consensus formalisé » peut être envisagée si au moins deux des conditions suivantes sont remplies :

- Absence ou insuffisance de littérature de fort niveau preuve répondant spécifiquement aux questions posées ;

⁵ Haute Autorité de santé. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations par consensus formalisé. Guide méthodologique. Mise à jour mars 2015. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf

- Possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) ;
- Controverse, avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives, les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

Points clés de la méthode « Recommandations par consensus formalisé (RCF) »

La méthode « Recommandations par consensus formalisé » est à la fois une méthode d'élaboration de recommandations de bonne pratique et une méthode de consensus.

En tant que méthode de consensus, son objectif est de formaliser le degré d'accord entre experts en identifiant et sélectionnant, par une cotation itérative avec retour d'information, les points de convergence, sur lesquels sont fondées secondairement les recommandations, et les points de divergence ou d'indécision entre experts.

À l'issue de la phase préalable de cadrage, cette méthode se déroule en 5 phases :

1. **Le groupe de pilotage** rédige l'argumentaire scientifique à partir d'une analyse critique de la littérature et formule les propositions à soumettre en cotation.
2. **Le groupe de cotation** sélectionne, par un vote en deux tours avec réunion intermédiaire, les propositions à retenir pour rédiger la version initiale des recommandations, en tenant compte du niveau de preuve disponible et de l'expérience pratique de ses membres.
3. **La version initiale des recommandations** est rédigée à partir des résultats de la cotation par le président du groupe de pilotage, le chef de projet et le chargé de projet.
4. **La phase de lecture** avec sollicitation de parties prenantes (CNP et associations d'usagers) donne un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations.
5. **Le groupe de pilotage et le groupe de cotation** finalisent les recommandations au cours d'une réunion plénière.

Points limitants de la méthode « Recommandations par consensus formalisé (RCF) »

La principale limite d'une RCF est le **nombre de groupes** qu'il convient de constituer. Cette limite est particulièrement importante à prendre en considération lors de thèmes étendus à des domaines d'expertise variés nécessitant la participation d'un nombre élevé de disciplines et de professions.

Les propositions de cette note de cadrage doivent donc être lues comme des hypothèses de travail solides, à consolider par un groupe d'expertise, une revue ciblée de littérature et, le cas échéant, une analyse des données françaises disponibles.

2.3. Modalités de travail

- ➔ ☒ **Groupe de travail (GT)**
- ➔ ☐ **Groupe de parties prenantes**
- ➔ ☒ **Auditions ou entretiens exploratoires**
 - ☐ Experts individuels :
 - ☒ Parties prenantes :
 - ☒ Institutions (agences, financeurs...) : au regard des besoins des groupes de travail, la HAS pourra solliciter le cas échéant la CNAM, la DRESS, l'IRDES ou SPF pour la conduite des travaux.
- ➔ ☒ **Phase de relecture**

- ☐ Groupe de lecture (GL) :
- ☒ Avis des parties prenantes
- ☐ Consultation publique
- ☐ Autres :

2.4. Composition des groupes

Tableau 1 : composition qualitative et quantitative des groupes intervenant dans le processus de RCF

Affiliations :	Groupe de pilotage (1 à 12 experts)	Groupe de cotation (Vingtaine d'experts, en nombre impair)	Phase de lecture (Avis parties pre- nantes)
Collège de la Médecine Générale / Collège National des Enseignants Généralistes	2	3	x
CNP de Pédiatrie	1	2	x
CNP Endocrinologie Diabétologie Nutrition	1	2	x
CNP Cardiovasculaire / CNP Médecine Vasculaire	1	2	x
CNP de Néphrologie	1	2	x
CNP de Neurologie (Fédération Française de Neurologie)	1	2	x
CNP d'Addictologie (Fédération Française d'Addictologie)	1	2	x
CNP de Gériatrie	1	2	x
CNP IPA		1	x
Représentants d'usagers :	3 ou 4	5 ou 6	x
- Fédération Française des Diabétiques			x
- France Assos Santé			x
- France AVC			x
- Alliance du cœur			x
- Fédération française de cardiologie			x
- Allegro Fortissimo			x
- Anbysleev			x
- APF France Handicap			x
- Association d'aide aux jeunes diabétiques			x
- Association des malades aidants et transplantés hypertension artérielle pulmonaire			x
- Association du Locked in Syndrome			x
- Association libre des diabétiques insulino dépendants et implantés			x

- Association Nationale des Hypercholestérolémies familiales			x
- Association pour le développement de la recherche et de l'information préventive sur les accidents vasculaires cérébraux			x
- Association pour le soutien à l'insuffisance cardiaque			x
- Association Tanguy Moya Moya			x
- Collectif National Association d'Obèses			x
- Diabète et Méchant			x
- Ensemble contre la NASH			x
- Réseau Enfance Diabète			x
- Fédération Nationale des Aphasiques de France			x
- Ligue Nationale contre l'Obésité			x
- Renaloo			x
- Association des malades d'un Syndrome Néphrotique			x
- France Rein			x
IRDES			x
CNAM			x
DGS/DGOS/DSS			x
SPF			x

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de début : 30/06/2026
- Principales étapes du calendrier de travail : à définir avec le groupe de pilotage
- Date de fin : 30/06/2027

Annexes

Annexe 1.	Saisine ministérielle relative à l'identification des critères ouvrant droit à une prise en charge au titre du statut créé par l'Article 54 de la LFSS pour 2026	13
Annexe 2.	Dispositif des affections de longues durées (ALD)	15

Annexe 1. Saisine ministérielle relative à l'identification des critères ouvrant droit à une prise en charge au titre du statut créé par l'Article 54 de la LFSS pour 2026



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PRESIDENCE
Courrier reçu le,

02 MARS 2026

Enrgt n° 83

Paris, le **25 FEV. 2026**

La ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

A

Monsieur le professeur Lionel COLLET
Président de la Haute Autorité de Santé

Objet : Identification des critères médicaux ouvrant droit à une prise en charge au titre du statut créé par l'article 54 de la LFSS pour 2026.

Monsieur le Président,

En raison du vieillissement de la population et de l'évolution épidémiologique, la progression continue des maladies chroniques exerce une pression croissante sur le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD). Dans la continuité des recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007, qui préconisaient la mise en place d'un parcours de prise en charge gradué selon la gravité des pathologies et de la revue de dépenses IGAS/IGF relative aux affections de longue durée, l'Assurance Maladie a proposé dans son rapport Charges et Produits 2026 de créer un parcours d'accompagnement préventif.

L'article 54 de la LFSS pour 2026 prévoit la création d'un accompagnement spécifique pour les patients souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une ALD. L'objectif de ce parcours d'accompagnement préventif est de pouvoir proposer un panier de soins dédié (incluant des prestations aujourd'hui non prises en charge) afin de prévenir ou retarder l'évolution vers des formes plus sévères de pathologies chroniques, susceptibles de basculer en affection de longue durée. Cet article prévoit que les affections permettant l'accès à cet accompagnement seront définies après avis de la HAS.

Le Ministère chargé de la santé sollicite en conséquence l'expertise de la HAS, notamment en vue d'élaborer :

- La liste des affections permettant d'accéder au parcours d'accompagnement préventif : il s'agira de définir, de la même manière que ce qui existe aujourd'hui pour le dispositif d'affection de longue durée, les critères cliniques permettant de déterminer l'éligibilité des patients au parcours ;
- La révision, dans un objectif d'articulation entre ce dispositif et celui d'affection de longue durée, des critères d'admission en ALD30 lorsqu'il apparaîtra pertinent de faire bénéficier certains patients atteints d'affections à des stades de gravité moins avancés de ce nouveau parcours et des autres évolutions pertinentes.

La détermination des critères d'entrée dans ce nouveau dispositif devra tenir compte d'impératifs de lisibilité et de simplicité tant pour les professionnels de santé que pour les patients, nourris notamment de vos travaux sur la révision des critères d'entrée en ALD entamée en 2007.

Afin de collaborer efficacement, je vous propose la mise en place d'un groupe d'interface à partir de février 2026 associant également l'Assurance maladie. Ce groupe d'interface tripartite sera l'occasion de traiter conjointement les questions d'articulation entre la définition de ces critères, l'organisation de ce nouveau parcours et le panier de soins envisagé.

Adresse postale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rsae-sab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies> et <https://solidarites.gouv.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

Dans un premier temps, il me semble opportun de prioriser les travaux sur le parcours d'accompagnement préventif des patients atteints de pathologies cardiovasculaires et associées à un stade précoce, car fortement corrélées au risque cardiovasculaire, au regard des enjeux majeurs de santé publique liés à ces pathologies, de la solidité de travaux d'ores et déjà disponibles et de la bonne identification des leviers pour prévenir et anticiper l'arrivée de complications pour ces différentes maladies. L'objectif serait de prévenir ou retarder l'évolution vers des formes plus sévères relevant de l'ALD 30. Ces travaux seront ainsi susceptibles d'entraîner une mise à jour des critères d'entrée notamment pour les ALD 1, 3, 8, 13 et 19, conformément à vos précédentes réflexions.

Je vous remercie par avance de votre contribution à cette réflexion essentielle afin de concrétiser les ambitions portées par le Gouvernement. Dans la perspective de travailler conjointement à la mise en place de ce nouveau parcours d'accompagnement préventif.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Stéphanie RIST

Annexe 2. Dispositif des affections de longues durées (ALD)

L'affection longue durée (ALD) concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé.

Les textes de références sont :

- code de la sécurité sociale : articles L.160-14, 3° et 4° et D.160-4 ;
- arrêté du 19 juin 1947 modifié, articles 71-4 et 71-4-1. Il existe 2 types d'ALD, exonérante et non exonérante.

ALD exonérante

Une ALD exonérante est une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Elle donne droit à exonération du ticket modérateur pour tous les actes en rapport avec elle (prise en charge à 100 % des dépenses liées à ces soins et traitements).

Si le patient est atteint d'une maladie grave, évoluant pendant plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux, les frais de santé liés à votre maladie sont pris en charge au maximum remboursable par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale).

ALD non exonérante

Dans le cas où il n'y aurait pas de traitement coûteux, il est possible d'être en ALD non exonérante avec un remboursement par l'Assurance Maladie aux taux habituels des soins en lien avec la maladie amis permettant cependant de bénéficier d'un arrêt maladie de plus de 6 mois et de la prise en charge des transports (sous certaines conditions).

Liste ALD et critères médicaux

La liste officielle des ALD exonérantes, ainsi que les critères médicaux d'admission, concerne les pathologies définies par l'article D.160-4 du code de la sécurité sociale :

- ALD 1 : Accident vasculaire cérébral invalidant
- ALD 2 : Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- ALD 3 : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- ALD 4 : Bilharziose compliquée
- ALD 5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves
- ALD 6 : Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- ALD 7 : Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine
- ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2
- ALD 9 : Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- ALD 10 : Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- ALD 11 : Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- ALD 13 : Maladie coronaire
- ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave
- ALD 15 : Maladie d'Alzheimer et autres démences
- ALD 16 : Maladie de Parkinson

- ALD 17 : Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- ALD 18 : Mucoviscidose
- ALD 19 : Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou idiopathique
- ALD 20 : Paraplégie
- ALD 21 : Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- ALD 23 : Affections psychiatriques de longue durée
- ALD 24 : Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- ALD 25 : Sclérose en plaques
- ALD 26 : Scoliose idiopathique structurale évolutive
- ALD 27 : Spondylarthrite grave
- ALD 28 : Suite de transplantation d'organe
- ALD 29 : Tuberculose maladie, lèpre
- ALD 30 : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Cette liste est complétée par les ALD 31 (hors liste) et ALD 32 (polypathologies) non inscrite sur la liste mais constituant une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, nécessitant des soins prolongés qui permettent une prise en charge au cas par cas. Ces deux dernières catégories d'ALD exonérantes sont comprises dans la définition figurant à l'article L.160-14, 4° du CSS.

Références bibliographiques

1. Ministère du travail et des solidarités, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Ministère de l'action et des comptes publics. Article 54 de la Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026. Journal Officiel;31 décembre 2025.
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2025/12/30/2025-1403/jo/article_54
2. Ministère du travail et des solidarités, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Ministère de l'action et des comptes publics. Article 19. Prévenir l'augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d'accompagnement préventif dédiées de la Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026. Journal Officiel;31 décembre 2025.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053226384>
3. Haute Autorité de santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026.
4. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Or Z, Parry A. Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient : agir en amont face aux maladies chroniques. Les Rapports de l'IRDES 2026;(603).
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Haugomat T, Manns A, Baudet G, Abécassis J, Varoquaux G, *et al.* Prédire la suite d'un parcours de soins dans le système national des données de santé. Drees Méthodes 2026;(25).
6. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Safon MO. Le ticket modérateur en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire. Paris: IRDES; 2022.
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf>
7. Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Dugos P, Prady P, Gauron G, Truffier-Blanc M, *et al.* Revue de dépenses relative aux affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable. Paris: IGF;IGAS; 2024.
<https://igas.gouv.fr/protection-sociale/revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree-ald-pour-un-dispositif-plus-efficient-et-equitable>
8. Haute Autorité de santé. Affections de longue durée (ALD). Recommandations de la HAS. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_457624/ald-recommandations-de-la-has-18-mai-2006
9. Haute Autorité de santé. Affections de longue durée. Liste et critères médicaux d'admission. Avis. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_810262/avis-sur-la-liste-et-les-criteres-medicaux-dadmission-en-affections-de-longue-duree-ald-decembre-2007
10. Haute Autorité de santé. Affections de longue durée. Liste et critères médicaux d'admission. Avis. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_817790/avis-sur-la-liste-et-les-criteres-medicaux-d-admission-en-affection-de-longue-duree-ald-juin-2009