



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Projet annuel de performances

Annexe au projet de loi de finances pour 2025

Budget général
Mission ministérielle

Santé



2025

Note explicative

Cette annexe au projet de loi de finances est prévue par l'article 51-5° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). Conformément aux dispositions de la loi organique, ce document développe l'ensemble des moyens alloués à une politique publique et regroupés au sein d'une mission. Il comprend les projets annuels de performances (PAP) des programmes qui lui sont associés.

Cette annexe par mission récapitule les crédits (y compris les fonds de concours et attributions de produits attendus) et les emplois demandés pour 2025 en les détaillant par destination (programme et action) et par nature de dépense (titre et catégorie).

Elle inclut une présentation de la programmation stratégique des crédits de la mission, de leur évolution et des principales réformes mises en œuvre.

Suite aux modifications apportées à la maquette missions/programmes/actions dans le cadre de la construction du projet de loi de finances pour 2025 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2024, il a été décidé de retraitier, lorsque cela était pertinent, les données de la loi de finances pour 2024 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2025.

Chaque programme constitutif de la mission est ensuite détaillé. Les parties relatives aux programmes comprennent les éléments suivants :

■ La présentation des crédits et des dépenses fiscales associées

Les crédits, constitués d'autorisations d'engagement (AE) et de crédits de paiement (CP), sont détaillés selon la nomenclature par destination et par nature de dépense. Les prévisions des fonds de concours et attributions de produits attendus en 2025 sont également précisées.

Le cas échéant, les dépenses fiscales rattachées au programme sont indiquées ainsi que leur évaluation (qui figure également dans le tome 2 de l'annexe Voies et moyens).

■ Le projet annuel de performances qui regroupe :

- la présentation stratégique du programme ;
- la présentation des objectifs et des indicateurs de performance ;
- la justification au premier euro des crédits qui développe le contenu physique et financier des actions menées sur le programme ainsi que les déterminants de la dépense et présente un échéancier des crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement ;
- une présentation des principaux opérateurs et de leurs emplois.

Sauf indication contraire, les montants de crédits figurant dans les tableaux du présent document sont exprimés en euros. Les crédits budgétaires sont présentés, selon l'article 8 de la LOLF, en autorisations d'engagement et en crédits de paiement.

Les emplois sont exprimés en équivalents temps plein travaillé (ETPT). On distingue les effectifs physiques qui correspondent aux agents rémunérés, quelle que soit leur quotité de travail et les ETPT (équivalents temps plein travaillé) correspondant aux effectifs physiques pondérés par la quotité de travail des agents. À titre d'exemple, un agent titulaire dont la quotité de travail est de 80 % sur toute l'année, correspond à 0,8 ETPT ou encore, un agent en CDD de 3 mois, travaillant à temps partiel à 80 % correspond à $0,8 \times 3/12$ ETPT.

Sommaire

MISSION : Santé	7
Présentation stratégique de la mission	8
Récapitulation des crédits et des emplois	12
PROGRAMME 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	15
Présentation stratégique du projet annuel de performances	16
Objectifs et indicateurs de performance	19
1 – Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	19
2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires	23
Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales	26
Justification au premier euro	30
Éléments transversaux au programme	30
Dépenses pluriannuelles	31
Justification par action	32
11 – Pilotage de la politique de santé publique	32
12 – Santé des populations	38
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	40
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	49
16 – Veille et sécurité sanitaire	52
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	53
18 – Projets régionaux de santé	55
19 – Modernisation de l'offre de soins	56
Récapitulation des crédits et emplois alloués aux opérateurs de l'Etat	58
Opérateurs	59
INCa - Institut National du Cancer	59
PROGRAMME 183 : Protection maladie	63
Présentation stratégique du projet annuel de performances	64
Objectifs et indicateurs de performance	65
1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	65
2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	66
Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales	69
Justification au premier euro	72
Éléments transversaux au programme	72
Dépenses pluriannuelles	73
Justification par action	74
02 – Aide médicale de l'Etat	74
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	81
PROGRAMME 379 : Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	85
Présentation stratégique du projet annuel de performances	86
Objectifs et indicateurs de performance	88
1 – Assurer le déploiement du volet « sanitaire » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience	88
2 – Assurer le déploiement du volet « médico-social » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience	90
Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales	91

Justification au premier euro	93
<i>Éléments transversaux au programme</i>	93
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	94
<i>Justification par action</i>	95
<i>02 – Ségur investissement du PNRR</i>	95

**MISSION
Santé**

Présentation stratégique de la mission

■ PRESENTATION STRATEGIQUE

La mission « Santé » se compose depuis 2023 de trois programmes placés sous l'autorité du ministre chargé de la santé et de l'accès de soins.

Il s'agit, d'une part, du programme 204 placé sous la responsabilité du directeur général de la santé, relatif à « la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins » et, d'autre part, des programmes 183 et 379 placés sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale : le programme 183 « protection maladie » et le programme 379 « Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et versement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) », créé en 2023.

Hors programme 379, la mission « Santé » porte des crédits du budget de l'État destinés à l'élaboration et à la conduite de la politique globale de santé qui met l'accent sur la prévention, poursuit l'objectif d'assurer la sécurité sanitaire et contribue à organiser une offre de soins de qualité adaptée pour nos concitoyens et dans tous les territoires.

La crise sanitaire a produit des impacts majeurs dans les différents champs de la santé publique. Ceux-ci restent difficiles à qualifier et à quantifier, mais certains d'entre eux sont déjà visibles : santé mentale, retards de prises en charge des malades atteints de pathologies chroniques invalidantes, etc. En tout état de cause, ils modifieront profondément dans les prochaines années notre système de santé, notamment sur les sujets de veille et de sécurité sanitaire.

Le système de santé devra ainsi faire face à des mutations profondes, en sus des évolutions induites par l'augmentation des maladies chroniques, la recrudescence des risques infectieux et le vieillissement de la population.

En matière d'espérance de vie, les résultats obtenus par la France la placent en 2022, en 11e position au sein des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). La France a ainsi gagné deux places par rapport à 2021.

A cet égard, pour préserver et faire évoluer à moyen et long termes notre système de santé, le Gouvernement est déterminé, dans le cadre d'une nouvelle stratégie nationale de santé (SNS), à porter un engagement collectif, à mobiliser tous les acteurs pour réduire les inégalités et consolider le système de prise en charge solidaire sur la base d'une vision coordonnée du système de santé et d'une logique de parcours intégrant la promotion de la santé et la prévention.

Le **programme 204** « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » vise à améliorer l'état de santé général de la population dans un souci de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, avec la mise en place de plans et de programmes de santé pilotés au niveau national par la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). La sécurité sanitaire constitue également un champ important du programme afin de garantir la protection de la population face à des évènements sanitaires graves, menaçant la santé de la population, comme en témoigne la pandémie de Covid-19 ou la récurrence des maladies à transmission vectorielle.

Trois objectifs figurent dans ce programme :

- prévenir le développement de pathologies le plus en amont possible,
- assurer à toute la population un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire,

- préparer, coordonner et piloter les opérations de gestion de crises sanitaires en lien avec l'ensemble des institutions et opérateurs impliqués et en anticipation stratégique des risques.

La prévention et l'éducation pour la santé demeurent au cœur des politiques du programme. Leur efficacité se mesure à court, moyen et long terme. De fait, les indicateurs réunis sous l'objectif 1 « Améliorer l'État de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé » permettent notamment de mesurer l'efficacité de la politique de prévention par le dépistage des cancers, la lutte contre l'augmentation du tabagisme, de la sédentarité, du surpoids tout comme la priorité donnée à la couverture vaccinale.

Les agences sanitaires apportent, par ailleurs, un concours majeur et essentiel à la réalisation des objectifs de santé publique ainsi qu'à la veille et à la sécurité sanitaire. A ce titre, le programme 204 verse à deux opérateurs de l'État une subvention pour charges de service public : l'Institut national du cancer - INCa - et Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail - ANSES.

Focus axes et indicateurs INCA & ANSES.

Les axes stratégiques des contrats d'objectifs et de performance (COP) de l'INCa et de l'ANSES se déclinent en objectifs opérationnels, eux même associés à des indicateurs de suivi. Ils déclinent pour leur part l'objectif 1 du P 204.

Afin d'assurer un pilotage agile et performant des agences, l'état d'avancement des indicateurs contenus dans les COP est présenté sous la forme de jalons à périodicité annuelle ou de mi-parcours.

Le programme 183 « Protection maladie » assure, en complément des politiques de sécurité sociale, la protection face à la maladie dans des situations relevant de la solidarité nationale.

Les deux actions qui composent le programme « Protection maladie » visent à assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, une participation de la solidarité nationale à l'accès aux soins des publics parmi les plus défavorisés et à l'indemnisation des victimes de l'amiante. Ainsi, l'aide médicale de l'État (AME), dispositif de santé publique, assure la prise en charge des frais de santé des personnes démunies en situation irrégulière ne pouvant accéder à la protection universelle maladie. Quant au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), il garantit l'équité de traitement entre les victimes des conséquences de l'exposition à ce matériau. Des actions se poursuivent pour améliorer l'accès aux soins et la gestion du dispositif dont les résultats sont mesurés par le biais de deux grands objectifs : - assurer la délivrance de l'AME dans des conditions appropriées de délais et de contrôles ; - réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA.

Le programme 379 a pour objet de permettre la compensation par l'État à la Sécurité sociale des dépenses engagées au titre du volet investissement du Ségur de la santé, pour les dépenses inscrites au Plan de relance et devant faire l'objet d'un financement européen via la Facilité pour la reprise et la résilience. Le Plan national de relance et de résilience (PNRR) étant en voie d'achèvement, la budgétisation du programme 379 est en forte diminution pour 2025.

PRINCIPALES REFORMES

Les dispositifs relevant de la mission « Santé » seront maintenus en 2025. Un effort particulier est prévu sur l'ensemble des actions nécessitant de la part des acteurs d'approfondir l'efficience de leurs pratiques et la performance de leurs activités.

S'agissant de la prévention, de la sécurité sanitaire et de l'offre de soins (P204)

La politique de santé reste définie dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS). Cette stratégie marque la priorité donnée à la prévention, à la qualité et à la pertinence des soins, à l'égal accès aux soins sur le territoire et à l'innovation.

L'ensemble des crédits concourant à la politique de prévention en santé menée par l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, fait l'objet depuis la loi de finances 2021 d'une annexe, dite « jaune budgétaire », dédiée.

Les exercices 2020, 2021 et 2022 ont été fortement marqués par la gestion de la crise de la Covid-19 ; le dernier abondement du fonds de concours Covid date de décembre 2022 et l'année 2023 est une année d'extinction des dépenses portées par ce fonds, avec toutefois le maintien en gestion de sujets techniques complexes y compris en termes d'exécution de la dépense. En 2024, ce fonds de concours a été clôturé. Désormais, les dépenses exceptionnelles, telles que la préparation et l'anticipation des grands événements sportifs prochains seront pilotées dans un cadre de gestion relevant du droit commun.

En 2025, les travaux menés avec les opérateurs se poursuivront, dans le respect des missions qui leurs sont confiées, afin d'améliorer leur pilotage et de favoriser leur pleine contribution aux efforts requis dans le cadre de la programmation pluriannuelle 2023-2027 des finances publiques.

■ OBJECTIFS ET INDICATEURS LES PLUS REPRESENTATIFS DE LA MISSION

OBJECTIF 1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

Indicateur 1.1 : État de santé perçue - Pourcentage de la population de 16 ans et plus se déclarant en bonne ou très bonne santé générale

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Etat de santé perçue	%	65,1	Non connue	66,5	66	66,5	67

Précisions méthodologiques

Source des données :

INSEE/DREES dans le cadre du dispositif Européen EU-SILC.

Eurostat reprend les données des instituts nationaux de statistique et met en ligne, en début d'année N+2, les données sur l'état de santé perçu de l'ensemble de la population, ainsi que par sexe et classe d'âge, de l'année N, sur son espace dédié à la consultation de ces statistiques : https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SDG_03_20/default/table?lang=

Mode de calcul de l'indicateur

Proportion de personnes se déclarant en très bon ou bon état de santé.

Cet indicateur est basé sur des données auto-déclarées et peut donc être affecté par la perception subjective des répondants, ainsi que par leur origine sociale et culturelle.

L'enquête EU-SILC/SRCV ne couvre pas les personnes placées dans des institutions, par exemple, les personnes résidant dans des établissements de soins de santé et de services sociaux qui sont plus susceptibles d'être en mauvais état de santé perçue que les personnes vivant dans des ménages privés. Il est donc probable que, dans une certaine mesure, cette source de données surestime le pourcentage de la population en très bon ou bon état de santé.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Cet indicateur synthétique transversal reflète l'impact de déterminants multiples liés aux conditions de vie et d'utilisation du système de santé, et peut présenter une sensibilité à leurs évolutions. En particulier, le pourcentage pour l'ensemble de la population est sensible au vieillissement de celle-ci, ce qui engendre en moyenne une baisse mécanique de la valeur de cet indicateur chaque année, ainsi une comparaison par classe d'âge est susceptible d'être plus appropriée.

L'écart entre hommes et femmes est constaté avec une grande régularité, mais il reste difficile de déterminer dans quelle mesure il reflète une charge de morbidité différente ou des propensions différentes à déclarer un moins bon état de santé perçu.

Les prévisions (de 2024 à 2027) ont été réalisées en vue de faire progressivement un rattrapage post-Covid (+0,5 point chaque année).

Indicateur 1.2 : Espérance de vie en bonne santé

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance		Non connu	Non connu	66,9	67,1	67,3	67,3
1. Hommes	année	63,8	Non connu	66,2	66,4	66,6	66,8
2. Femmes	année	65,3	Non connu	67,6	67,8	68	68,2
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans		Non connu	Non connu	12,6	12,8	13	13,2
1. Hommes	année	10,2	Non connu	11,9	12,1	12,3	12,5
2. Femmes	année	11,8	Non connu	13,2	13,4	13,6	13,8

Précisions méthodologiques

Source des données :

INSEE. L'espace dédié à la consultation de ces statistiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778>
Dernière année connue : 2022.

Mode de calcul de l'indicateur :

L'espérance de vie sans invalidité (EVSI), également appelée espérance de vie en bonne santé, correspond au nombre moyen d'années vécues sans incapacité dans les conditions de mortalité et de santé du moment. On obtient cet indicateur en décomposant les années vécues d'une table de mortalité en années vécues avec et sans incapacité. Pour ce faire, on utilise la méthode de Sullivan (Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971;86(4):347-54), qui permet d'obtenir ces estimations à partir des données d'une enquête transversale.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Cet indicateur synthétique permet d'apprécier dans quelle mesure les années de vie gagnées par l'allongement de l'espérance de vie sont vécues sans altération des capacités fonctionnelles liées à des problèmes de santé. Son évolution reflète l'impact cumulé de déterminants multiples tout au long de la vie.

Les prévisions (de 2023 à 2027) ont été réalisées par une incrémentation correspondant aux moyennes respectives H/F observées ces dernières années.

Récapitulation des crédits et des emplois

RECAPITULATION DES CREDITS PAR PROGRAMME ET ACTION POUR 2024 ET 2025

Programme / Action / Sous-action LFI 2024 PLF 2025	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	267 281 268 229 499 664	-14,14 %		270 581 268 221 729 644	-18,05 %	
11 – Pilotage de la politique de santé publique	70 488 090 58 396 716	-17,15 %		72 488 090 58 426 696	-19,40 %	
12 – Santé des populations	1 010 000 919 887	-8,92 %		1 010 000 919 887	-8,92 %	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	46 988 567 45 875 932	-2,37 %		46 988 567 45 875 932	-2,37 %	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	30 454 046 29 967 705	-1,60 %		30 454 046 29 967 705	-1,60 %	
16 – Veille et sécurité sanitaire	57 010 000 19 426 322	-65,92 %		57 010 000 19 426 322	-65,92 %	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 379 000 4 261 537	-2,68 %		4 379 000 4 261 537	-2,68 %	
19 – Modernisation de l'offre de soins	56 951 565 70 651 565	+24,06 %		58 251 565 62 851 565	+7,90 %	
183 – Protection maladie	1 216 300 000 1 327 592 126	+9,15 %		1 216 300 000 1 327 592 126	+9,15 %	
02 – Aide médicale de l'Etat	1 208 300 000 1 319 592 126	+9,21 %		1 208 300 000 1 319 592 126	+9,21 %	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000 8 000 000			8 000 000 8 000 000		
379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	1 248 900 000 94 000 000	-92,47 %		1 248 900 000 94 000 000	-92,47 %	
02 – Ségur investissement du PNRR	906 900 000 94 000 000	-89,64 %		906 900 000 94 000 000	-89,64 %	
03 – Neutralisation des pertes de recettes de la branche Maladie au titre des fonctionnaires territoriaux suite à la bascule de taux Maladie/CNRACL	342 000 000	-100,00 %		342 000 000	-100,00 %	
Totaux	2 732 481 268 1 651 091 790	-39,58 %		2 735 781 268 1 643 321 770	-39,93 %	

RECAPITULATION DES CREDITS PAR PROGRAMME ET TITRE POUR 2024, 2025, 2026 ET 2027

Programme / Titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus
LFI 2024 PLF 2025 Prévision indicative 2026 Prévision indicative 2027						
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	267 281 268 229 499 664 200 770 395 193 570 396	-14,14 % -12,52 % -3,59 %		270 581 268 221 729 644 208 040 415 199 870 395	-18,05 % -6,17 % -3,93 %	
Titre 2 – Dépenses de personnel	1 300 000 700 000 700 000 700 000	-46,15 %		1 300 000 700 000 700 000 700 000	-46,15 %	
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	177 612 995 126 838 967 110 912 410 106 920 969	-28,59 % -12,56 % -3,60 %		179 612 995 126 868 947 119 011 458 114 321 943	-29,37 % -6,19 % -3,94 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	88 368 273 101 960 697 89 157 985 85 949 427	+15,38 % -12,56 % -3,60 %		89 668 273 94 160 697 88 328 957 84 848 452	+5,01 % -6,19 % -3,94 %	
183 – Protection maladie	1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987	+9,15 % +5,16 % +6,94 %		1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987	+9,15 % +5,16 % +6,94 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987	+9,15 % +5,16 % +6,94 %		1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987	+9,15 % +5,16 % +6,94 %	
379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Sécur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	1 248 900 000 94 000 000 519 400 000	-92,47 % +452,55 % -100,00 %		1 248 900 000 94 000 000 519 400 000	-92,47 % +452,55 % -100,00 %	
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	1 248 900 000 94 000 000 519 400 000	-92,47 % +452,55 % -100,00 %		1 248 900 000 94 000 000 519 400 000	-92,47 % +452,55 % -100,00 %	
Totaux	2 732 481 268 1 651 091 790 2 116 299 925 1 686 594 383	-39,58 % +28,18 % -20,30 %		2 735 781 268 1 643 321 770 2 123 569 945 1 692 894 382	-39,93 % +29,22 % -20,28 %	

ÉVOLUTION DEPUIS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2024

Programme ou type de dépense AE CP	2024				2025
	PLF	LFI	LFR	LFI + LFR	PLF
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	220 081 268 223 381 268	267 281 268 270 581 268		267 281 268 270 581 268	229 499 664 221 729 644
Dépenses de personnel (Titre 2)	1 300 000 1 300 000	1 300 000 1 300 000		1 300 000 1 300 000	700 000 700 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	218 781 268 222 081 268	265 981 268 269 281 268		265 981 268 269 281 268	228 799 664 221 029 644
183 – Protection maladie	1 216 300 000 1 216 300 000	1 216 300 000 1 216 300 000		1 216 300 000 1 216 300 000	1 327 592 126 1 327 592 126
Autres dépenses (Hors titre 2)	1 216 300 000 1 216 300 000	1 216 300 000 1 216 300 000		1 216 300 000 1 216 300 000	1 327 592 126 1 327 592 126
379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	906 900 000 906 900 000	1 248 900 000 1 248 900 000		1 248 900 000 1 248 900 000	94 000 000 94 000 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	906 900 000 906 900 000	1 248 900 000 1 248 900 000		1 248 900 000 1 248 900 000	94 000 000 94 000 000

RECAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

Programme	LFI 2024			PLF 2025			ETPT	dont ETPT opérateurs rémunérés par le programme	ETPT rémunérés par les opérateurs				
	ETPT	dont ETPT opérateurs rémunérés par le programme	ETPT rémunérés par les opérateurs						sous plafond	hors plafond	Total		
			sous plafond	hors plafond	Total	sous plafond			hors plafond	Total			
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins			131	30	161				131	30	161		
183 – Protection maladie													
379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)													
Total			131	30	161				131	30	161		

PROGRAMME 204

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

MINISTRE CONCERNEE : GENEVIEVE DARRIEUSSECQ, MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACCES AUX SOINS

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Grégory EMERY

Directeur général de la santé

Responsable du programme n° 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

La stratégie poursuivie en 2025 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins sera en pleine cohérence avec la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS) dont la publication est à venir. Sans présager de la version définitive de la nouvelle SNS, la version de travail disponible à ce jour montre l'importance de poursuivre la réduction des inégalités en matière de santé et l'amélioration des déterminants socio-environnementaux et comportementaux de la santé.

Les nouvelles priorités de la SNS recouvrent largement les axes principaux du programme 204 demeurés à ce stade identiques, soit :

- Piloter et coordonner le réseau des opérateurs pour une meilleure efficacité de la prévention et de la sécurité sanitaire :

Financés par le programme 204, l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) sont –au côté des autres agences sanitaires financées par le 6^e sous-objectif de l'ONDAM – membres de droit du comité d'animation du système d'agences (CASA), piloté par la Direction générale de la santé.

Conformément au décret du 20 novembre 2017, le CASA établit en son sein un programme de travail annuel visant à garantir la cohérence des travaux des agences sanitaires et à faire converger les stratégies de déploiement des politiques de prévention et de sécurité sanitaire.

L'INCa et l'ANSES sont pilotés via des contrats d'objectifs et de performance (COP). Co-construits en lien avec les directions d'administration centrale, les COP déterminent les orientations prioritaires fixées aux agences ainsi que les principaux indicateurs de pilotage associés. Le COP actuel de l'INCa couvre la période 2021-2025 et correspond à la première phase de la stratégie décennale de lutte contre le cancer. Celui de l'ANSES couvre la période 2023-2027, et porte notamment l'ambition de développer le concept « une seule santé » selon lequel la protection de la santé de l'Homme passe par celle de l'animal et de leurs interactions avec l'environnement.

Afin d'assurer la bonne mise en œuvre des COP, des bilatérales regroupant la Direction générale de la santé et les agences sont organisées à échéances mensuelle ou trimestrielle.

- Promouvoir la recherche et mobiliser les connaissances scientifiques pour une meilleure politique de santé publique :

La nouvelle déclinaison de la SNS souligne, dans le prolongement de la précédente, la nécessité de promouvoir la recherche en santé des populations dans toute sa dimension interdisciplinaire pour appuyer les décisions en matière de politiques de santé.

Il s'agit de mobiliser au mieux les connaissances existantes et de soutenir les travaux de recherche portant sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services de santé, sur les interventions de promotion de la santé et de prévention et enfin sur l'efficacité et la sécurité de la diffusion des innovations.

Les efforts engagés depuis plusieurs années se poursuivront pour harmoniser, coordonner et soutenir le développement des appels à projets de recherche en santé publique, notamment dans le domaine de la prévention, des services de santé de proximité et de la performance des parcours de santé. L'objectif est également

d'accompagner les grandes cohortes en population générale, en mobilisant leurs résultats, au profit d'une élaboration plus ciblée des programmes et ou actions de prévention et de développer à bon escient l'utilisation des très grandes bases de données, notamment le système national des données de santé, pour la recherche en santé publique.

Un portail sur les données probantes en matière d'interventions de prévention est opérationnel depuis 2019 sous l'égide de Santé publique France dans le cadre de l'Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision (Inspire-ID) pilotée par la DGS. Avec le soutien de la DGS, un second portail dédié aux données issues de l'expérience a vu le jour en 2022 sous l'égide de la Société Française de santé publique et de la Fédération Promotion Santé (ex-FNES).

- Améliorer la gestion des crises sanitaires et des situations d'urgence :

Dans un contexte de menaces plurielles, les efforts engagés en matière de renforcement des capacités ministérielles en matière de préparation aux crises et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles se poursuivent.

Face à l'enjeu majeur du dérèglement climatique, des actions en faveur de l'anticipation des risques, de la prévention et de la lutte contre les vecteurs de maladies sont renforcées. L'adaptation des doctrines sanitaires de préparation et d'intervention se poursuit également, en lien avec les services ministériels compétents et les agences sanitaires nationales et régionales, en s'appuyant sur un renforcement des moyens, humains, matériels ou techniques à mobiliser, et sur une préparation permanente des acteurs de la gestion de crise. Cet axe nécessite un investissement sur la formation et l'entraînement des agents. A cet égard, un accès aux formations dans les différents domaines d'expertise est financé, tout comme la réalisation d'exercices de crise, face aux différentes menaces (par arme de guerre, nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques, épidémiques).

Plusieurs dispositifs de réponse sont également financés pour assurer la veille et la réponse opérationnelle aux urgences sanitaires, en portant une attention particulière à la démarche qualité du centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) dont la certification ISO 9001 doit être régulièrement revalidée. Le développement et la maintenance en conditions opérationnelles des systèmes d'informations (SI) dédiés à la veille et à la sécurité sanitaire, sécurisés et accessibles (par exemple pour assurer l'identification et le suivi des victimes), y concourent.

Plusieurs financements sont également accordés dans le champ de la biologie médicale pour développer nos capacités de diagnostic et de réaction rapide. Enfin, des crédits transitoires sont octroyés pour continuer d'assurer la constitution de contre-mesures disponibles en cas de crise majeure, via l'exécution du projet de stocks européens « rescEU » pour faire face aux risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques).

- Moderniser l'offre de soins :

Dans un contexte de tensions sur le système de santé, en particulier sur les ressources humaines, la démarche de territorialisation de l'organisation des soins et des parcours s'appuyant sur le décloisonnement des acteurs revêt une importance majeure. Cette approche se concrétise notamment par le déploiement du Service d'accès aux soins (SAS) qui couvre désormais 94 % de la population afin de répondre aux besoins de soins non programmés.

De même, le renforcement des dispositifs d'exercice coordonné, tels que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont plus de 800 ont déjà été créées ou les maisons et centres de santé pluriprofessionnels (avec un objectif d'ouverture de 700 structures d'ici 2027), doit contribuer à apporter une réponse plus adaptée aux besoins locaux et constitue un facteur d'attractivité des territoires. La modernisation du système de santé implique également une optimisation plus forte des processus à l'instar du système d'information national dédié à la dématérialisation de la gestion des étudiants du 3^e cycle des études de médecine, odontologie et pharmacie (SIIMOP), ainsi que l'amélioration de la performance « achats » des établissements de santé dans le cadre du programme PHARE.

Une attention particulière est aussi prêtée aux spécificités des outre-mer, notamment en matière d'amélioration de la performance de l'offre de soins, afin que les outils de modernisation de cette offre soient adaptés aux besoins des populations ultra-marines.

L'Agence de santé de Wallis-et-Futuna a ainsi bénéficié dans le cadre du Ségur de la santé d'un soutien financier sans précédent pour accompagner la modernisation de son système de santé garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge. C'est dans ce cadre qu'après la définition d'un programme technique détaillé une consultation a été ouverte visant à la passation d'un marché de conception-réalisation pour la reconstruction de l'hôpital de Futuna d'ici 2027. A ce titre, des crédits sont mobilisés pour 2025 sur le programme.

RECAPITULATION DES OBJECTIFS ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF 1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

INDICATEUR 1.1 : Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus

INDICATEUR 1.2 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans

INDICATEUR 1.3 : Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans

OBJECTIF 2 : Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

INDICATEUR 2.1 : Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique

INDICATEUR 2.2 : Pourcentage de signalements traités en 1h

Objectifs et indicateurs de performance

ÉVOLUTION DE LA MAQUETTE DE PERFORMANCE

La maquette de performance du programme 204 ne fait l'objet d'aucune évolution.

OBJECTIF

1 – Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

L'état de santé de la population française est globalement bon. Néanmoins, des disparités sensibles perdurent tant entre les genres qu'entre les territoires et les catégories sociales. Afin d'assurer un égal accès à la santé à l'ensemble de nos concitoyens et plus particulièrement aux publics les plus exposés à certains risques ou vulnérables, l'éducation pour la santé, l'accès à des informations claires et accessibles par tous, sont des leviers majeurs qui doivent contribuer à réduire le fardeau des maladies chroniques transmissibles ou non.

La politique de prévention est donc essentielle dans cet objectif et dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Les indicateurs retenus pour cet objectif participent de cette dynamique avec notamment la prévention vaccinale et le dépistage du cancer colorectal mais également la lutte contre le tabagisme. En effet, chaque année, le tabac tue 75 000 personnes en France (environ 13 % des décès). Il constitue la première cause de mortalité évitable et la première cause de mortalité par cancer. Il est aussi un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies cardiovasculaires, respiratoires et infectieuses. Le nouveau programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 répond ainsi à l'enjeu de lutter contre ce fléau de santé publique et ses risques associés.

INDICATEUR

1.1 – Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	56,8	56,2	62	62	68	75

Précisions méthodologiques

Depuis la campagne de vaccination 2017-2018, les couvertures vaccinales sont estimées à partir des données de la base SNDS-DCIR de la CNAM qui couvre la quasi-totalité des régimes (98 % des assurés sociaux).

Source des données :

ANSP (Santé publique France), CNAM, service prévention.

Mode de calcul de l'indicateur :

L'indicateur est constitué par le rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin antigrippal pendant la campagne annuelle de vaccination sur le nombre d'assurés sociaux ou d'ayant droits âgés de 65 ans ou plus (données individuelles DCIR, 98 % des assurés sociaux).

JUSTIFICATION DES CIBLES

Après une augmentation en 2020 dans le contexte de la pandémie Covid-19, on observe depuis 2021 une baisse progressive des couvertures vaccinales contre la grippe dans la population à risque d'une manière générale et chez

les personnes âgées de 65 ans et plus. Face à cette situation, la campagne de vaccination 2023-2024 contre la grippe saisonnière avait pour ambition de retrouver une dynamique de progression du taux de couverture vaccinale des personnes à risque de grippe sévère. Cependant, malgré les différentes actions menées (communications ciblées, mobilisation des acteurs locaux et actions de proximité à destination des professionnels et du public cible), on a noté une baisse de 4,4 points du taux de couverture vaccinale des personnes à risque par rapport à la saison précédente. La baisse est néanmoins moins marquée chez les 65 ans et plus (-2,2 points vs -6,2 points chez les moins de 65 ans). Le taux de couverture vaccinale observée pour les personnes âgées de 65 ans et plus est inférieur au taux cible fixé pour 2023 (54 % vs 56,2 %).

Pour la campagne de 2024-2025, comme pour les années précédentes, des mesures seront prises pour assurer l'accessibilité du vaccin pour cette population et simplifier le parcours vaccinal. Une campagne de sensibilisation ciblée sera également réalisée auprès de cette population. Cependant, l'adhésion de la population de 65 ans et plus à la vaccination contre la grippe pour la prochaine saison est incertaine en raison de la proposition concomitante de la vaccination contre le Covid-19 et de la potentielle proposition de vaccination contre le virus respiratoire syncytial (VRS) pour certaines franges de cette population. Ceci pourrait provoquer un sentiment de surexposition à la vaccination et de lassitude.

Dans ce contexte, il semble réaliste de ne pas prévoir pour 2024 et 2025 des cibles aussi ambitieuses que celles précédemment définies. Sont donc revues à la baisse les cibles pour ces deux années. Néanmoins, étant donné qu'en 2024 un travail est mené avec les professionnels et les parties prenantes pour identifier les leviers à activer et les freins à lever pour retrouver une dynamique de progression des couvertures vaccinales pour les personnes à risque, dont les personnes âgées de 65 ans et plus, il est proposé de nouvelles cibles ci-après en partant de l'hypothèse d'une progression d'environ 5 % en 2024 et de 10 % à partir de 2024 quand les actions identifiées seront pleinement mises en place : 56 % en 2024, 62 % en 2025 et 68 % en 2026. A noter qu'il demeure difficile de prévoir le taux de couverture vaccinale car il dépend fortement de l'adhésion de la population à la campagne qui est variable d'une année à l'autre en fonction de différents facteurs. Les taux prévisionnels pour 2025 et 2026 pourront changer en fonction du taux qui sera observé en 2024.

INDICATEUR

1.2 – Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	34,3	35,3	51	51,4	58,2	66,7
1. FEMMES	%	35,3	36,7	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	33,2	33,8	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

Une nouvelle organisation des dépistages organisés des cancers a été mise en place en janvier 2024. Le cahier des charges des programmes de dépistage des cancers fixé par arrêté en date du 16 janvier 2024 prévoit que les personnes de 50 à 74 ans sont dorénavant invitées par les organismes d'assurance maladie à se faire dépister pour le cancer colorectal tous les deux ans. Les indicateurs sont ainsi calculés sur deux ans, période au cours de laquelle l'ensemble de la population d'un département est invité à participer au dépistage. L'assurance maladie établit la liste des personnes éligibles à partir des données individuelles des assurés dont elle dispose, en s'appuyant sur les référentiels nationaux mis à disposition par l'Institut national du Cancer (INCa).

Source des données :

ANSP (Santé publique France) pour le traitement des données 2023, à partir des données fournies par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

Mode de calcul de l'indicateur :

Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage et la population INSEE du département de la même tranche d'âge, auquel on soustrait les exclusions indiquées par l'arrêté du 16 janvier 2024. Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur la période N 1 / N Population moyenne éligible (Insee de 50 à 74 ans) sur la période N 1 / N. La population moyenne éligible est obtenue en faisant la moyenne arithmétique de la population cible Insee des personnes de 50 – 74 ans des années civiles N 1 et N, à laquelle il faut soustraire le nombre moyen (moyenne arithmétique) des personnes de 50 – 74 ans exclues du programme pour des raisons médicales au cours de ces deux années civiles.

JUSTIFICATION DES CIBLES

En 2023, la prévision d'évolution pour les années 2024 à 2026 a été revue en lien avec l'objectif national de 65 % fixé dans la stratégie décennale 2021-2030 de lutte contre le cancer et annoncé par le ministre chargé de la santé dans le cadre de la feuille de route « Priorités Dépistages » 2024-2028 d'ici 2027, en lien avec les objectifs européens. Cette feuille de route prévoit d'atteindre voire également de dépasser l'objectif d'1 million de dépistages supplémentaires en 2025, qui inclut le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR).

Pour mémoire, en s'appuyant sur l'avis des experts, le ministère chargé de la santé a décidé en octobre 2020 (arrêté du 1^{er} octobre 2020) :

- La mise en place, en complément des modalités existantes, de l'envoi à domicile sur commande en ligne du kit de dépistage par toute personne qui recevra une invitation, et en vérifiant qu'un autre suivi ne serait pas plus adapté ;
- Le lancement d'une expérimentation nationale d'envoi du kit de dépistage dès l'invitation, sans commande préalable.

La stratégie décennale de lutte contre le cancer a également prévu une modalité complémentaire de remise de kit par les pharmaciens. Cette nouvelle modalité a été portée par l'arrêté du 1^{er} avril 2022.

La participation au DOCCR stagne à 34,2 % en 2022-2023 (35,3 % pour la seule année 2023) comparée à l'objectif de 65 % fixé dans la stratégie décennale et annoncé par le ministre dans le cadre de la feuille de route « Priorités Dépistages ».

Une amélioration du taux de participation au DOCCR pourrait être envisagée sur 2024 grâce à la mise en place effective des nouvelles modalités de remise du kit et à la nouvelle organisation des dépistages organisés des cancers suite à l'entrée en vigueur de l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.

Cette organisation rénovée se traduit par :

- le transfert du pilotage des invitations et relances à participer à un dépistage organisé à l'Assurance maladie ;
- le recentrage des missions confiées aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), sous la seule tutelle des agences régionales de santé (ARS), sur leurs missions de suivi des patients dépistés, d'information et de formation des professionnels de santé sur le territoire ;
- la mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé :
 - Opérations d'aller-vers individualisées, par les caisses d'assurance maladie (sollicitations individuelles à partir de données nominatives),
 - Opérations « d'aller-vers » populationnelles, conduites par les ARS en lien avec les CRCDC, avec l'appui des caisses primaires d'assurance maladie et des acteurs du territoire (actions collectives, dans des lieux où le dépistage est globalement faible : mammobus, etc.).

INDICATEUR

1.3 – Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	24,5	Non connu	(*)	22	20	20
1. FEMMES	%	21,7	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	27,4	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

L'année 2023 a été celle de la phase test du projet de nouveau baromètre de Santé publique France ; la prévalence du tabagisme quotidien 2023 sera connue en novembre 2024.

A partir de 2024, le Baromètre de Santé publique France se dote d'une nouvelle méthode, pour améliorer la qualité des statistiques produites. Il repose sur l'interrogation d'échantillons représentatifs de la population. Les personnes sélectionnées sont informées par courrier (et/ou par mail) et sont invitées à compléter un questionnaire d'une durée moyenne de 30 minutes. Le recueil des données est confié à l'institut de sondages Ipsos. Le site barometre-spf.fr apporte des informations utiles à toutes les personnes sélectionnées pour participer. Désormais les prévalences régionales seront disponibles en même temps que la prévalence nationale.

Aussi en 2024, près de 80 000 personnes résidant en France hexagonale et dans quatre départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion) sont invitées à participer. Le Baromètre évolue également dans sa périodicité puisqu'à partir de 2024, il est réalisé tous les 2 ans : en 2024 (parution 2025), en 2026 (parution 2027).

Le Baromètre de Santé publique France a reçu le label d'intérêt général et de qualité statistique à caractère obligatoire.

Source des données :

ANSP (Agence nationale de santé publique, également appelée Santé publique France, SpF).

Mode de calcul de l'indicateur :

Tabagisme quotidien : nombre de personnes déclarant fumer au moins une fois par jour du tabac (cigarettes, cigares, cigarillos, chichas) / nombre de personnes interrogées.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Les cibles ont été fixées en cohérence avec celles du Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027, co-porté par les ministères chargés de la santé et des comptes publics. Dans la continuité du précédent programme (2018-2022), il vise à bâtir la première génération sans tabac à l'horizon 2032. Pour ce faire, il s'appuie sur des mesures multisectorielles et 5 axes renouvelés :

- Prévenir l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes ;
- Accompagner les fumeurs en particulier les plus vulnérables, vers l'arrêt du tabac ;
- Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac ;
- Transformer les métiers du tabac et lutter contre les trafics ;
- Améliorer la connaissance sur les dangers liés au tabac et les interventions pertinentes.

Après une baisse d'une ampleur inédite en France de la prévalence tabagique entre 2016 et 2019, celle-ci s'est stabilisée depuis, à un niveau important puisqu'environ 1 français sur 4 continue à fumer quotidiennement. Il reste aussi une préoccupation forte sur les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées (chômeurs, populations précaires, populations à faibles revenus, population sans diplôme, etc.) dont la prévalence augmente assez nettement avec un creusement des écarts de 13 points entre le tiers de la population ayant les revenus les plus bas et le tiers ayant les revenus les plus élevés.

Concernant les prévalences du tabagisme quotidien selon le sexe, une baisse de la prévalence est observée depuis 2016 avec un écart qui diminue entre les hommes et les femmes : 7 points d'écart en 2016 (33 % chez les hommes et 26 % chez les femmes) et en 2022, 5,7 points d'écart (27,4 % chez les hommes et 21,7 % chez les femmes).

Chez les jeunes de 17 ans, la prévalence du tabagisme a baissé significativement entre 2017 et 2021, passant de 25 % à 16 % bien au-delà de l'objectif du Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 (qui était de 20 %).

OBJECTIF

2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

L'impact sur la santé humaine des dégradations de l'environnement fait partie intégrante de la santé publique. L'eau du milieu naturel étant la matrice de l'environnement susceptible de recevoir toutes les pollutions, la qualité de l'eau potable est l'une des premières préoccupations des Français en matière d'environnement.

A ce titre, l'eau du robinet, destinée à la consommation humaine, fait l'objet de contrôles permanents par les Agences régionales de santé dans le cadre du contrôle sanitaire, depuis le captage dans le milieu naturel, jusqu'au robinet du consommateur. Ces contrôles permettent de garantir une consommation sûre : l'eau distribuée en France est de bonne qualité, conformément aux niveaux définis par l'Union Européenne fondés sur les évaluations menées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Afin de garantir l'information du consommateur, les résultats sont mis à disposition commune par commune sur le site du ministère chargé de la santé.

INDICATEUR

2.1 – Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres microbiologiques	%	9,7	10,3	11,75	11,5	11,25	11

Précisions méthodologiques

L'indicateur représente la proportion d'unités de distribution (UDI) d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique. Une UDI désigne un ensemble de canalisation de distribution d'eau potable au sein duquel la qualité de l'eau est considérée comme homogène. Tous les abonnés raccordés au réseau public d'eau potable sont ainsi associés à une UDI.

L'indicateur permet d'obtenir une vision de la qualité microbiologique de l'eau du robinet en France, y compris pour les plus petites unités de distribution :

- La qualité microbiologique des eaux correspond au risque sanitaire à court terme le plus important dans le domaine de l'eau potable,
- Cet indicateur est très sensible : son évolution correspond bien à une évolution de la situation sur le terrain (amélioration de l'indicateur s'il y a une meilleure gestion des installations de traitement et réciproquement).

Source des données :

Base nationale de données « SISE-Eaux d'alimentation » du ministère chargé de la santé.

Mode de calcul de l'indicateur :

Nombre d'unités de distribution (UDI) d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique, divisé par le nombre d'unités de distribution d'eau potable en France ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire.

JUSTIFICATION DES CIBLES

En 2023, 10,3 % des unités de distribution d'eau potable ont présenté des dépassements des limites de qualité microbiologique, la cible est atteinte.

Après une relative stagnation entre 2015 et 2018, puis une amélioration de la qualité microbiologique de l'eau distribuée, on note une stabilisation depuis 2020. Cette amélioration puis stabilisation depuis 2020 peut être liée à une meilleure gestion des installations, notamment une meilleure gestion préventive de l'étape de désinfection dans les unités de production d'eau potable et à la mise en œuvre de mesures de prévention (plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau par exemple) par les responsables de la production/distribution d'eau potable. Cela peut être le fruit de la sensibilisation de ces derniers par les agences régionales de santé. Les résultats en 2023 sont en très légère dégradation par rapport à 2022. Cet indicateur repose sur les résultats de près de 400 000 analyses réalisées en 2023 dont 1 % sont non conformes ce qui témoigne, globalement, d'un haut niveau de qualité microbiologique de l'eau.

La poursuite de la diminution de l'indicateur constitue un objectif ambitieux au regard du nombre important d'UDI concernées par des dépassements des limites de qualité microbiologique (plusieurs milliers d'UDI concernées) et de leur taille (petites collectivités).

Les leviers d'action permettant d'obtenir cette amélioration reposent principalement sur la sensibilisation et la mobilisation des collectivités et des distributeurs d'eau par les agences régionales de santé. Cette mobilisation doit se traduire par une meilleure gestion des installations, notamment une meilleure gestion préventive de l'étape de désinfection dans les unités de production d'eau potable, par la mise en œuvre de mesures de prévention (plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau par exemple pour les responsables de la production/distribution d'eau potable) et de mesures de gestion de type renforcement du contrôle de la qualité de l'eau et injonction en cas de non-conformités.

INDICATEUR

2.2 – Pourcentage de signalements traités en 1h

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	97,4	98	95	95	95	95

Précisions méthodologiques

L'indicateur porte sur le pourcentage de signalements traités dans un délai d'une heure par le centre opérationnel du Centre de crises sanitaires (créé au 1^{er} mars 2024, il succède à la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire) de la DGS, avec une cible fixée à 95 % en 2024.

Le signalement est défini comme l'acte volontaire d'un acteur d'envoyer une information au Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (Corruss) ayant un impact (ou susceptible d'avoir un impact) sur le champ sanitaire.

Le périmètre relevant de cet indicateur correspond aux signalements relevés :

- par les agences régionales de santé (ARS),
- via le système d'information sanitaire des alertes et des crises (SISAC).

La prise en compte (ou traitement) s'entend comme : l'attribution (ou la délégation) du signalement selon les procédures établies dans le cadre de la démarche qualité du Corruss.

Cet indicateur correspond au délai maximal de la prise en compte d'au moins 95 % des signalements reçus. La cible a été actualisée en cohérence avec les modalités de calcul de l'indicateur : pourcentage du nombre de signalements traités en moins d'1 heure rapporté au nombre total des signaux. Le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur est assuré mensuellement.

Source des données :

DGS (Centre de crises sanitaires /Corruss) : le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur est assuré mensuellement.

Mode de calcul de l'indicateur :

Le calcul de cet indicateur est basé sur le rapport du nombre de signalements traités par le Corruss dans le délai considéré sur le nombre total de signalements réceptionnés mensuellement au Corruss.

JUSTIFICATION DES CIBLES

La prévision actualisée fixée pour cet indicateur reste établie depuis l'année 2023 à 95 %, avec un maintien de traitement des signalements à un haut niveau de réactivité en dépit d'une augmentation constatée ces dernières années du nombre d'alertes sanitaires et de la complexité de leurs modes de gestion eu égard à leur nature et leur impact sur l'ensemble du territoire.

Ce maintien de la cible respecte le cadre de la politique de qualité mise en œuvre au sein du CORRUSS et prend en compte l'analyse de l'impact des situations sanitaires exceptionnelles sur le fonctionnement du CORRUSS. En cas d'activation des niveaux 3 et 4 du centre opérationnel impliquant une mobilisation exceptionnelle des agents du CORRUSS, le calcul de cet indicateur ainsi que la cible retenue pourront être adaptés pour être mis en cohérence avec la situation.

Cette cible garantit enfin la poursuite de la démarche de sécurisation des processus de réception et d'analyse des signalements. Le CORRUSS poursuit, par ailleurs, la démarche d'évaluation de l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre reposant sur des indicateurs et un contrôle interne.

Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales

PRESENTATION DES CREDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2024 ET 2025

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2024 PLF 2025	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		0 0	37 108 817 27 017 443	33 379 273 31 379 273	70 488 090 58 396 716	0 0
12 – Santé des populations		0 0	0 0	1 010 000 919 887	1 010 000 919 887	0 0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		0 0	46 988 567 45 875 932	0 0	46 988 567 45 875 932	0 0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		0 0	30 454 046 29 967 705	0 0	30 454 046 29 967 705	0 0
16 – Veille et sécurité sanitaire		0 0	57 010 000 19 426 322	0 0	57 010 000 19 426 322	0 0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0 0	0 0	4 379 000 4 261 537	4 379 000 4 261 537	0 0
19 – Modernisation de l'offre de soins		1 300 000 700 000	6 051 565 4 551 565	49 600 000 65 400 000	56 951 565 70 651 565	0 0
Totaux		1 300 000 700 000	177 612 995 126 838 967	88 368 273 101 960 697	267 281 268 229 499 664	0 0

CREDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2024 PLF 2025	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		0 0	39 108 817 27 047 423	33 379 273 31 379 273	72 488 090 58 426 696	0 0
12 – Santé des populations		0 0	0 0	1 010 000 919 887	1 010 000 919 887	0 0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		0 0	46 988 567 45 875 932	0 0	46 988 567 45 875 932	0 0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		0 0	30 454 046 29 967 705	0 0	30 454 046 29 967 705	0 0
16 – Veille et sécurité sanitaire		0 0	57 010 000 19 426 322	0 0	57 010 000 19 426 322	0 0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0 0	0 0	4 379 000 4 261 537	4 379 000 4 261 537	0 0
19 – Modernisation de l'offre de soins		1 300 000 700 000	6 051 565 4 551 565	50 900 000 57 600 000	58 251 565 62 851 565	0 0
Totaux		1 300 000 700 000	179 612 995 126 868 947	89 668 273 94 160 697	270 581 268 221 729 644	0 0

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE POUR 2024, 2025, 2026 ET 2027

Titre	LFI 2024 PLF 2025 Prévision indicative 2026 Prévision indicative 2027	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
		Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
2 - Dépenses de personnel		1 300 000 700 000 700 000 700 000		1 300 000 700 000 700 000 700 000	
3 - Dépenses de fonctionnement		177 612 995 126 838 967 110 912 410 106 920 969		179 612 995 126 868 947 119 011 458 114 321 943	
6 - Dépenses d'intervention		88 368 273 101 960 697 89 157 985 85 949 427		89 668 273 94 160 697 88 328 957 84 848 452	
Totaux		267 281 268 229 499 664 200 770 395 193 570 396		270 581 268 221 729 644 208 040 415 199 870 395	

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE ET CATEGORIE POUR 2024 ET 2025

Titre / Catégorie	LFI 2024 PLF 2025	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
		Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
2 – Dépenses de personnel		1 300 000 700 000		1 300 000 700 000	
21 – Rémunerations d'activité		1 300 000 700 000		1 300 000 700 000	
3 – Dépenses de fonctionnement		177 612 995 126 838 967		179 612 995 126 868 947	
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel		118 091 990 67 317 962		120 091 990 67 347 942	
32 – Subventions pour charges de service public		59 521 005 59 521 005		59 521 005 59 521 005	
6 – Dépenses d'intervention		88 368 273 101 960 697		89 668 273 94 160 697	
61 – Transferts aux ménages		32 379 273 30 379 273		32 379 273 30 379 273	
64 – Transferts aux autres collectivités		55 989 000 71 581 424		57 289 000 63 781 424	
Totaux		267 281 268 229 499 664		270 581 268 221 729 644	

TAXES AFFECTEES PLAFONNEES

Taxe	Bénéficiaire	Plafond 2024	Plafond 2025
Fraction des Prélèvements sociaux sur les jeux prévus aux art. L137-20 à L137-22 du Code de la sécurité sociale	ANSP - Agence nationale de santé publique	5 000 000	5 000 000

TAXES AFFECTEES NON PLAFONNEES

Taxe	Bénéficiaire	Prévision de rendement 2024	Prévision de rendement 2025
Contribution sociale généralisée (CSG)	FSV	21 867 530 067	22 619 971 948

ÉVALUATION DES DEPENSES FISCALES

Avertissement

Le niveau de fiabilité des chiffrages de dépenses fiscales dépend de la disponibilité des données nécessaires à la reconstitution de l'impôt qui serait dû en l'absence des dépenses fiscales considérées. Par ailleurs, les chiffrages des dépenses fiscales ne peuvent intégrer ni les modifications des comportements fiscaux des contribuables qu'elles induisent, ni les interactions entre dépenses fiscales.

Les chiffrages présentés pour 2025 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2025. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2025 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

« ε » : coût inférieur à 0,5 million d'euros ; « - » : dépense fiscale supprimée ou non encore créée ; « nc » : non chiffrable.

Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »). Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc ») en 2025, le montant pris en compte dans le total 2025 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2024 ou 2023); si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère toutefois limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

DEPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPOTS D'ÉTAT (6)

			(en millions d'euros)		
Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale			Chiffrage 2023	Chiffrage 2024	Chiffrage 2025
120204	Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Traitements, salaires, pensions et rentes viagères Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1978 - Dernière modification : 1996 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 80 quinquies	545	565	565	
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux	27	71	71	

(en millions d'euros)

		Chiffrage 2023	Chiffrage 2024	Chiffrage 2025
	Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale			
190212	<p>Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Crédit : 1963 - Dernière modification : 2000 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - BOFIP : BOI-BNC-SECT-40</p> <p>Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses"</p> <p>Dispositions communes aux bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices agricoles et bénéfices non commerciaux</p> <p>Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Crédit : 2016 - Dernière modification : 2016 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 154 bis A</p>	39	39	39
160204	<p>Exonération d'impôt sur le revenu, à hauteur de 60 jours par an, de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans certaines zones rurales ou urbaines</p> <p>Bénéfices non commerciaux</p> <p>Bénéficiaires 2023 : 9000 Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données déclaratives fiscales - Fiabilité : Bonne - Crédit : 2005 - Dernière modification : 2005 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 151 ter</p>	32	32	32
160302	<p>Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés</p> <p>Bénéfices non commerciaux</p> <p>Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Crédit : 1972 - Dernière modification : 1972 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - BOFIP : BOI-BNC-SECT-40</p>	7	23	23
730208	<p>Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés</p> <p>Assiette et taux</p> <p>Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Bonne - Crédit : 1990 - Dernière modification : 2012 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 279-a quinques</p>	11	11	12
Coût total des dépenses fiscales		661	741	742

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLÉMENTS DE SYNTHESE DU PROGRAMME

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	58 396 716	58 396 716	0	58 426 696	58 426 696
12 – Santé des populations	0	919 887	919 887	0	919 887	919 887
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	45 875 932	45 875 932	0	45 875 932	45 875 932
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	29 967 705	29 967 705	0	29 967 705	29 967 705
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	19 426 322	19 426 322	0	19 426 322	19 426 322
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	4 261 537	4 261 537	0	4 261 537	4 261 537
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	700 000	69 951 565	70 651 565	700 000	62 151 565	62 851 565
Total	700 000	228 799 664	229 499 664	700 000	221 029 644	221 729 644

Dépenses pluriannuelles

ÉCHEANCIER DES CREDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES A PAYER AU 31/12/2024

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2023 (RAP 2023)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2023 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2023	AE (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2024 + Reports 2023 vers 2024 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2024 + Reports 2023 vers 2024 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2024
64 441 981	0	297 969 776	343 855 175	18 474 706

ÉCHEANCIER DES CP A OUVRIR

AE	CP 2025	CP 2026	CP 2027	CP au-delà de 2027
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2024 18 474 706	CP demandés sur AE antérieures à 2025 CP PLF CP FdC et AdP 0	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2025 1 328 448	Estimation des CP 2027 sur AE antérieures à 2025 1 861 781	Estimation des CP au-delà de 2027 sur AE antérieures à 2025 11 956 029
AE nouvelles pour 2025 AE PLF AE FdC et AdP 0	CP demandés sur AE nouvelles en 2025 CP PLF CP FdC et AdP 0	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2025 11 098 468	Estimation des CP 2027 sur AE nouvelles en 2025 0	Estimation des CP au-delà de 2027 sur AE nouvelles en 2025 0
Totaux	221 029 644	12 426 916	1 861 781	11 956 029

CLES D'OUVERTURE DES CREDITS DE PAIEMENT SUR AE 2025

CP 2025 demandés sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025 95,15 %	CP 2026 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025 4,85 %	CP 2027 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025 0,00 %	CP au-delà de 2027 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025 0,00 %
--	--	--	---

Justification par action

ACTION (25,4 %)

11 – Pilotage de la politique de santé publique

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	58 396 716	58 426 696	0	0
Dépenses de fonctionnement	27 017 443	27 047 423	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	27 017 443	27 047 423	0	0
Dépenses d'intervention	31 379 273	31 379 273	0	0
Transferts aux ménages	30 379 273	30 379 273	0	0
Transferts aux autres collectivités	1 000 000	1 000 000	0	0
Total	58 396 716	58 426 696	0	0

L'action 11 vise à structurer, rationaliser et mieux piloter les actions de santé publique. Elle mobilise des usagers et des professionnels du système de santé en les associant à la conception et à la mise en œuvre de ces actions.

Cette action recouvre d'abord le soutien aux politiques de santé publique, avec d'une part le développement et l'exploitation des systèmes d'information en santé publique et d'autre part des actions d'information et de communication auprès du public et des professionnels de la santé.

Elle contribue également à l'organisation et au financement du partenariat associatif ainsi qu'au développement de la démocratie sanitaire avec le financement de la conférence nationale de santé.

Elle permet de développer les études et la recherche dans le domaine de la santé publique, ainsi que de renforcer la veille, la surveillance, l'évaluation et l'expertise.

Enfin, l'action 11 supporte l'ensemble des frais liés aux actions juridiques et contentieuses relevant de la compétence de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'offre de soins.

CONTRIBUTION AU PLAN DE RELANCE

Actions de pilotage, de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique

Par nature très transversale, cette sous-action regroupe notamment une partie du subventionnement associatif, le financement d'études et recherches en santé publique, ainsi que le financement d'actions internationales et de communication. Les principales dépenses prévues en 2025 sont les suivantes :

Partenariat associatif

Le réseau associatif tient une place prépondérante dans les actions de promotion de la santé, de prévention, d'accompagnement des malades, de recueil des attentes des usagers du système de santé, de plaidoyer des usagers et d'expertise auprès des pouvoirs publics. De plus, les associations constituent un relai de qualité avec les usagers du système de santé.

Les partenariats établis par la DGS avec des associations nationales ou têtes de réseau seront poursuivis en 2025 dans plusieurs domaines de la santé publique, et notamment :

- La santé sexuelle (VIH, IST, hépatites, contraception, IVG);
- La prévention des addictions (tabac, alcool, substances illicites) et la réduction des risques et dommages ;
- La promotion et la prévention en matière de santé mentale;
- La santé des personnes en situation de vulnérabilité dans une approche de santé globale (global health) ;
- Les actions liées à l'environnement et la santé ;
- La nutrition-santé et le sport-santé, visant à améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive à tous les moments de la vie.

Selon la thématique considérée, les financements associatifs en question sont portés par les actions 12 « Santé des populations », 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » et 15 « Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation ».

En complément et comme chaque année, seront également financées les actions de trois associations têtes de réseaux d'élus locaux chargées de la santé (association « élus, santé publique et territoires », association « réseau français des villes-santé de l'organisation mondiale de la santé », association « Fabrique territoires santé, plate-forme nationale des ressources ateliers santé »), impliquant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales. Du fait de leur caractère transversal, ces financements, estimés à 0,22 M€ en 2025, sont portés par l'action 11 du programme 204.

Conférence nationale de santé (CNS)

Organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, la Conférence nationale de santé a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics. Dans le cadre de sa mandature entamée en 2020, elle s'est largement autosaisie des questions liées à la conduite de la crise sanitaire de la Covid-19 où elle a rappelé l'exigence de mobiliser les outils de la démocratie en santé dans cette période exceptionnelle et par son président assuré l'animation des travaux du Comité de contrôle et de liaison Covid-19 sur le recours aux outils numériques. En 2021, elle a remis au ministre chargé de la santé son rapport consacré aux droits des usagers en période de crise sanitaire. En 2022, elle a remis au ministre de la santé et au ministre des solidarités un rapport faisant le bilan de 20 ans de lois sur la démocratie en santé et proposant des pistes de progression pour l'avenir. En 2024, elle a remis à la ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées son rapport sur la lutte contre les maltraitances. Au total, depuis 2020, l'instance a adopté 35 documents. En 2024, le secrétariat général de la CNS assuré par la DGS devra également préparer la nouvelle mandature prévue en 2025, notamment par la mise en œuvre de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant les mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie qui élargit les missions et la composition de l'instance à la lutte contre les maltraitances.

Outre-mer

Les territoires ultramarins présentent des difficultés spécifiques liées à leur éloignement ou leur isolement, et dont l'ampleur est très souvent majorée par les conditions de vie, la précarité et les difficultés d'accès aux soins auxquelles sont soumises une part importante de la population. L'effort de rattrapage engagé à leur bénéfice doit être poursuivi et amplifié afin de fournir un niveau de santé et de prise en charge comparable à ceux dont bénéficient les métropolitains.

En complément de l'ensemble des financements dont bénéficient également les outre-mer sur chacune des thématiques de prévention, des crédits seront ainsi alloués pour des actions de prévention et de promotion de la santé portées par le volet outre-mer de la stratégie nationale de santé et par le Plan national de santé publique « Priorité Prévention ». Comme les années précédentes, elles concerneront principalement l'amélioration des dispositifs d'observation et de connaissance de l'état de santé des populations ultramarines, ainsi que des

déterminants comportementaux ou socio-environnementaux, notamment en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité.

Un effort particulier sera poursuivi pour permettre à l'administration territoriale de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon de prolonger ses actions en matière de prévention et tout particulièrement celles consacrées à la santé environnementale, à la lutte contre les maladies chroniques, ainsi qu'à la santé mentale et à la santé sexuelle de la population.

Affaires européennes et internationales

Dans un monde globalisé, les enjeux de santé publique ne peuvent être pensés en termes strictement nationaux. L'action internationale est un levier indispensable à la réalisation des objectifs nationaux en santé publique, eux-mêmes contribuant aux objectifs du développement durable (ODD) et aux plans globaux de l'Organisation Mondiale de la santé, en termes de sécurité sanitaire, santé des populations et accès aux soins.

L'action internationale en santé est mise en œuvre via une stratégie d'influence auprès des instances européennes et internationales, afin que soient prises en compte les propositions de la France dans le cadre des plans et initiatives internationales, ainsi que la conduite de projets collaboratifs, réseaux internationaux et actions conjointes européennes, qui contribuent au développement du cadre de vie en bonne santé souhaité par les citoyens. En ce sens, le Plan national de santé publique « Priorité Prévention » s'articule avec les priorités de la stratégie de la France en santé mondiale, notamment l'accès à la couverture santé universelle dans le cadre du renforcement des systèmes de soins, la sécurité sanitaire internationale, l'action sur les déterminants de la santé et la place de la prévention dans le continuum de soins. De même, la direction générale de la santé (DGS) contribue activement à l'élaboration de l'Union pour la Santé proposé par la Commission européenne et à la coordination des activités des États membres.

La France poursuivra ainsi le financement de la contribution obligatoire à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). Au plan européen, le budget alloué soutiendra la mise en œuvre des actions conjointes auxquelles la DGS participe avec les agences et autres acteurs français engagés sur les sujets de santé publique.

Information et communication

L'information et la communication constituent des leviers déterminants à la mise en œuvre des politiques de santé publique, et leur adhésion par le grand public et les professionnels de santé, notamment en termes de prévention et de sécurité sanitaire. Les crédits consacrés aux actions d'information et de communication en santé publique permettront de valoriser les dispositifs et actions portées par toutes les entités de la DGS (direction générale, sous-directions et organismes rattachés), dont la santé des populations (prévention des addictions, santé sexuelle, santé mentale...), les politiques des produits de santé et la qualité des pratiques et des soins et la prévention des risques liés à l'environnement et l'alimentation. Il s'agit par exemple d'améliorer l'information du public sur la lutte contre l'antibiorésistance, de poursuivre la sensibilisation en faveur de la promotion de la vaccination et de renforcer l'information des patients et des professionnels sur les médicaments et dispositifs médicaux. Pour ce faire, des publications (guides, plaquettes, affiches, infographies etc.), des campagnes d'information, des opérations de relations presse, des dispositifs de communication digitale ou des évènements pourront être exécutés.

Dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles et l'anticipation de ces dernières (alerte climatique, épidémie/pandémie, alerte alimentaire, etc.), les crédits permettent de mettre en œuvre en urgence des supports d'information et de communication adaptés à la situation pour informer les professionnels de santé et protéger la population. Depuis la création de Centre de crises sanitaires au 1^{er} mars 2024, le bureau de communication de crise de la DICOM est compétent pour élaborer et mettre en œuvre les actions de communication du CCS (hors communication institutionnelle).

Études et recherches

Pour améliorer la sécurité sanitaire, la prévention et la prise en charge des problèmes de santé et pour soutenir le développement et une utilisation adéquate des innovations, l'identification des connaissances nécessaires à l'élaboration des politiques de santé requiert des interactions fortes entre les différentes directions du ministère chargé de la santé et de la prévention, les organismes de protection sociale, le ministère chargé de la recherche et les principaux opérateurs d'études et de recherche. La mise en œuvre de ces orientations se traduit notamment par l'exercice de la tutelle de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), par la contribution au financement des appels à projets menés par l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP), par la production d'indicateurs de santé à différents échelons territoriaux et encore par l'élaboration des volets recherche des plans et programmes de santé publique, en concertation avec le ministère chargé de la recherche.

Ces crédits mis en œuvre en administration centrale permettent de financer :

- l'observation en santé au niveau régional et local, en soutenant d'une part la mise à disposition sur Internet de la base « Score Santé » qui regroupe au niveau national l'ensemble des indicateurs disponibles au niveau régional ou infra régional, et d'autre part, l'amélioration de la qualité des travaux réalisés par les observatoires régionaux de santé en appui aux ARS et aux collectivités locales (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé – FNORS) ;
- le fonctionnement de l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP), ainsi que le soutien à l'appel à projets de recherche « Services, interventions et politiques favorables à la santé » coordonné par celui-ci. Cet appel à projets concerne un large périmètre de disciplines, dont les sciences sociales, l'épidémiologie, la santé publique ou encore les sciences médicales et paramédicales, les projets soutenus devant s'inscrire dans une optique d'éclairage des politiques publiques ; le soutien au développement de l'expertise épidémiologique et en interventions de santé publique nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé (en appui des sociétés savantes) ;
- les travaux nécessaires au développement d'analyses et d'outils spécifiques en appui à l'élaboration aux politiques de santé, notamment dans le cadre d'une convention cadre de partenariat avec la fondation nationale des sciences politiques ;
- une contribution à la mise en place d'un parcours doctoral national en santé travail de l'EHESP ;
- la poursuite des actions de soutien aux grandes études en santé, notamment par l'exploitation, pour répondre à des besoins de connaissances utiles à l'élaboration des politiques de santé, de données recueillies par la grande étude de cohorte en population générale ELFE.

Veille, surveillance, évaluation et expertise (dont le Haut Conseil de santé publique)

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), instance d'expertise placée auprès du ministre en charge de la santé, peut être consulté par les ministres intéressés et par les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question de santé publique relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou au système de santé. Le HCSP contribue notamment à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé (SNS). Il apporte, en lien avec les agences sanitaires, une expertise à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire.

En 2023, le HCSP a fourni des réflexions et préconisations stratégiques sur des thématiques prioritaires de santé publique comme les rendez-vous prévention, la maltraitance (publié en 2024), l'établissement d'une liste de maladies infectieuses prioritaires ou encore la préfiguration de la SNS.

Cette dernière publication se poursuit en 2024 par un travail multidisciplinaire et collégial en partenariat avec de nombreuses institutions ou agences françaises pour anticiper et proposer un modèle de système de santé de demain.

Les enjeux sanitaires de l'eau et aux expositions chimiques de la population par les per- et polyfluoroalkylées, plus connus sous le nom de PFAS, ou encore les pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine sont et seront au cœur des travaux du HCSP, dans les années à venir. Ils ont motivé la création d'un groupe de travail permanent consacré à la sécurité sanitaire de l'eau, le Sec Eau en 2024.

Des propositions de recommandations et d'objectifs dans le cadre de l'élaboration du Programme National Nutrition Santé 5 (PNNS 5) sont en cours d'élaboration.

L'actualité fournie en matière de maladies infectieuses et émergentes comme les arboviroses, la coqueluche ou encore le MPOX suscite de nombreuses saisines.

La commission santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle, après le rapport allaitements, mène notamment des travaux relatifs à la santé sexuelle et se prépare à travailler sur les intoxications accidentelles.

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique

La stratégie du numérique en santé est pilotée par la délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) qui guide depuis 2020 les orientations et investissements en matière de conduite de projets de systèmes d'information (SI). Depuis avril 2024, avec la reprise de la gestion de la majorité des SI de la DGS et de la DGOS, la DNS a un rôle structurant aussi en termes d'urbanisation des SI de santé pour l'ensemble du Ministère de la Santé. Il s'agit de mieux couvrir en cohérence avec tout l'écosystème des acteurs des SI de santé existants (DGS, DGOS, DNUM,..), la gestion des évolutions réglementaires, techniques et de sécurité incontournables, et l'assistance nécessaire auprès des services et sous directions métiers concernés.

Les projets confiés en maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage déléguées à l'agence du numérique en santé (ANS), notamment sous tutelle de la DNS, sont les suivants :

- exploitation et gestion des évolutions nécessaires du SICAP (gestion des données recueillies et traitées par les centres anti-poisons (CAP) en partenariat avec la DGOS) ;
- développement des fonctionnalités du Portail des signalements des événements indésirables graves (PSIG), afin de permettre la poursuite de la feuille de route sur la réalisation de l'espace d'échange (permettant notamment la demande de complément d'information au déclarant par l'évaluateur), les travaux de conception relatifs à la dématérialisation des maladies à déclaration obligatoire, et la poursuite des évolutions des interconnexions avec les SI Tiers pour intégrer les fonctionnalités de l'espace d'échange.;
- exploitation du SI Victimes ; initialement destiné à faciliter le recensement des victimes d'attentats ou d'événements sanitaires graves, SI-VIC est désormais en capacité, depuis le suivi massif des patients hospitalisés suite à la crise sanitaire Covid-19, de suivre les victimes potentielles hospitalisées dans le cadre de tout événements sanitaire grave de grande ampleur.

Les autres projets 2025 de la DGS, en lien le plus souvent avec le pilotage stratégique et opérationnel de la DNS, concernent de nouveaux SI et des refontes ou des évolutions majeures :

- La refonte du système d'information alerte et crise (SISAC) en un système d'information SI CORRUSS, mis en œuvre par le service centre de crise sanitaire (CCS) de la DGS, avec pour priorité la pérennisation du module situation sanitaire exceptionnelle (SSE) expérimenté en déploiement auprès des ARS métropolitaines en juillet 2024 pendant la période JOP 2024, et en perspective le développement d'ici avril 2026 des lots Signalements, RSS, Reprise de données, et mise en œuvre d'une solution d'interconnexion avec le SI ATHINA, cadre d'un projet européen issu de l'expérience crise sanitaire ;
- Aqua-Sise, refonte du SISE-Eaux (système d'information en santé-environnement sur les eaux), lequel date de 1994, et permet aux Agences régionales de santé d'assurer leurs missions de contrôle sanitaire des eaux (comprenant notamment la réalisation des prélèvements et d'analyses de la qualité des eaux, le contrôle et l'inspection des installations et l'information des élus et du public) et ce pour différents types d'eau (eau du robinet, eaux conditionnées, eaux de baignades, eaux de piscines, eaux thermales) ;
- LABOé-SI système d'information (SI) développé dans le contexte du retour d'expérience sur la crise pandémique (suite au SDEP) pour renforcer la surveillance épidémiologique assurée par Santé publique France (SpF) dans l'intérêt de pouvoir identifier précocement une circulation des virus (surveillance), de promouvoir et simplifier le signalement des cas aux Agences Régionales de santé (ARS) sur les pathologies nécessitant une intervention urgente, et un suivi réactif et la mise en place rapide de mesures de gestion (investigation et intervention), et constituer enfin un outil clé du volet numérique du dispositif national de préparation et de gestion des crises sanitaires futures, en embarquant un module de fonctionnalités de gestion de crise partagé avec les acteurs concernés ;

- Le SILAV dont la fin de la refonte est reportée au 1^{er} semestre 2026 pour satisfaire pleinement aux sollicitations toujours plus forte de cet outil, pour assurer la surveillance entomologique d'intervention autour des détections et de prospection des traitements et travaux autour des lieux fréquentés par les cas humains de maladies transmises par les moustiques vecteurs, qui impose depuis le 1^{er} janvier 2020 (Décret n° 2019-258 du 29 mars 2019), la saisie pour les ARS et leurs opérateurs de démoustication, , de disposer d'une application SI-LAV Web répondant aux normes technologiques et de sécurité actuelles ;
- Poursuite de nombreuses refontes en cours et/ou l'assistance au déploiement des évolutions majeures associées à des impératifs réglementaires, notamment pour :

* Pérenniser une Base séquestre pour conserver les données de vaccination de la crise sanitaire Covid-19 (impératif juridique) ;

* Poursuivre le déploiement technique très bien engagé de la plateforme nationale de dématérialisation des certificats de décès CertDC (simplification administrative au profit des familles, des collectivités, des opérateurs funéraires et de l'État), mesure inscrite au Top 250 des démarches en ligne de l'État ;

* Finaliser la refonte du système d'information SIRIPH permettant de gérer l'évaluation des projets de recherche impliquant la personne humaine. L'enjeu est l'évaluation dans les délais réglementaires des projets de recherche soumis aux Comités de protection des personnes (CPP), facteur déterminant de l'attractivité de la France auprès des industries de santé (industrie pharmaceutique, dispositif médical et dispositifs de diagnostic in vitro) ; - Assurer les évolutions, la poursuite du déploiement et le maintien en conditions opérationnelles de la base nationale de recensement des défibrillateurs automatisés externe (DAE), dénommée Géo' DAE ;

* Assurer l'accompagnement indispensable des métiers au maintien en conditions opérationnelles et à la conduite des évolutions indispensables d'une dizaine d'autres SI de santé publique (Santé Habitat, Hopsy Web, Bio2/O2, SI Amiante, Transparence Santé, VADIM, SI 2NPS, SI associé au numéro d'appel pour la prévention du suicide, premiers certificats de santé de l'enfant, SIAPADD Traitement de données mis en œuvre par la Commission d'Accès des Personnes nées d'AMP aux Données des tiers Donneurs (CAPADD,) comme le dispose l'article 5 de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 (LBE) ..) ;

* Garantir l'effectivité des actions relatives aux analyses de risques et de sécurité pour une dizaine de SI de santé publique chaque année : prolongement d'homologations et parfois nouvelles homologations.

Actions juridiques et contentieuses

Les dossiers contentieux concernent :

- les règlements amiables et contentieux de toute nature dont la charge financière incombe à l'État au titre des décisions prises par la DGS (5 M€), les préfets (en matière, notamment, de logement insalubre, de contrôle sanitaire des eaux et de soins sans consentement) ou les directeurs généraux des agences sanitaires lorsqu'ils agissent au nom de l'État (notamment l'ANSM, pour les autorisations de mise sur le marché de médicaments). Les dépenses sont constituées de frais d'avocat, d'expertise ou d'indemnisation de préjudices en lien direct avec une carence ou un agissement fautif de l'État. Si les domaines contentieux sont divers, ils comprennent en particulier la réparation, amiable par voie transactionnelle ou contentieuse en exécution d'une décision de justice, des accidents post vaccinaux antérieurs à 2006, ou des préjudices des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ;
- les litiges de toute nature mis à la charge de l'État au titre des décisions prises par la DGOS ou par les agences régionales de santé au nom de l'État (3,2 M€) : cela concerne majoritairement les recours formés contre les décisions d'autorisation ou de refus d'autorisation relatives aux activités de soins, aux officines de pharmacie ou encore à l'exercice de professionnels de santé.

En outre, l'État verse une dotation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) qui assure, pour le compte de l'État :

- l'indemnisation des accidents vaccinaux (vaccinations obligatoires) survenus depuis le 1^{er} janvier 2006 ainsi que l'indemnisation des victimes de mesures sanitaires d'urgence (8 M€) ;

- l'indemnisation, pour le compte de l'État ou en substitution d'autres responsables (exploitants et professionnels de santé) des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés (Dépakine®), à hauteur de 24,379 M€. Les frais de fonctionnement de ce dispositif d'indemnisation et de celui relatif à l'indemnisation des victimes du benfluorex (Médiator®), adossés à l'ONIAM, sont également couverts par cette dotation.
- l'indemnisation des conséquences dommageables d'une vaccination réalisée dans le cadre de la campagne de vaccination contre la Covid-19 (mission assurée depuis 2021).

ACTION (0,4 %)

12 – Santé des populations

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	919 887	919 887	0	0
Dépenses d'intervention	919 887	919 887	0	0
Transferts aux autres collectivités	919 887	919 887	0	0
Total	919 887	919 887	0	0

Corriger les inégalités et garantir pour tous les meilleures chances face à la maladie sont des enjeux essentiels pour la politique de santé publique qui vise à apporter au grand public et particulièrement aux plus fragiles l'information et l'éducation en santé dont ils ont besoin.

Les actions menées concourent à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé (SNS) et du Plan « priorité prévention ». L'objectif est de créer un environnement favorable à la santé, avec une politique incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il s'agit également de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, en particulier pour les populations en situation de précarité, les gens du voyage ou les personnes migrantes, ainsi que les personnes placées sous-main de justice.

Santé des populations en difficulté

Il s'agit de mettre les populations les plus vulnérables au cœur des politiques de santé par un effort de prévention accru sur les principaux facteurs de risques comportementaux et environnementaux ou encore par des actions menées précocelement auprès des jeunes et de leurs familles dans une démarche de sensibilisation.

Ces crédits financent notamment des actions en direction des personnes migrantes (dont le soutien à l'interprétariat en santé et la médiation en santé), des personnes en situation d'exclusion, des personnes exilées dépourvues de protection maladie, des populations roms et gens du voyage. Des crédits soutiennent également des actions s'inscrivant dans la nouvelle feuille de route 2024-2028 santé des personnes placées sous-main de justice, notamment concernant l'observation de leur santé et le soutien aux démarches régionales de prévention/promotion de la santé en milieu carcéral.

Par ailleurs, des crédits sont mobilisés également pour soutenir l'établissement public SUPAGRO et le réseau d'éducation pour la santé RESEDA, lequel développe des activités d'éducation à la santé auprès de jeunes en établissements scolaires agricoles.

Enfin, des crédits spécifiques sont destinés à soutenir les actions en direction des jeunes résidant dans les lieux d'hébergement du mouvement Habitat Jeunes.

Santé de la mère et de l'enfant

• La période des 1 000 jours (grossesse et enfants jusqu'à 2 ans)

La fécondité française, si elle se maintient en 2023 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens -678 000 naissances en France avec un indicateur conjoncturel de fécondité à 1,68 enfant par femme - diminue graduellement chaque année depuis 2015. Des actions sont mises en œuvre pour développer la prévention dès la période préconceptionnelle, afin de réduire la survenue de handicaps évitables, pour améliorer la santé maternelle et la santé périnatale par une prise en charge précoce et adaptée des femmes enceintes et des nouveau-nés, avec une attention particulière en direction des femmes en situation de vulnérabilité. Plusieurs de ces actions s'inscrivent dans la feuille de route interministérielle des 1000 premiers jours de l'enfant. Les actions financées s'appuient notamment sur les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 publiés en octobre 2022 pour la métropole. Cette enquête, réalisée à intervalles réguliers depuis 1995, permet de disposer de données actualisées, indispensables pour suivre l'évolution de la santé des mères et des nouveau-nés, mais aussi le suivi périnatal et ainsi orienter les politiques de santé publique.

Compte tenu de la diversité des thématiques existantes en périnatalité et des professionnels intervenant dans ce champ, il est nécessaire d'inciter ceux-ci à travailler en réseau autour de la femme et du nouveau-né, particulièrement dans les situations de précarité, et de les soutenir au niveau national. Des crédits permettent ainsi de financer la coordination nationale des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (anciennement réseaux de santé en périnatalité). Des travaux visant l'actualisation des missions de ces dispositifs ont été finalisés en 2023 afin de tenir compte notamment des enjeux prégnants concernant la mortalité périnatale, mais également de leur rôle stratégique dans le déploiement de l'entretien prénatal précoce. Ces évolutions des missions impactent la coordination nationale de ces dispositifs pilotée par la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité et ont été prises en compte dans l'élaboration de la nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs 2023-2025.

Par ailleurs, une mission exploratoire sur la mortalité néonatale, dont le pilotage est confié à la coordination nationale, a été lancée et fait l'objet d'un financement tripartite (DGS/DGOS/DREES) en 2023 et 2024. Trois régions ont mis en place à titre exploratoire pendant 18 mois une revue de mortalité chez les nouveaux nés à terme ou proche du terme pour déterminer les causes du décès et mettre en œuvre des mesures correctrices si besoin. L'analyse permettra également de définir les conditions d'une généralisation à l'ensemble du territoire de ce type de revue, essentielle pour améliorer les organisations et les pratiques professionnelles.

Des financements sont par ailleurs prévus au profit d'associations jouant un rôle de centre de ressources dans le domaine périnatal. Les problématiques concernent l'information des femmes victimes du distilbène et l'information du public et des professionnels sur la prévention des malformations.

Enfin, les travaux relatifs la construction de la prochaine enquête périnatale française qui aura lieu en 2027 ont débuté en 2024. Ces enquêtes sont précieuses car elles permettent d'analyser à la fois l'état de santé et l'organisation de la prise en charge en périnatalité mais également d'évaluer l'impact des politiques de santé publique en santé périnatale.

• La santé des enfants et des jeunes

La santé des enfants et des jeunes est une priorité en termes de prévention et de promotion de la santé. Elle constitue d'ailleurs un axe spécifique de la stratégie nationale de santé. En effet, des inégalités sociales et territoriales d'accès à la prévention et aux soins persistent. L'objectif est de promouvoir, dès le plus jeune âge, des comportements favorables à la santé et de prévenir des conduites à risque pour réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de mortalité.

Les actions en direction des jeunes s'intègrent dans différents plans, programmes et feuilles de route, dont le programme national de lutte contre le tabac, le plan national de mobilisation contre les addictions, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, le plan national nutrition santé, la stratégie nationale sport-santé et la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle, ou encore le plan santé des étudiants. Par ailleurs, les

Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, dont la feuille de route 2024/2030 a été présentée en mai 2024, ont permis d'identifier des actions prioritaires à mettre en place.

En matière de santé de l'enfant, les crédits permettront de soutenir des actions visant à améliorer la prévention des troubles sensoriels et des apprentissages, d'améliorer et de promouvoir la qualité de l'accueil et de la prise en charge des enfants malades en milieu intra et extra hospitalier, par la création, l'édition et la diffusion d'outils destinés aux enfants, aux familles, aux équipes soignantes et à toutes personnes concernées par la prise en charge de l'enfant.

Enfin, une réflexion vient d'être initiée avec l'Union nationale des missions locales pour intégrer la dimension santé dans les orientations nationales des missions locales à décliner sur l'ensemble du territoire en direction des jeunes suivis par ces structures.

Traumatismes et violences

Un effort important sera poursuivi notamment pour sensibiliser, mobiliser, informer et former les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, infirmiers et infirmières, puéricultrices et puéricultrices) en capacité d'intervenir, soit pour prévenir les violences, soit pour dépister et mieux prendre en charge les victimes qui subissent les conséquences des violences au quotidien.

Ainsi, des crédits sont prévus pour soutenir des associations nationales œuvrant à l'information du public et des professionnels pour favoriser le repérage des situations de violence, améliorer la prise en charge et le suivi des cas et organiser la prévention, notamment s'agissant des personnes exilées victimes de torture et de violence politique, et également dans le champ de la prévention des mutilations sexuelles féminines, dans le cadre du plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines.

ACTION (20,0 %)

14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	45 875 932	45 875 932	0	0
Dépenses de fonctionnement	45 875 932	45 875 932	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	11 357 973	11 357 973	0	0
Subventions pour charges de service public	34 517 959	34 517 959	0	0
Total	45 875 932	45 875 932	0	0

Cette action rassemble les crédits du programme dédiés aux politiques publiques destinées à améliorer la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades et de leurs proches. Elle concerne donc une très grande diversité de pathologies (maladies neurodégénératives, maladies liées au vieillissement, cancers, santé mentale, santé sexuelle-VIH, IST, hépatites, tuberculose, etc.) et une population de tous âges et leurs déterminants majeurs que sont notamment les addictions.

Les orientations des différents plans mis en œuvre dans ce cadre (stratégie nationale de santé sexuelle, stratégie décennale de lutte contre le cancer, programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, etc.) s'inscrivent pleinement dans la stratégie nationale de santé (SNS). Elles mettent en avant la priorité donnée à la prévention, la réduction des inégalités sociales et des pertes de chances, ainsi que l'amélioration du dépistage et de l'accès aux soins.

Les maladies neurodégénératives et maladies liées au vieillissement

- *Les maladies neurodégénératives*

En France, plus d'1,1 million de personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée selon les dernières estimations de l'Agence nationale de santé publique, et il existe plus de 2 millions d'aidants, soit un total de plus de 3 millions de personnes concernées. L'évolution démographique dans les années prochaines va de plus entraîner une augmentation du nombre des malades. Plus de 200 000 personnes souffrent de la maladie de Parkinson et plus de 115 000 de sclérose en plaques. Ces maladies causent pour les malades et leur entourage des bouleversements majeurs. A la suite du plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019, le ministère chargé de la santé a lancé une feuille de route maladies neurodégénératives couvrant la période 2021-2022. Les orientations de cette feuille de route s'inscrivent dans la SNS et la stratégie nationale de recherche, ainsi que dans un contexte européen et mondial. A la suite de cette feuille de route, le ministère en charge de la santé élabore une poursuite des actions pour répondre aux problèmes non résolus.

Dans ce cadre, des crédits permettront de soutenir les associations de personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de professionnels pour la contribution aux actions de la feuille de route destinées à améliorer le repérage et la prise en charge des personnes concernées, dont le développement de l'éducation thérapeutique, ainsi que l'accompagnement de leurs proches.

- *Les maladies liées au vieillissement*

Pour faire face au défi du vieillissement, la stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé » lancée en janvier 2020 a permis d'étoffer l'approche prévention tout au long du parcours de vie du plan national de santé publique « Priorité prévention ». Elle vise à renforcer la prévention des maladies liées au vieillissement et leurs déterminants.

Les travaux engagés dès 2020 pour trois mesures phares de cette stratégie se poursuivent :

- pour une prévention autour de 40/45 ans, avec la mise en œuvre de mon bilan prévention fin 2024 et son déploiement en 2025 ;
- et une prévention renforcée à 60/65 ans, avec la mise en œuvre de mon bilan prévention, qui complètera les dispositifs de rendez-vous jeunes retraités des caisses d'assurance maladie et de retraite ;
- pour renforcer la prévention chez les seniors, la mise en œuvre de l'expérimentation d'un programme de dépistage chez les personnes âgées selon la démarche ICOPE de l'OMS pour 3 ans, suite à la réalisation d'un appel à manifestation d'intérêt au titre de l'article 51 de la LFSS 2018 et une mise en œuvre des projets depuis 2022 qui se poursuit. Cette expérimentation reposant sur une approche multidimensionnelle des grandes capacités fonctionnelles (audition, vision, nutrition, cognition, locomotion, santé mentale en lien avec l'isolement), vise 54 538 seniors de 60 ans et plus, dans 9 régions, avec un budget total de 8,07 M€ (FIR). De premiers éléments d'appréciation sur les freins et les leviers du déploiement de la démarche sont relevés, avec une évaluation finale fin 2024. Une « généralisation de l'expérimentation article 51 » est prévue en 2025 en s'appuyant sur les premiers éléments d'évaluation.

Cancer dont dépistage et maintien à domicile (y compris institut national du cancer)

- *Institut national du cancer (INCa) (34,51 M€ en AE et CP)*

Les cancers constituent la première cause de mortalité en France et demeurent la première cause de mortalité prématuée, un grand nombre d'entre eux étant évitables (poumons, voies respiratoires supérieures). Le pronostic de certains cancers est très nettement amélioré par un dépistage et une prise en charge précoces. La loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 prévoit, dans les suites des trois derniers plans Cancer, une stratégie décennale de lutte contre le cancer. Cette stratégie (2021-2030) a été annoncée par le Président de la République le 4 février 2021. L'INCa en coordonne sa mise en œuvre, sous la tutelle conjointe des ministères chargés de la santé et de la recherche. La

stratégie décennale et les actions qui la composent marquent une volonté affirmée, ambitieuse et partagée, en vue d'améliorer le service rendu à l'ensemble de nos concitoyens. Son objectif est de réduire significativement le poids des cancers dans le quotidien des Français. Les premières mesures prévues dans le cadre de cette stratégie ont été lancées dès 2021.

Lors du premier comité de suivi de la stratégie décennale de lutte contre le cancer le 5 décembre 2022, la Première ministre a annoncé une nouvelle feuille de route des dépistages organisés des cancers « Priorité dépistages », reposant sur l'organisation rénovée suivante :

- Le transfert du pilotage des invitations et relances à participer à un dépistage organisé à l'Assurance maladie (effectif depuis le 1^{er} janvier 2024) ;
- Le recentrage des missions confiées aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sur leurs missions de suivi des résultats pour l'ensemble des programmes de dépistages organisés, d'information et de formation des professionnels de santé ;
- La mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » par les caisses d'assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé.

La mise en œuvre de cette organisation rénovée, qui fait appel notamment à l'expertise de l'INCa, doit contribuer à augmenter la participation de la population aux trois dépistages organisés des cancers en France.

La subvention pour charges de service public allouée à l'INCa est définie en fonction de l'évolution des missions et de l'activité de l'opérateur liées à la mise en œuvre de la stratégie décennale, notamment avec la mise en place d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon en France. Cette dotation tient compte, d'une part, des économies prévues sur les dépenses de fonctionnement, d'autre part, du plafond d'emplois fixé à l'opérateur.

La présentation détaillée de l'INCa figure dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

Prévention des addictions

Des crédits seront destinés au soutien des mesures de prévention et d'accompagnement issues de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, du programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 (PNLT) ainsi que de la feuille de route relative à la stratégie décennale de lutte contre le cancer, annoncée en février 2021, qui a inscrit la volonté de poursuivre et d'amplifier la prévention consacrée aux deux principaux déterminants de santé et facteurs de cancers évitables, que sont les usages du tabac et de l'alcool.

Dans le domaine de la prévention des addictions, des crédits permettront de soutenir des associations du champ des addictions (tabac, alcool, drogues, autres pratiques à risque), dont la mobilisation a été renforcée par ces documents stratégiques. Ces associations œuvreront dans le champ de la prévention des usages nocifs, principalement auprès des jeunes, de la prise en charge, ainsi que dans la réduction des risques et des dommages.

- *Tabac*

Le tabac constitue l'un des déterminants majeurs des maladies chroniques non transmissibles. Il est ainsi responsable de plus de 200 morts par jour, soit 75000 morts par an, première cause de mortalité évitable et première cause de cancer (46 000 décès par an). Il est également responsable par an de 17 000 décès par maladie cardiovasculaire et 12 000 par maladie respiratoire.

Selon une récente étude de l'OFDT parue en juillet 2023, le coût social du tabac s'élève en 2019 à 156 milliards d'euros, un montant supérieur à celui de l'alcool (102 milliards) et des drogues illicites (7,7 milliards). Le déficit public engendré par le tabac est estimé à 1,7 milliards d'euros [1].

Après une baisse d'une ampleur inédite en France de la prévalence tabagique entre 2016 et 2019, celle-ci s'est depuis stabilisée, et ce à un niveau important puisqu'environ 1 français sur 4 continue à fumer quotidiennement. Au-delà de la population générale, les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées (chômeurs, populations précaires, populations à faibles revenus, population sans diplôme, etc.) avec des écarts de points

observés notamment selon le niveau de revenu (12 points entre les personnes ayant les revenus les plus bas et celles ayant les revenus les plus élevés) ou entre personnes au chômage et actifs occupés (16 points).

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 répond à l'enjeu de lutter contre ce fléau de santé publique. Dans la continuité du précédent programme, le nouveau PNLT s'appuie sur des mesures multisectorielles et 5 axes renouvelés :

- *Promouvoir une société sans tabac : aller plus loin dans la dénomination des produits du tabac et de la nicotine,*
- *Agir pour une meilleure prise en charge des fumeurs,*
- *Renforcer la prévention et les interventions au bénéfice des populations cibles,*
- *Amplifier notre action sur l'économie du tabac,*
- *Améliorer les connaissances et renforcer la coopération nationale et internationale*

Ce programme doit assurer le développement d'une politique volontariste et inscrite dans la durée, avec pour objectifs la diminution du tabagisme quotidien à un seuil inférieur à 20 % des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans d'ici 2027 et une première génération d'adultes non-fumeurs d'ici 2032 (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 18 ans).

- *Alcool*

L'enjeu de santé publique en matière d'alcool est d'éviter les risques liés aux consommations de boissons alcooliques par une politique active de prévention et de prise en charge visant à réduire la consommation d'alcool moyenne par habitant (respecter les repères de consommation à moindres risques) et les usages à risques et nocifs associés. L'objectif est, notamment, une diminution du nombre de décès attribuables à l'alcool, estimé en 2019 en France à près de 41 000 par an sur des données de 2015 (30 000 décès pour les hommes et 11 000 pour les femmes), ainsi qu'une diminution des cancers (28 000).

Selon une récente estimation faite par l'OFDT, le coût social engendré par l'alcool (comprenant à la fois le coût des vies perdues, la perte de qualité de vie et le coût pour les finances publiques) s'élèverait à 102 milliards d'euros ; malgré les recettes des taxes prélevées sur l'alcool et, malgré les économies de pensions de retraite non versées du fait des décès, ces recettes sont inférieures au coût des traitements équivalents à 7,8 milliards d'euros, causant un déficit public de 3,3 milliards engendré par l'alcool.

Le plan « Priorité prévention » et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, de même que l'actuelle Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 ont défini des actions prioritaires à entreprendre en matière de lutte contre les usages nocifs d'alcool articulées autour de la prévention et de la prise en charge, avec une attention particulière portée à la protection des jeunes, ainsi qu'à la prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, compte tenu des conséquences possibles sur le fœtus.

- *Drogues illicites et autres conduites à risques*

Il est actuellement estimé à environ 350 000 les usagers dits problématiques de drogues au sens de la définition de l'OEDT (observatoire européen des drogues et toxicomanies) : usagers par voie intraveineuse, usagers réguliers d'opioïdes, cocaïne ou amphétamines dans l'année.

L'approche sanitaire de l'usage de drogues illicites s'appuie à la fois sur la prévention, la réduction des risques et des dommages (RdRD) auprès des usagers et leur prise en charge. Les principaux enjeux de cette politique concernent :

- La structuration et le déploiement de modalités nouvelles d'intervention dans le champ de la réduction des risques et des dommages ; l'amélioration de l'accès aux matériels de réduction des risques et des dommages ; l'adaptation de la politique de réduction des risques et des dommages à l'évolution des pratiques d'usages et des populations ;
- L'amélioration des pratiques de prise en charge, incluant la prise en charge des comorbidités psychiatriques et infectieuses ;

- L'amélioration de l'accessibilité aux soins, en particulier s'agissant des traitements de substitution aux opiacés, et aux structures de prise en charge.

La mise en œuvre de cette politique s'inscrit dans le cadre de la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 et s'appuie sur les avancées apportées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui a précisé les objectifs et les modalités d'actions de la politique de réduction des risques et des dommages, en spécifiant son application auprès des personnes détenues, et en autorisant l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR), devenues depuis 2022 les Haltes soins addiction (HSA), initialement pour les injecteurs de drogues puis élargies ensuite aux personnes consommant par inhalation.

La prolongation de l'expérimentation des HSA, espace de réduction des risques par usage supervisé, a été votée en décembre 2021 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 ; cela a permis d'élargir le périmètre de l'expérimentation initiale afin d'approfondir les pratiques et modalités de fonctionnement de ces lieux, notamment en permettant l'ouverture de HSA au sein d'établissements médico-sociaux que sont les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mais également en l'insérant dans un parcours de soins au bénéfice des usagers. Cette expérimentation a été prolongée jusqu'à fin décembre 2025.

Des crédits permettront de financer l'appui à la mise sur le marché des trousse de prévention pour usagers de drogues conformément au décret n° 2021-1766 du 22 décembre 2021 instituant une aide d'État sous forme de compensation de service public à la mise sur le marché de ces trousse destinées à la réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues. De nouvelles trousse, dont le contenu est défini par arrêté, sont disponibles depuis 2022. En 2023, un nouvel opérateur s'est porté candidat pour mettre sur le marché des trousse de prévention, et le dossier présenté a été accepté. Ces nouvelles trousse seront disponibles dans le courant de l'année 2024.

Enfin, des crédits seront maintenus pour soutenir l'activité d'observation et d'évaluation du groupement d'intérêt public « Observatoire français des drogues et des tendances addictives » (OFDT) dans le champ des substances psychoactives licites et illicites, ainsi que des addictions sans substances (jeux d'argent et de hasard notamment).

Santé mentale

Le poids des pathologies mentales (traitement des maladies psychiatriques et consommation de psychotropes) est extrêmement lourd, avec des dépenses concernant plus de 8 millions de personnes et atteignant 26,2 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général, soit 13,8 % des dépenses de l'Assurance maladie en 2023. De plus, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes suivies pour trouble psychiatrique, toutes pathologies confondues, est diminuée de 16,4 ans pour les hommes et de 12,9 ans pour les femmes.

Une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie a été adoptée par le ministère chargé de la santé en 2018. Elle s'inscrit dans le cadre plus large du plan « Priorité prévention ». La coordination des actions de cette feuille de route a été renforcée avec la nomination d'un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie en avril 2019.

L'axe 1 de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie est consacré aux actions de promotion du bien-être mental, de prévention des troubles psychiques et du suicide, et de repérage précoce. Il comporte des mesures comme le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et dans tous les milieux de vie, la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, la formation au secourisme en santé mentale, le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, un ensemble d'actions de prévention du suicide (dont le programme VigilanS et la mise en place du numéro national gratuit de prévention du suicide). En 2021, les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie ont permis d'enrichir la feuille de route avec des mesures supplémentaires, notamment en prévoyant des actions d'information du grand public en santé mentale, ainsi que le lancement d'une expérimentation portant sur le développement de structures de coordination de la santé globale des enfants de 3

à 11 ans. La feuille de route est par ailleurs actualisée chaque année : en 2023, des actions portant sur le bon usage des écrans et sur le sommeil comme déterminant de santé ont ainsi été ajoutées. Ces actions devraient être renforcées suite à la remise au Président de la République d'un rapport d'experts en avril 2024 : « Enfants et écrans : à la recherche du temps perdu ». Enfin, en 2024, les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant ont prévu un renforcement du déploiement du secourisme en santé mentale grâce à la mobilisation du réseau partenarial des maisons des adolescents.

Dans ce cadre, les crédits permettront de soutenir des opérateurs et acteurs associatifs concourant par leurs actions à cette politique de promotion et de prévention en santé mentale, qui doit être intensifiée compte tenu de l'altération de la santé mentale de la population suite à la crise de la Covid, et notamment chez les jeunes et les plus précaires :

- Associations de personnes concernées et de leurs proches, avec des actions de lutte contre la stigmatisation et de soutien des personnes ;
- Associations de professionnels travaillant notamment dans le champ de l'enfance, de l'adolescence, de la lutte contre les inégalités sociales de santé et l'exclusion, ou de la réhabilitation psycho-sociale, pour des actions de formation des professionnels et de partage de bonnes pratiques ;
- Associations agissant pour la prévention de la souffrance psychique et la prévention du suicide ;
- Associations agissant sur la promotion du bien-être mental et les déterminants de la santé mentale (comme le sommeil par exemple) ;
- Organismes ayant des actions d'information et sensibilisation à la santé mentale (PSYCOM) ou de promotion de la santé mentale communautaire, en favorisant les droits des usagers et leur inclusion dans la communauté (Centre collaborateur de l'OMS de Lille).

Autres maladies chroniques

Touchant près de 15 millions de personnes, les maladies chroniques, dans leur ensemble, sont à l'origine de 60 % des décès, dont la moitié avant l'âge de 70 ans. À ce titre, elles constituent un défi pour le système de santé, tant sur le plan financier que dans l'organisation des soins. L'infection par le SARS-CoV-2 (la Covid -19) a révélé que ces personnes ont présenté un risque majoré de complications et de décès.

Des crédits seront consacrés au soutien :

- des acteurs de la plate-forme maladies rares, ainsi qu'au dispositif Orphanet pour la diffusion d'informations relatives aux maladies rares ;
- des actions d'associations contribuant au développement au niveau national d'outils d'information du public et des professionnels, à la suite de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie et dans le cadre des orientations définies pour la mise en œuvre de mesures du plan soins palliatifs-fin de vie 2021-2024. Il s'agira en particulier de mieux faire connaître les dispositifs (directives anticipées, personnes de confiance, sédation profonde et continue) et d'outiller des associations d'accompagnement pour faciliter une action d'acculturation des Français à préparer leur fin de vie ;
- des actions d'associations intervenant dans le champ des maladies cardio-vasculaires ;
- des actions en matière de lutte contre la douleur, concernant notamment la fibromyalgie ;
- des actions d'associations contribuant au niveau national à la promotion de la prévention des maladies chroniques et à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches, comprenant la promotion de la santé bucco-dentaire.

Par ailleurs, des crédits spécifiques sont prévus pour soutenir un programme d'études visant à permettre l'accès au droit à l'oubli pour des pathologies autres que cancéreuses et l'accès à la grille de référence (absence ou encadrement des surprimes et exclusions de garanties pour des pathologies limitativement énumérées) pour plus de pathologies dans le cadre du dispositif AERAS (S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé).

Santé sexuelle (prévention des IST-VIH, IVG-contrception), hépatites virales et tuberculose

Des avancées notables ont été réalisées ces dernières années en matière de promotion de la santé sexuelle et de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

La France a fait le choix d'investir le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif et dans un cadre partagé au niveau interministériel par la première Stratégie nationale de santé sexuelle. Elle définit à l'horizon 2030 les grandes orientations nationales en faveur d'une meilleure santé sexuelle et pour en finir avec l'épidémie du SIDA d'ici 2030. Le Plan « priorité prévention » et la feuille de route santé sexuelle 2018-2020 ont porté des mesures qui ont permis de tendre vers les objectifs fixés. Le 1^{er} décembre 2021 a été publiée une nouvelle feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle : la feuille de route 2021-2024.

La feuille de route 2021-2024 de déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle se donne pour objectifs prioritaires de :

- Faire un pas décisif dans la diversification de l'accès au dépistage et aux outils de prévention afin de réduire au maximum les occasions manquées de prévenir une infection par le VIH, les IST ou les hépatites ;
- Poursuivre résolument l'information, la promotion et la formation à la santé sexuelle dans tous les milieux, à toutes les étapes de vie pour agir en profondeur sur la perception de la santé sexuelle et favoriser l'égalité de genre et la lutte contre les discriminations ;
- Accroître l'offre en santé sexuelle en la rendant plus accessible et plus lisible pour nos concitoyens ;
- Faire de la proximité un principe d'action et adapter en conséquence les modes d'agir aux spécificités des territoires ou des besoins des populations, notamment celles les plus éloignées du système de santé.

Elle comporte 30 actions prioritaires et 7 déclinaisons adaptées aux territoires ultra-marins. Quelques-unes de ces actions prioritaires sont citées ci-dessous en réponse aux données scientifiques mobilisées.

- La persistance d'une épidémie cachée d'infection par le VIH : un renforcement du dépistage (encore trop tardif) en cours de mise en œuvre

Près de 172 000 personnes vivent avec le VIH en France. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022 a été estimé entre 4 200 et 5 700. Ce nombre a réaugmenté en 2021 et 2022 suite à la forte baisse observée en 2020, mais reste inférieur à celui de 2019[2]. En 2022, 43 % des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif de l'infection (28 % au stade avancé de l'infection), proportions qui ne diminuent pas depuis plusieurs années, mais qui reflètent à la fois le dépistage actuel et l'incidence des années précédentes. Le dépistage reste ainsi le maillon faible de « la cascade du VIH » en France puisqu'en 2018 seules 87 % des personnes infectées par le VIH connaissaient leur séropositivité (parmi elles, 95 % étaient sous traitement antirétroviral et parmi ces PVVIH sous traitement, 96 % avaient une charge virale indétectable). La cible 95x95x95 fixée par la stratégie nationale de santé sexuelle n'est donc pas atteinte. Ceci constitue une perte de chance en termes de prise en charge individuelle, et un risque de transmission du VIH aux partenaires avant la mise sous traitement antirétroviral (TasP : Traitement et moyen de prévention contre le VIH). Dans ce contexte a été mise en œuvre dès 2023 un dépistage du VIH dans tous les laboratoires sans prescription et remboursée à 100 %.

- une incidence des IST bactériennes en hausse depuis plusieurs années : la mise en œuvre d'un dépistage à la demande du patient et sans ordonnance

Par rapport à 2021, une augmentation globale des infections à Chlamydia trachomatis (CT) (+16 % entre 2020 et 2022), gonocoque (+91 %), syphilis (+100 %) diagnostiquées en France est constatée en 2022. En outre, la tranche d'âge des 26-49 ans reste la plus touchée. Ces données sont à mettre en perspective avec les dépistages réalisés. 2,6 millions de personnes de 15 ans et plus ont été dépistées au moins une fois pour une infection à Chlamydia trachomatis (Ct), 3,0 millions de personnes de 15 ans et plus ont été dépistées au moins une fois pour une recherche de gonococcie, soit un taux national de dépistage de 53 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus. Les trois-quarts des personnes dépistées en 2022 sont des femmes, avec un taux de dépistage près de trois fois plus élevé chez celles-ci (75 pour 1 000) que chez les hommes (29 pour 1 000). Du fait de l'utilisation d'une PCR multiplex permettant de dépister conjointement une infection à gonocoque et une infection à CT, le taux de dépistage est encore plus important chez les femmes de 15 à 25 ans (142 pour 1 000). En 2022, 3,1 millions de personnes de 15 ans et plus ont

étés dépistées au moins une fois pour une recherche de syphilis, soit un taux national de dépistage de 55 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus. Les deux tiers des personnes dépistées en 2022 sont des femmes, proportion élevée expliquée en partie par le dépistage obligatoire de la syphilis pendant la grossesse.

Dans ce contexte, les efforts en matière de dépistage doivent être poursuivis et intensifiés : la mise en œuvre à compter du 1^{er} septembre 2024 d'un dépistage des IST à la demande du patient et sans ordonnance pris en charge à 100 % par l'assurance maladie pour les moins de 26 ans et à 60 % pour le reste de la population répond à cet objectif.

- un niveau d'IVG qui a retrouvé celui de 2019 avec des mesures autorisées en situation d'épidémie COVID-19 qui ont été pérennisées

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en 2022, 234 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, soit environ 16,2 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans retrouvant ainsi un niveau proche de celui de 2019 (15,6 %) après deux années de baisse liée à la pandémie de Covid-19 observée en 2020 et 2021. Les écarts perdurent entre les régions de France métropolitaine et les DROM, les taux de recours allant de 11,6 % en Pays de la Loire à 22,6 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de 21,0 % à Mayotte à 48,7 % en Guyane. C'est parmi les femmes âgées de 20 à 29 ans que le taux de recours à l'IVG reste le plus élevé : le taux de recours s'élève à 26,9 % parmi les jeunes femmes âgées de 20-24 ans et atteint 28,6 % pour celles âgées de 25-29 ans. Chez les mineures, le taux de recours reste à un niveau équivalent à 2020 et 2021, toujours inférieur aux chiffres de 2019 comme des années antérieures.[3]

Le recours à la téléconsultation pour une IVG médicamenteuse a été autorisé lors du premier confinement de 2020 et a perduré après la crise sanitaire. En 2022, 972 médicaments ont ainsi été délivrés en pharmacie pour des IVG réalisées par téléconsultation.

Pour les IVG réalisées en cabinet de ville, l'allongement du délai de sept à neuf semaines d'aménorrhée (SA), autorisé en mars 2020, durant la crise sanitaire, a été pérennisé. En 2022, les IVG réalisées hors établissement de santé représentent 49 % du total des IVG médicamenteuses.

Pour les IVG réalisées en établissement hospitalier, le délai légal de recours est passé de 12 à 14 semaines de grossesse. 55 % des IVG réalisées en établissement de santé le sont à moins de 8 SA et 76 % (soit 110 000 IVG) à moins de 10 SA. On estime que la part d'IVG tardives concernées par l'allongement du délai légal de recours à l'IVG est inférieure à 1,5 % de l'ensemble des IVG. En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte, la part des IVG tardives est toujours plus élevée qu'en France métropolitaine, atteignant 6,6 % à 6,7 % des IVG en 2022.[4]

Une prévalence des hépatites virales B et C encore trop importante : un renforcement des démarches d'aller vers et du dépistage de proximité par l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique

Le nombre de personnes diagnostiquées positives pour les Ac anti-VHC en 2021 a été estimé à 34 185 [30 862-37 509], dont 19 978 dans les LBM privés (58 %) et 14 207 dans les LBM publics. Le nombre de personnes diagnostiquées positives pour l'Ag HBs en 2021 a été estimé à 37 462 [33 188-41 736], dont 23 273 dans les LBM privés (62 %) et 14 189 dans les LBM publics. Par rapport à 2016, ce nombre estimé a augmenté de 10 %. Les données de prévalence des hépatites B en population générale en 2016 (environ 135 000 individus) et de l'hépatite C en 2018 (115 000 individus) montrent que des efforts demeurent nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination des hépatites C et B, même si la prévalence de l'hépatite C diminue (-15 % entre 2016-2018). Bien que l'activité de dépistage des hépatites virales B et C, du VIH soit importante en France, trop de personnes demeurent non testées et porteuses d'infections virales non diagnostiquées.

L'arrivée de nouveaux outils de prévention, de dépistage et la possibilité de guérir de l'hépatite C grâce à de nouveaux traitements plus efficaces ont conduit le ministère chargé de la santé à l'élaboration d'une stratégie d'élimination de l'hépatite C d'ici 2025 et l'inscrire dans le plan « Priorité prévention ». Il s'agit de renforcer la prévention par

- des actions innovantes « d'aller-vers » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé ;
- le renforcement du dépistage de proximité par l'utilisation des TROD, dans une approche utilement combinée du VIH, VHC et VHB ;

-le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C, par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs : l'ensemble des médecins, notamment les médecins généralistes, dans le cadre d'un parcours simplifié.

- La persistance de la tuberculose chez les populations vulnérables

La tuberculose est désormais relativement maîtrisée en France en population générale, avec une incidence de 6,4 pour 100 000 habitants en 2021. Cependant, elle persiste de façon plus importante sur certains territoires (en Guyane, Mayotte et Île-de-France) et au sein de communautés vulnérables ou de migration récente.

Afin d'éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique, la France s'est dotée pour la première fois en 2019 d'une feuille de route tuberculose, qui fixe les principales actions à mener à l'horizon 2023. Elle est constituée de 5 axes :

- Axe 1 : Renouveler le pilotage et renforcer les missions des CLAT pour assurer une réponse homogène sur tout le territoire
- Axe 2 : Renforcer les stratégies de prévention et de dépistage de la tuberculose
- Axe 3 : Garantir la qualité et la continuité de la prise en charge de la tuberculose en plaçant chaque patient au centre de son parcours de soins
- Axe 4 : Contrôler la diffusion des tuberculoses pharmaco-résistantes
- Axe 5 : Maintenir la solidarité internationale pour un contrôle global de la tuberculose

Dans ce cadre général, les crédits du programme permettront de soutenir :

- Les actions de la feuille de route santé sexuelle 2021-2024, dont la lutte contre le VIH/Sida, les autres IST et les hépatites virales B et C ;
 - l'animation nationale de réseaux et l'élaboration d'outils favorisant l'amélioration des pratiques des professionnels, des publics clés les plus exposés et de la population générale ;
 - l'observation de la santé de populations vulnérables ;
 - les interventions associatives innovantes en faveur des publics clés, des actions d'information et d'aide des personnes atteintes et de leur entourage, des actions de réseaux de prise en charge des personnes atteintes ;
 - des actions d'évaluation et de recherche soutenues par l'ANRS-Maladies Infectieuses Émergentes ;
 - le numéro vert national « Sexualité, contraception, IVG » et d'autres actions d'information en matière de droit à l'IVG et à la contraception.

Des crédits pourront également contribuer au fonctionnement du Conseil national du SIDA et des hépatites virales chroniques (CNSHVC).

[1] OFDT(2023), Le coût social des drogues : estimation en France, en 2019, Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 (ofdt.fr)

[2] Surveillance du VIH et des IST bactériennes, Bulletin de santé publique. Novembre 2023.

[3] Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (solidarites-sante.gouv.fr)

[4] Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (solidarites-sante.gouv.fr)

ACTION (13,1 %)**15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation**

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	29 967 705	29 967 705	0	0
Dépenses de fonctionnement	29 967 705	29 967 705	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	4 964 659	4 964 659	0	0
Subventions pour charges de service public	25 003 046	25 003 046	0	0
Total	29 967 705	29 967 705	0	0

L'action n° 15 regroupe des crédits affectés aux mesures de prévention des expositions à des risques pour l'homme liés à l'environnement et à la nutrition.

Ces crédits regroupent principalement des dépenses sous forme de transferts vers des organismes spécifiques en matière de nutrition et de santé et de santé environnement (Anses, SPF, OMS, INSERM, INRAE, Observatoire de la qualité de l'alimentation, Réseau national de surveillance aérobiologique, Fredon France, collectivités territoriales, etc.) pour la mise en œuvre ou la poursuite de plans (plan priorité prévention, plan national santé-environnement, programme national nutrition santé, plan chlordécone) et la production d'expertises scientifiques ou la réalisation de mesures dans le domaine des risques sanitaires liés à l'environnement et à la nutrition (alimentation et activité physique). Ces crédits ont également vocation à soutenir des politiques européennes et internationales dans ce domaine, l'information du public et des actions de communication.

Ils permettent également de financer des dépenses de fonctionnement destinées essentiellement au développement de normes et de référentiels techniques et à la réalisation de mesures ou d'études prévues par certains plans et réglementations (plan national santé environnement, plan radon, plan d'action interministériel amiante, plan interministériel de lutte contre les punaises de lit).

La subvention pour charges de service public versée à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) fait également partie de ces dépenses de fonctionnement.

Nutrition et santé

La Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC), issue de la loi du 24 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets, dont le lancement est escompté fin 2024/début 2025 permettra de renforcer la politique du Gouvernement en termes d'alimentation durable et de nutrition, mobilisant des moyens nouveaux pour déployer et renforcer des actions en nutrition. La déclinaison opérationnelle de la SNANC repose notamment sur le programme national nutrition santé (PNNS) porté par le Ministère chargé de la santé. Elle trouve également un vecteur dans l'Appel à projets (AAP) interministériel Vers la SNANC auquel la DGS contribue.

Ainsi, la SNANC permettra de poursuivre l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 4 (INCA 4) visant à donner une nouvelle photographie des habitudes de consommations alimentaires de la population française métropolitaine. Ces données seront obtenues dans le cadre du renouvellement de cette étude de l'Anses mutualisée avec l'étude ESTEBAN dans le cadre de la nouvelle Étude ALBANE de Santé publique France en vue de faciliter le déroulement de l'étude et obtenir des données plus régulières soit tous les 2 ans.

Les crédits pour la mise en œuvre du PNNS servent à mener diverses actions sur la thématique nutrition (formation des professionnels de terrain, évaluation, information, innovation, recherche). Ils financent en particulier l'Observatoire de la qualité de l'alimentation pour les quotes-parts relevant de l'Anses et de l'Institut national de

recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE). Cet observatoire permet de suivre les évolutions de l'offre alimentaire au cours du temps, à travers la description des produits mis sur le marché, de disposer de paramètres socio-économiques dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales, ainsi que d'évaluer l'impact des engagements contractuels pris par le secteur agroalimentaire en matière d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire et l'impact de la mise en œuvre de l'étiquetage nutritionnel (Nutri-Score).

Il s'agit également de favoriser le développement du Nutri-Score en France et à l'international, mais également de permettre l'émergence et la reproduction de bonnes pratiques en matière de nutrition notamment dans les collectivités territoriales et dans les entreprises en mutualisant leurs expériences et en mettant à leur disposition des outils et des formations validés PNNS. Les travaux sur les impacts de la consommation d'aliments ultra transformés et le financement notamment de l'étude de cohorte NutriNet-Santé qui permet d'étudier les relations nutrition-santé ainsi que des débats citoyens organisés par le Conseil national de l'alimentation seront poursuivis. La promotion de l'allaitement maternel sera également soutenue notamment dans les suites de la publication de rapports de l'Anses et du Haut Conseil de la santé publique en septembre 2024.

Les études de l'alimentation totale (EAT) sont reconnues comme l'une des méthodes les plus pertinentes d'un point de vue coûts – bénéfices pour évaluer les expositions alimentaires d'une population à un grand nombre de substances et mener à bien des évaluations des risques sanitaires. Ces études ont déjà montré leur utilité pour la gestion des risques, notamment au cours de la gestion des conséquences de l'incendie de l'usine Lubrizol en 2019. Ainsi, le financement de l'EAT 3 de l'Anses, qui porte sur des questions d'importance pour les tutelles comme les produits bio, les produits phytosanitaires ou les effets PE, sera poursuivi.

Pour prévenir la dénutrition, la semaine nationale de la dénutrition prévue chaque année est soutenue pour sensibiliser le grand public et les professionnels de santé et du secteur social à cette problématique.

Enfin, dans le sillage des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) de Paris à l'été 2024 et de la Grande cause nationale, une nouvelle Stratégie nationale sport-santé (SNSS) sera élaborée afin de fixer de nouveaux objectifs et actions pour faciliter et amplifier la pratique de l'activité physique et sportive par la population à des fins de santé et lutter contre la sédentarité. Le soutien sera poursuivi dans ce contexte aux actions du PNNS et de la SNSS, telles que l'organisation de journées nationales dédiées aux Maisons sport-santé et le soutien à l'Opération Mai à vélo.

Environnement et santé

Ces crédits serviront à financer des actions relevant des différents champs précisés infra :

- Plans et stratégies de santé publique dans le domaine de la santé-environnement :
 - le plan national santé environnement (PNSE 4) « Un environnement, une santé » (2021-2025). Il s'agit notamment, en lien étroit avec les ARS et la déclinaison locale des PRSE, de mieux connaître les impacts de l'environnement sur la santé, de mieux former et informer les professionnels et le public, de communiquer auprès des citoyens pour permettre à chacun d'évoluer dans un environnement favorable à sa santé et enfin de faire connaître et de valoriser les bonnes pratiques dans les territoires liés à la connaissance de l'état de l'environnement à côté de chez soi et des bonnes pratiques à adopter (service Recosanté, promotion de l'urbanisme favorable à la santé) ;
 - le plan chlordécone IV (2021-2027), compte tenu de l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population des Antilles à ce contaminant toxique pour la santé et persistant dans l'environnement) ;
 - le 4^e plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon dans l'habitat individuel et les établissements recevant du public ;
 - le plan d'action interministériel amiante et les actions de prévention des risques liés à l'amiante ;
 - la 2^e stratégie nationale contre les perturbateurs endocriniens ;
 - le plan interministériel de lutte contre les punaises de lit ;
 - le plan eau dans les DOM (PEDOM) ;

- la lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération présente un risque pour la santé
- la surveillance de la qualité de l'air extérieur ;
- la participation française aux travaux de l'OMS sur santé environnement et au processus OMS-ONU santé environnement transport (processus EHTF et THE PEP - The Transport, Health and Environment Pan-European Programme).
- Prévention des risques à destination de publics particuliers :
 - liés au bruit notamment pour les jeunes ;
 - liés à l'exposition aux UV naturels ou artificiels ;
 - liés à la lutte contre l'insalubrité et à la promotion d'un habitat favorable à la santé ;
 - liés aux accidents de la vie courante, et notamment aux noyades ;
- Expositions environnementales via :
 - le soutien au programme national de biosurveillance de SPF lancé à partir de 2023 qui est essentiel pour mieux caractériser l'exposome humain et les impacts sur la santé dans le cadre du PNSE4 ;
 - le soutien du programme national de recherche santé environnement travail de l'Anses ;
 - le renforcement du système d'information actuel de la toxicovigilance (système d'information des centres antipoison - SICAP) ;
 - les études pour améliorer les connaissances sur les expositions et les impacts sanitaires des pesticides dont la chlordécone ;
 - les études sur les expositions aux produits chimiques et leur prévention (prévention des expositions et prise en charge médicale des personnes exposées à certains polluants dans les situations de sites et sols pollués) ;
 - le renforcement de l'information des populations sur les risques des produits chimiques du quotidien grâce à la mise en place d'un étiquetage volontaire ;
 - l'acquisition de connaissances en matière d'exposition de la population générale aux fibres d'amiante ;
 - les études sur les expositions aux champs électromagnétiques et à la lumière bleue des objets du quotidien ;
- Qualité des eaux (de consommation, thermales, de loisirs, etc.) pour :
 - améliorer la connaissance sur la qualité des eaux, notamment au regard des questions qui se posent vis-à-vis de la détection de substances émergentes ;
 - disposer d'une meilleure compréhension et prévention des cas de légionellose, dont près de 2000 cas par an en constituent la conséquence directe ;
 - la mise en œuvre des dispositions spécifiques aux installations qui distribuent l'eau auprès des usagers et l'élaboration de référentiels partagés entre les pouvoirs publics et les acteurs de l'eau ;
 - la conduite des activités internationales dans le cadre de l'engagement de la France auprès de l'OMS-Europe et de l'ONU (UNECE) au titre du Protocole sur l'eau et la santé et l'amélioration de l'accès à l'eau sur l'ensemble du territoire français en particulier par l'application du Plan eau DOM (PEDOM).
- Travaux de développement de normes et référentiels qui permettent des contrôles, notamment pour les risques amiante, radon et bruit ainsi que pour les déchets d'activité de soins et les pratiques funéraires.

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (25 M€ en AE et en CP) :

La subvention pour charges de service public allouée à l'Anses est définie en fonction de l'évolution des missions et de l'activité de l'opérateur.

En application de l'ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 et le décret n° 2010-719 du 28 juin 2010, la présentation détaillée de l'Anses figure dans la partie « Opérateurs » du PAP du programme 206 « Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation ».

ACTION (8,5 %)

16 – Veille et sécurité sanitaire

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	19 426 322	19 426 322	0	0
Dépenses de fonctionnement	19 426 322	19 426 322	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	19 426 322	19 426 322	0	0
Total	19 426 322	19 426 322	0	0

Les crédits alloués à l'action 16 « Veille et sécurité sanitaire » permettront de poursuivre deux objectifs principaux, d'une part, le développement et la conduite d'une stratégie partagée d'anticipation et de préparation aux crises sanitaires ; d'autre part, la gestion des alertes et des crises sanitaires notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles.

Des actions concourant au renforcement des capacités ministérielles de préparation et de réponse aux crises sanitaires seront également menées dans le cadre de la poursuite de la structuration du nouveau service « Centre de crises sanitaires » placé auprès du Directeur général de la santé, qui nécessite un investissement sur la formation et l'entraînement des agents.

Une attention particulière est également apportée à la démarche qualité du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) dont la certification ISO 9001 doit être régulièrement revalidée. Enfin, depuis 2023, des financements transitoires sur le P204 sont nécessaires pour l'exécution du projet de stocks européens « rescEU ».

Anticipation et préparation aux crises sanitaires

Face aux nombreux risques émergents et maladies à risque épidémique, comme celles transmises par les moustiques ou les infections respiratoires aiguës, leur anticipation est un enjeu majeur, notamment dans un contexte de réchauffement climatique. Ainsi, des actions en faveur du renforcement de la prévention et de la lutte contre les vecteurs de maladies sont menées.

Une attention particulière est également portée sur la préparation des modes et moyens de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, et notamment la mise en place de moyens adaptés au renforcement du dispositif de formation à l'attention de l'ensemble des acteurs du système de santé. Les efforts sont poursuivis pour faciliter l'accès aux formations existantes dans le domaine du nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) ou celles en cours de développement.

Une attention particulière est également accordée à l'expertise et l'appui dans le champ de la biologie médicale en vue de disposer de diagnostic microbiologique dans les meilleurs délais possibles. Des crédits serviront à financer les missions relatives aux laboratoires biotox-eau et le fonctionnement de la cellule d'intervention biologique d'urgence (CIBU). Cette cellule repose sur la mise en place d'une astreinte dédiée permettant d'assurer des analyses biologiques en urgence, 7 jours sur 7 et également en heures non ouvrées. Une partie de ces crédits sera également dédiée à la mise en œuvre de l'animation de l'écosystème des défibrillateurs automatiques (DAE).

Des crédits sont en outre mobilisés pour la politique de planification d'exercices de crise du ministère ainsi que pour la participation à des missions relatives à l'action civilo-militaire. De nombreux exercices seront menés pour garantir la bonne coordination de la chaîne opérationnelle, y compris au niveau interministériel, et la préparation des agents. L'ensemble des actions prévues constituent un investissement de long terme pour la préparation aux crises sanitaires.

Gestion des alertes et des crises sanitaires

Dans le cadre des missions de veille et de réponse opérationnelle aux urgences sanitaires, ainsi qu'au suivi des risques sanitaires internationaux afin de garantir une réponse à toute alerte, ces crédits serviront à financer plusieurs dispositifs de réponse, notamment les numéros verts gérés par une plateforme téléphonique dédiée de réponse aux alertes sanitaires d'ampleur nationale, utilisés par exemple en cas de vigilance canicule. Ces crédits serviront également à déployer des mesures exceptionnelles de mobilisation de moyens nationaux et de renforts en cas de survenue d'une crise majeure, à l'instar des évacuations sanitaires, programmées dans des conditions précises.

Par ailleurs, le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) de la DGS est certifiée ISO9001 depuis 2015 concernant ses activités de réception et de traitement des alertes sanitaires et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. L'action 16 participe au financement non seulement du maintien de cette accréditation, mais également de la poursuite du déploiement de la démarche qualité et des outils associés, dans une logique d'amélioration continue essentielle pour sécuriser, améliorer et standardiser les procédures ainsi que les pratiques de veille et de gestion.

Stocks européens RescUE

Deux projets interministériels (150 M€ et 188 M€ HT) pilotés par la DGS ont été lancés en 2023 puis en 2024 suite à deux appels à proposition successifs de la Commission européenne (CE). Il s'agit de constituer, stocker et assurer un déstockage urgent en cas de crise de contre-mesures face aux risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques) et aux pandémies. Ce sont des stocks de deuxième niveau complétant (mais ne s'y substituant pas) les stocks nationaux. Les stocks sont financés à 100 % par la CE, hors TVA. Même si l'ensemble du projet est géré par la France, la décision d'utilisation de ces stocks revient à la CE.

Ces crédits couvriront la TVA (non financée par l'UE), ainsi que la part du budget financé par l'UE fin 2026 à l'issue des deux projets (20 %, selon une règle intangible de l'UE).

ACTION (1,9 %)

17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	4 261 537	4 261 537	0	0
Dépenses d'intervention	4 261 537	4 261 537	0	0
Transferts aux autres collectivités	4 261 537	4 261 537	0	0
Total	4 261 537	4 261 537	0	0

Cette action rassemble les crédits dédiés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles et des recherches impliquant la personne humaine, à savoir :

- la définition des principes de qualité et d'évaluation des pratiques de soins des professionnels de santé ;

- l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, de référentiels normatifs européens pour la réalisation des actes et des pratiques de soins ou pour l'encadrement des actes à visée esthétique ou de bien être ;
- l'organisation et la coordination du fonctionnement des comités de protection des personnes dans la recherche impliquant la personne humaine, dans le cadre de l'entrée en vigueur en 2021 et 2022 des règlements européens relatifs aux essais cliniques de médicaments, aux dispositifs médicaux et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro avec en particulier la mise en place des portails européens ;
- la conception des politiques relatives aux médicaments à usage humain, aux dispositifs médicaux, aux produits cosmétiques, aux matières premières à usage pharmaceutique ;
- la conception des politiques relatives à la qualité et à la sécurité des éléments et produits du corps humain ainsi que les règles éthiques et les modalités d'encadrement des activités liées à ces éléments et produits.

Actions relatives à la politique des pratiques et des produits de santé

Des crédits seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP), dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bienfondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique.

Le périmètre d'intervention de ces comités concerne l'ensemble des recherches impliquant la personne humaine. La loi n° 2012-300 du 5 mai 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite Jardé, a ajouté les recherches interventionnelles au périmètre d'action des CPP initialement restreint aux recherches interventionnelles. L'action des CPP s'inscrit dans le cadre du code de la santé publique, ainsi que des règlements européens sur les dispositifs médicaux (DM), entré en application le 26 mai 2021, sur les essais cliniques des médicaments, entré en application le 31 janvier 2022 et sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DIV) entré en application le 26 mai 2022. Ces règlements prévoient en particulier une augmentation des exigences en termes de délai de l'évaluation éthique des projets de recherche par les CPP et en termes de coordination entre les CPP et l'ANSM dans la conduite de leurs évaluations respectives. L'introduction de délais intermédiaires ou totaux courts pour certains dossiers renforce l'obligation de réactivité et de continuité de service des CPP. Par ailleurs, la mise en place de systèmes d'informations au niveau européen (portails européens) implique un travail d'articulation avec le système d'information national.

Des financements seront également prévus pour :

- l'Union nationale des associations pour la défense des familles et de l'individu victimes des sectes (UNADFI) pour tout ce qui concerne le volet « santé » des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, notamment pour le financement d'une action d'expertise sur le phénomène sectaire et ses évolutions dans le secteur de la santé (veille des dérives sectaires dans le domaine de la santé, mise à disposition d'un fonds documentaire, recueil de la parole des usagers et information de la Direction Générale de la Santé sur ces pratiques émergentes) ;
- l'association d'Aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anticonvulsivant (APESAC), pour l'accompagnement des familles dans leurs parcours de soins, diagnostic, prise en charge, suivi juridique ;
- l'AMAVEA (Association Méningiomes dus à l'Acétate de cyprotérone, Aide aux Victimes et prise en compte des Autres molécules), pour la participation au financement d'une action d'information des patientes sur les méningiomes et sur les traitements appropriés par la création de deux livrets. Les deux livrets ont pour but de donner une information complète sur le lien méningiomes et progestatifs pour toutes les femmes ainsi que sur les traitements de ces méningiomes ;
- l'AFNOR (Association Française de Normalisation) pour le suivi de la politique en matière de normes « démarche qualité en imagerie médicale » et « dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et laboratoires de biologie médicale » ;
- l'AFH (Association Française des Hémophiles) notamment pour financer des actions relatives à la formation des parents encadrants qui permettent d'accompagner et d'épauler des patients et des parents concernés par la maladie au quotidien ;
- l'ADLF (Association des Lactariums de France) afin de permettre le suivi des stocks de lait maternel via un système d'information partagé reposant sur une plateforme mise en place par l'association ainsi que pour la mise en œuvre d'une campagne de communication ciblée sur le don de lait.

Résistance aux antibiotiques et infections associées aux soins

Il est prévu le renouvellement d'un financement d'un appel à projet sur les services, interventions et politiques favorables à la santé (AAP-SIP) dont un des axes porte sur l'antibiorésistance. Cet appel à projet sera lancé par l'IRESP fin 2024 et viserait tout particulièrement à :

- Développer la recherche en soins primaires avec et pour les acteurs de ville (bon usage des antibiotiques, prévention et contrôle de l'infection), notamment la recherche en sciences humaines et sociales, l'utilisation des bases de données de santé et m-santé, les outils d'aide à la décision (e.g. logiciels, intelligence artificielle), les déterminants des variations de pratiques et usages ;
- Mettre en œuvre des études interventionnelles en prévention et contrôle des infections associées aux soins et en bon usage des antibiotiques.

Cet axe antibiorésistance dans cet appel à projet 2025 fait suite à trois précédentes éditions se succédant chaque année depuis 2022.

Seront financés également :

- la Société Française de Microbiologie pour la poursuite du travail engagé quant à l'Édition du Comité de l'Antibiogramme de la SFM (CASFM), à la mise en place de formations sur l'antibiorésistance pour les biomédicaux, et à la diffusion de jeux sérieux sur le thème de l'antibiorésistance ;
- la Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française (SPILF) dans le cadre d'une convention de partenariat sur trois ans. Cette subvention vise à mettre en place des actions pour améliorer le niveau de connaissance du grand public sur les risques liés à l'émergence de la résistance aux antibiotiques, les déterminants de cette émergence, et les effets bénéfiques d'un usage raisonnable des antibiotiques. Elle vise également à la promotion de l'application pratique de ces connaissances. La SPILF travaille notamment en lien avec EBug (cf. infra) ;
- le département de santé publique du centre hospitalouniversitaire de Nice pour la poursuite du déploiement de l'outil européen e-Bug qui a pour objectif de sensibiliser les publics scolaires (de la maternelle au lycée) aux maladies infectieuses et aux mesures de prévention ainsi qu'à la question de l'antibiorésistance. Des ressources à destination des enseignants et des parents sont également proposées ;
- le Centre Régional en Antibiothérapie (CRAtb) Normandie via le Centre Hospitalier Universitaire de Caen pour la production de contenus scientifiques destinés à alimenter l'espace en ligne AntibioMalin, hébergé sur Sante.fr. Cet espace est destiné au grand public et propose des fiches sur les antibiotiques et les infections les plus courantes.

ACTION

18 – Projets régionaux de santé

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Total	0	0	0	0

CONTRIBUTION AU PLAN DE RELANCE

Néant.

ACTION (30,8 %)**19 – Modernisation de l'offre de soins**

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	69 951 565	62 151 565	0	0
Dépenses de fonctionnement	4 551 565	4 551 565	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	4 551 565	4 551 565	0	0
Dépenses d'intervention	65 400 000	57 600 000	0	0
Transferts aux autres collectivités	65 400 000	57 600 000	0	0
Titre 2 (dépenses de personnel)	700 000	700 000	0	0
Dépenses de personnel	700 000	700 000	0	0
Rémunérations d'activité	700 000	700 000	0	0
Total	70 651 565	62 851 565	0	0

La présente action 19 concourt à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population à travers la recherche d'une plus grande efficience et d'une qualité sans cesse améliorée des prestations proposées.

Pour ce faire, l'État doit veiller à ce que l'offre de soins soit accessible et dispensée dans des conditions optimales. Il se doit donc de porter son attention sur l'amélioration constante des performances de soins ainsi que sur la sécurité, la qualité et l'adaptation de la prise en charge sanitaire. Il doit, par ailleurs, anticiper et aider à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques et favoriser le progrès médical (bonnes pratiques, techniques, etc.). Ces objectifs doivent être poursuivis dans le souci d'une allocation optimisée des moyens et dans la recherche constante d'une amélioration de l'efficience des établissements et services de santé, des professionnels de santé et des opérateurs.

Cette action, qui finance notamment l'Agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna, participe ainsi à la réalisation de ces divers objectifs.

Conception des politiques d'offre de soins et actions de modernisation

Ces crédits contribuent au financement d'études, d'enquêtes et d'expertises, à l'achat de prestations diverses (recours à des intervenants extérieurs), la passation de conventions avec des acteurs du système de santé. Ils permettent d'accompagner la mise en œuvre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » (STSS), qui a été complétée par le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins, la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et le Ségur de la santé en juillet 2020 qui fixent les modalités de la revalorisation des métiers et le renforcement de l'attractivité des hôpitaux publics, la définition d'une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins, la simplification des organisations et du quotidien des équipes soignantes et la fédération des acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé votée en application de la STSS vise également à poursuivre la modernisation du système de santé afin d'améliorer les conditions d'exercice des soignants et la prise en charge des patients.

Ces crédits contribuent également au financement du programme PHARE de performance des achats hospitaliers destiné à accompagner les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna

L'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna, établissement public national à caractère administratif, regroupe deux hôpitaux et plusieurs dispensaires. Elle prend en charge l'ensemble du système de santé local.

Le système de santé à Wallis-et-Futuna repose exclusivement sur l'Agence de Santé. Cet établissement public, au-delà de ses missions d'hospitalisation, est chargé notamment de l'élaboration du programme de santé du territoire, de sa mise en œuvre sur le plan de la médecine, préventive et curative, et de la délivrance de médicaments.

L'Agence de santé présente une situation tout à fait particulière puisqu'elle ne bénéficie d'aucune ressource propre et dispose d'un financement intégralement pris en charge par l'État.

La dotation versée à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna doit lui permettre d'assurer l'ensemble de ses missions en cohérence avec les orientations définies par la stratégie de santé pour les outre-mer. Cette dotation permet également de couvrir ses dépenses de fonctionnement pour assurer pleinement ses missions d'offre et d'organisation des soins sur ce territoire.

Cette dotation est portée à 52,3 M€ en AE et 53,6 M€ en CP pour 2025, soit une hausse de 2,7 M€ par rapport à la LFI 2024 afin d'engager la résorption du déficit structurel de l'Agence dont la situation financière s'est nettement dégradée depuis fin 2021.

La différence de 1,3 M€ entre les AE et les CP correspond à la dixième annuité de remboursement du prêt d'un montant de 26,67 M€ consenti par l'Agence française de développement fin 2015 pour apurer la dette de l'Agence de santé (remboursement qui s'étale sur une durée de 20 ans).

Par ailleurs, le programme d'investissement visant à moderniser les infrastructures hospitalières, financé par des crédits issus du Ségur de la santé d'un montant de 45 M€, se poursuivra en 2025 avec la reconstruction de l'hôpital de Futuna dont le chantier doit s'étaler sur trois ans.

La gestion du processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire

Les crédits de titre 2 sont destinés au paiement des frais de jury organisés dans le cadre du dispositif des certifications professionnelles dans les champs sanitaire et social confié à l'Agence de service des paiement (ASP). En effet, les dépenses afférentes aux indemnités versées aux membres du jury constituent des dépenses de personnel et relèvent à ce titre de la nomenclature de titre 2.

Le principe d'une budgétisation distincte de ces dépenses a été actée en 2018 compte tenu du fait que l'indemnisation des vacations de jurys relève de dépenses de personnel et doit donc être distinguée comptablement des autres dépenses du dispositif qui relèvent du titre 3 (notamment frais de restauration et de déplacement, frais de gestion).

Récapitulation des crédits et emplois alloués aux opérateurs de l'État

RECAPITULATION DES CREDITS ALLOUES PAR LE PROGRAMME AUX OPERATEURS

	LFI 2024		PLF 2025	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Opérateur financé (Programme chef de file) Nature de la dépense				
ANSéS - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)	25 003 046	25 003 046	25 003 046	25 003 046
Subvention pour charges de service public	25 003 046	25 003 046	25 003 046	25 003 046
INCa - Institut National du Cancer (P204)	34 517 959	34 517 959	34 517 959	34 517 959
Subvention pour charges de service public	34 517 959	34 517 959	34 517 959	34 517 959
Total	59 521 005	59 521 005	59 521 005	59 521 005
Total des subventions pour charges de service public	59 521 005	59 521 005	59 521 005	59 521 005

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DES OPERATEURS DONT LE PROGRAMME EST CHEF DE FILE

EMPLOIS EN FONCTION AU SEIN DES OPERATEURS DE L'ÉTAT

Intitulé de l'opérateur	LFI 2024					PLF 2025				
	ETPT rémunérés par d'autres programmes (1)	ETPT rémunérés par ce programme (1)	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT rémunérés par d'autres programmes (1)	ETPT rémunérés par ce programme (1)	ETPT rémunérés par les opérateurs		
			sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés			sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés
INCa - Institut National du Cancer			131	30				131	30	
Total ETPT			131	30				131	30	

(1) Emplois des opérateurs inclus dans le plafond d'emplois du ministère

SCHEMA D'EMPLOIS ET PLAFOND DES AUTORISATIONS D'EMPLOIS DES OPERATEURS DE L'ÉTAT

	ETPT
Emplois sous plafond 2024	131
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2024	
Impact du schéma d'emplois 2025	
Solde des transferts T2/T3	
Solde des transferts internes	
Solde des mesures de périmètre	
Corrections techniques	
Abattements techniques	
Emplois sous plafond PLF 2025	131
Rappel du schéma d'emplois 2025 en ETP	

Opérateurs

Avertissement

Les états financiers des opérateurs (budget initial 2024 par destination pour tous les opérateurs, budget initial 2024 en comptabilité budgétaire pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire et budget initial 2024 en comptabilité générale pour les opérateurs non soumis à la comptabilité budgétaire) sont publiés sans commentaires dans le « Jaune opérateurs » et les fichiers plats correspondants en open data sur le site « data.gouv.fr ».

OPÉRATEUR

INCa - Institut National du Cancer

Missions

L’Institut national du cancer (INCa) est une agence d’expertise au service des personnes malades, de leurs proches, des usagers du système sanitaire et social, des professionnels de santé, des chercheurs, des experts et des décideurs ; elle dispose d’une vision large sur une pathologie qui concerne un français sur vingt, et qui représente 10 % du budget de l’Assurance maladie.

L’Institut est constitué sous la forme d’un groupement d’intérêt public (GIP) entre l’État et les principaux acteurs de la lutte contre le cancer, notamment l’Association pour la recherche sur le cancer (ARC), la Ligue nationale contre le cancer (LNCC), les caisses nationales d’assurance maladie (CNAM, CCMSA), l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), les fédérations hospitalières et les associations de patients. L’État est représenté au conseil d’administration du GIP INCa par le ministère chargé de la santé et par le ministère chargé de la recherche.

L’Institut exerce ses missions en intégrant les différentes approches spécialisées et l’ensemble des domaines d’actions de la lutte contre le cancer : la recherche médicale et scientifique, l’observation et l’épidémiologie, la prévention et les dépistages, l’information de la population, des malades et des professionnels de santé, l’organisation de l’offre et la qualité des soins, la qualité de vie des personnes pendant et après le cancer.

L’Institut construit son action opérationnelle sur trois piliers : les réponses aux besoins des usagers fondées sur une expertise de qualité et indépendante, la coordination des actions de lutte contre les cancers et l’intégration de l’ensemble des dimensions liées aux pathologies cancéreuses. Pour la réalisation de ces objectifs, l’Institut a défini des orientations stratégiques relatives à la santé publique et aux soins, à l’élaboration de recommandations de bonnes pratiques et du médicament, à la recherche et à l’innovation, à la communication et à l’information.

Gouvernance et pilotage stratégique

La loi du 8 mars 2019 a confié de nouvelles missions à l’Institut, notamment celle d’élaborer et de mettre en œuvre une proposition de stratégie décennale de lutte contre les cancers en coordination avec l’ensemble des acteurs. Cette stratégie a été annoncée par le Président de la République le 4 février 2021.

L’ambition de cette stratégie est d’améliorer le service rendu aux personnes avant, pendant et après la maladie, notamment en offrant enfin des solutions à des situations jusque-là considérées comme désespérées. Cette stratégie est structurée autour de 4 axes :

- améliorer la prévention (primaire et secondaire) ;
- limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le cancer ;

- lutter contre les cancers de mauvais pronostic, chez l'adulte et chez l'enfant ;
- s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Le suivi de la mise en œuvre de cette stratégie est réalisé dans le cadre d'instances de pilotage ad hoc, animées par l'Institut.

Mise en œuvre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer

Plus de trois ans après son lancement par le Président de la République, la stratégie décennale de lutte contre les cancers présente un **état d'avancement globalement très satisfaisant**. En effet, sur les 237 actions de la stratégie, 198 étaient prévues en 2021, 2022 et 2023 (85 % du total), plus de 90 % de ces 198 actions ont effectivement été lancées. L'ensemble des actions prévues en 2021 ont bien été lancées. Les 15 actions non démarrées étaient prévues en 2022 (pour 9 d'entre elles) ou 2023 (pour les 6 autres). Le nombre d'actions terminées est de 26 ; la majorité ont été lancées en 2021. Les axes avancent tous à un rythme et à un niveau similaire : entre 70 % et 90 % des actions de chaque axe de la stratégie (limiter les séquelles, améliorer la prévention, lutter contre les cancers de mauvais pronostic et s'assurer que les progrès bénéficient à tous) sont en cours ou terminées.

Parmi les 166 actions en cours (ni terminées ni non démarrées), un peu plus des deux tiers respectent le calendrier initialement prévu et un peu moins d'un tiers est en retard. L'origine des difficultés est variable, parfois imputables à une mauvaise programmation initiale conduisant à des glissements de calendrier (pour 38 actions) – ces retards sont conjoncturels et ne mettent pas en péril l'action à moyen terme ; parfois imputables à des difficultés de cadrage en retardant la mise en œuvre opérationnelle (pour 12 actions) – ces retards sont davantage structurels et appellent une vigilance renforcée. Enfin, au moins un retard est lié à un décalage pour des raisons budgétaires (pour une action).

Le nombre d'actions finalisées augmente régulièrement, et le nombre d'actions non démarrées a été réduit (24 actions il y a un an, 15 actions aujourd'hui). Néanmoins, un nombre croissant d'actions en cours accumulent un retard significatif (34 actions sont aujourd'hui en retard majeur, 16 il y a un an).

En 2024, 29 actions nouvelles seront lancées. Elles s'ajouteront à la poursuite et le suivi des actions mises en place en 2021, 2022 et 2023. Cela porte le total d'actions qui devront avoir été lancées à la fin de l'année à 227 sur 237 soit 95 % de la feuille de route.

Parmi les **projets emblématiques** de l'année 2024 peuvent être cités :

- La poursuite des travaux pour *la mise en place d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon par scanner faible dose*, avec la production d'une expertise sanitaire visant à élaborer un référentiel définissant les modalités du dépistage des cancers du poumon et d'un cahier des charges pour un appel à candidatures visant à sélectionner les sites qui souhaiteraient participer au programme pilote ;
- La mise en œuvre d'une feuille de route pour *améliorer l'accès à la reconstruction mammaire*, qui intègrera des mesures de financement, d'information des personnes et d'organisation des circuits d'accès ;
- La labellisation de réseaux de recherche spécialisés sur *les cancers de mauvais pronostic et sur les dépistages* ;
- L'élaboration d'un programme « *Faire que chaque contact compte* » pour mobiliser les interactions avec l'ensemble des professionnels sur le terrain à des fins de prévention ;
- L'intégration de *l'auto-prélèvement dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus*, conformément aux recommandations de la HAS, de l'INCa et dans la suite des annonces ministérielles en comité de suivi de la stratégie décennale du 5 décembre 2022 ;
- L'élaboration d'un *dispositif de fin de traitement, en miroir du dispositif d'annonce*, qui intègrera la remise d'un programme personnalisé d'après-cancer pour la surveillance et le suivi des patients à la fin des traitements actifs (PPAC) ;

- La création d'un *observatoire des aidants* associant l'ensemble des acteurs concernés par la problématique, afin de combler le manque de données concernant les aidants des personnes atteintes de cancers, d'identifier leurs besoins et de repérer les dispositifs d'appui existants qui pourraient leur être proposés.

Dépenses engagées

La stratégie décennale est dotée d'un **budget global de 1,74 Md € sur la période 2021-2025**, dont 283 M€ de mesures nouvelles et 1,45 Md € de reconduction des crédits du Plan cancer 2014-2019. Cela correspond à une hausse de près de 20 % du budget par rapport à la période 2014 – 2019.

À fin 2023, le montant global des dépenses liées à la stratégie décennale se porte à 1,11 Md€, dont 168,7 M€ consacrés aux mesures nouvelles et 947,7 M€ consacrés aux mesures socles. Cela correspond à un taux d'exécution de 114 %.

Pour la seule année 2023, le montant global des dépenses se porte à 407 M€, dont 86,5 M€ consacrés aux mesures nouvelles et 321 M€ consacrés aux mesures socles, soit un taux d'exécution de 119 %. Cette sur-exécution s'explique à la fois par des dépenses supérieures au prévisionnel au titre des mesures nouvelles et au titre des financements socles.

Actions et moyens envisagés pour 2025-2030

Conformément aux dispositions réglementaires prévues, l'Institut national du cancer a élaboré une proposition de méthode et de calendrier pour l'évaluation intermédiaire de la stratégie décennale et l'élaboration de sa seconde feuille de route 2026 – 2030.

Dans sa première feuille de route opérationnelle à 5 ans, pour la période 2021 – 2025, les 4 axes de la stratégie étaient déclinés en 41 fiches thématiques et 237 actions, auxquelles était consacré un budget de 1,74 Md€. Il convient désormais de dresser un bilan intermédiaire de ces 5 premières années, et d'écrire, pour les 5 suivantes, une nouvelle déclinaison opérationnelle de nos ambitions. Une séquence d'évaluation/élaboration des feuilles de route est prévue par le cadre réglementaire défini par le décret n° 2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

Si les 4 axes de la stratégie resteront les mêmes, les actions, voire les thématiques, pourront être ajustées pour faire suite à l'évaluation, dans le cadre de la deuxième feuille de route.

L'évaluation à mi-parcours aura donc plus précisément pour objectifs :

- Au niveau des actions, d'identifier les actions menées à leur terme et les éventuelles suites à donner aux actions, de permettre la reformulation ou la réorientation d'actions, de proposer la création de nouvelles actions en cas de lacune ;
- Au niveau des thématiques, de mesurer le niveau de réalisation des actions (indicateurs de processus) et si possible l'atteinte des résultats attendus (indicateurs d'impact) ;
- Au niveau des axes, d'identifier les principales avancées et limites dans l'atteinte des objectifs de chaque axe.

Les instances de l'Institut (Conseil d'administration, Comité de déontologie et d'éthique et Comité de démocratie sanitaire) seront consultées pour formuler des propositions pour l'élaboration de la seconde feuille de route.

Les partenaires (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, sociétés savantes, associations) seront invités à faire des contributions écrites.

L'ensemble des propositions seront priorisées et approfondies au sein de « task forces » thématiques impliquant des collaborateurs de l'Institut, des experts et représentants des ministères.

L’Institut national du cancer consolidera, à partir des retours évaluatifs et des contributions diverses, une proposition de feuille de route 2026 – 2030, qui sera soumise au gouvernement en 2025.

Informations complémentaires

Parallèlement à la mise en œuvre de la stratégie décennale, l’Institut assure l’entièreté des missions qui lui ont été confiées dans une logique d’amélioration continue des dispositifs particulièrement structurants qui ont été mis en place, notamment dans le cadre des précédents plans cancers.

Par ailleurs, un contrat d’objectifs et de performance (COP) de l’Institut National du Cancer a été établi pour la période 2021-2025, tenant compte des orientations portées par la stratégie décennale.

FINANCEMENT APPORTE A L’OPÉRATEUR PAR LE BUDGET DE L’ÉTAT

(en milliers d’euros)

Programme financeur Nature de la dépense	LFI 2024		PLF 2025	
	Autorisations d’engagement	Crédits de paiement	Autorisations d’engagement	Crédits de paiement
P204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	34 518	34 518	34 518	34 518
Subvention pour charges de service public	34 518	34 518	34 518	34 518
Transferts	0	0	0	0
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d’investissement	0	0	0	0
Total	34 518	34 518	34 518	34 518
Subvention pour charges de service public	34 518	34 518	34 518	34 518
Transferts	0	0	0	0
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d’investissement	0	0	0	0

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L’OPÉRATEUR

(en ETPT)

	LFI 2024 (1)	PLF 2025
Emplois rémunérés par l’opérateur :		
– sous plafond	161	161
– hors plafond	131	131
<i>dont contrats aidés</i>	30	30
<i>dont apprentis</i>		
Autres emplois en fonction dans l’opérateur :		
– rémunérés par l’État par ce programme		
– rémunérés par l’État par d’autres programmes		
– rémunérés par d’autres collectivités ou organismes		

(1) LFI et LFR le cas échéant

PROGRAMME 183
Protection maladie

MINISTRE CONCERNEE : GENEVIEVE DARRIEUSSECQ, MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACCES AUX SOINS

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Pierre Pribile

Directeur de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 183 : Protection maladie

Les deux actions qui composent le programme « Protection maladie » visent à assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en faveur de l'accès aux soins des publics les plus défavorisés et de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Qu'il s'agisse de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière ou de procéder à la juste indemnisation des victimes de l'amiante, les dispositifs existants jouent un rôle central dans la santé des personnes les plus fragiles.

L'aide médicale de l'État (AME) « de droit commun » assure la prise en charge des frais de santé des personnes étrangères démunies ne pouvant accéder à la protection universelle maladie, car ne remplies pas les conditions de régularité du séjour. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité, avec un triple objectif humanitaire, sanitaire et de maîtrise des dépenses publiques. Elle protège ainsi les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs malgré leur situation de grande précarité. Elle joue en outre un rôle important en matière de santé publique, en évitant la propagation des affections contagieuses non soignées. Enfin, elle favorise la prise en charge en amont du développement ou de l'aggravation des pathologies, qui seraient plus coûteuses pour la collectivité si elles étaient soignées plus tard et notamment en établissement hospitalier.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante garantit l'équité de traitement entre les victimes des conséquences de l'exposition à ce matériau. Elles peuvent ainsi obtenir réparation de leurs préjudices dans un délai rapide et selon une procédure simplifiée.

Cette politique est menée en étroite collaboration avec les différents partenaires chargés des deux dispositifs rattachés au programme « Protection maladie ». La gestion de l'AME est déléguée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). L'indemnisation des victimes de l'amiante est assurée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Pour mesurer les efforts accomplis, les indicateurs de performance sont axés autour de deux objectifs : assurer la délivrance de l'AME dans des conditions appropriées de délais et de contrôles et réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA.

RECAPITULATION DES OBJECTIFS ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF 1 : Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles

INDICATEUR 1.1 : Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

INDICATEUR 1.2 : Pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'Etat contrôlés

OBJECTIF 2 : Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA

INDICATEUR 2.1 : Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois

INDICATEUR 2.2 : Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois

Objectifs et indicateurs de performance

OBJECTIF

1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles

Cet objectif vise à garantir l'accès aux soins des personnes éligibles à l'AME dans des délais raisonnables afin d'éviter une éventuelle dégradation de leur état de santé ou des refus de soins. Il vise également à assurer une bonne gestion du dispositif en promouvant la mise en place de contrôles approfondis pour éviter les fraudes.

INDICATEUR

1.1 – Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	28	24	24	24	24	24

Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Mode de calcul : Moyenne des délais enregistrés dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) instruisant les demandes d'AME. Le délai moyen d'instruction des dossiers correspond à celui qui s'écoule entre la date de réception du dossier complet par la CPAM ou la CGSS et la date de notification par courrier de la décision d'attribution ou de refus.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Le délai moyen d'instruction des demandes d'AME a diminué, passant de 28 jours en 2022 à 24 jours en 2023, conformément à la cible fixée pour cette année.

Après la mise en place d'un quatrième pôle d'instruction des dossiers d'AME en métropole pour renforcer les équipes dédiées au dispositif, plusieurs améliorations opérées en octobre 2022 sur l'outil de gestion des demandes d'AME ont permis d'alléger le traitement des dossiers et par conséquent la réduction du délai d'instruction. La simplification de la gestion des dossiers AME se poursuit avec la mise en place d'automates de saisie. Les gains de gestion qui en résulteront devraient permettre de maîtriser les délais dès lors que l'augmentation du volume de demandes à traiter est limité à 5 %.

S'agissant de l'instruction des demandes en outre-mer, pour la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Guyane, dont le territoire concentre 90 % des bénéficiaires de l'AME en outre-mer, le délai de traitement des dossiers s'est également réduit puisqu'il s'établit à 27 jours au deuxième trimestre 2024 alors qu'il était de 51 jours en 2023 sur la même période. La CGSS a mis en place une nouvelle organisation en vue d'optimiser le fonctionnement de l'unité en charge de l'AME. Dans ce cadre, différentes actions ont été déployées aussi bien en interne (pilotage renforcé de l'activité, du contrôle interne, entraide inter-services...) qu'en externe (vers les partenaires pour améliorer la transmission des dossiers...).

Concernant le délai moyen cible pour les prochaines années, au regard de la tendance haussière des demandes d'AME mais aussi des incertitudes liées à une potentielle réforme de l'AME et à ses incidences en termes de gestion, la cible pour les années 2025 à 2027 est maintenue à 24 jours.

INDICATEUR

1.2 – Pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'Etat contrôlés

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	15,3	15,4	14	14,5	14,5	14,5

Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Mode de calcul : L'indicateur mesure le pourcentage de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés ayant fait l'objet d'un contrôle aléatoire approfondi par l'agent comptable (justification de l'identité, des ressources déclarées, de la stabilité et de la régularité de la résidence), rapporté au nombre total de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés. Les taux de contrôle par l'agent comptable indiqués par les CPAM et CGSS sont agrégés par la CNAM pour obtenir le taux moyen national.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Le dispositif de l'aide médicale de l'État (AME) est attribué sous condition de ressources et de résidence stable et irrégulière en France. Son attribution fait l'objet de contrôles renforcés, notamment lors de l'instruction des demandes.

Ainsi, les services de l'agent comptable de la CNAM effectuent des contrôles sur un échantillon représentatif des dossiers de demandes d'AME, selon un plan de contrôle visant à vérifier tant la procédure d'instruction que le contenu du dossier (justification de l'identité, de la résidence et des ressources). Cet indicateur mesure la part de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable.

Centralisés au sein des caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny, Marseille et Poitiers, les contrôles sont systématiquement menés *a priori* afin de limiter le risque d'indus. En 2023, la cible de 14 % a été dépassée puisque le taux de dossiers contrôlés s'établit à 15,4 %. 49 169 dossiers donnant lieu à un accord d'AME ont ainsi fait l'objet d'un contrôle *a priori* et, parmi eux, 1 164 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,4 % des dossiers contrôlés.

Pour l'année 2024, il a été demandé aux services de l'agent comptable de contrôler 14 % des dossiers. La cible pour 2025 et jusqu'en 2027 est fixée avec une légère hausse, à 14,5 %, sachant que l'augmentation du volume des dossiers traités, comme constaté ces dernières années, conduit en pratique à une augmentation du nombre de dossiers contrôlés.

OBJECTIF

2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA

Cet objectif vise à assurer et garantir le traitement des demandes d'indemnisation des victimes de l'amiante dans le respect du délai légal de présentation des offres d'indemnisation (6 mois) et du délai réglementaire de paiement des offres acceptées (2 mois). Les indicateurs se concentrent sur les victimes de pathologies graves (cancers broncho-pulmonaires, mésothéliomes et pathologies conduisant fréquemment au décès), prioritaires dans le cadre de la politique d'indemnisation du Fonds, alors que la structure de la demande fait apparaître une proportion de plus en plus importante de pathologies graves par rapport aux pathologies bénignes.

INDICATEUR

2.1 – Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	71	67	88	80	80	80

Précisions méthodologiques

Source des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais moyens des offres d'indemnisation en mois.

Les offres « présentées » correspondent aux demandes transmises au FIVA, traitées par le juriste responsable du dossier, validées en pré-visa par l'agence comptable et envoyées à la victime.

JUSTIFICATION DES CIBLES

La crise sanitaire liée au Covid-19 avait fortement impacté l'activité du Fonds sur les exercices récents avec un recul de cet indicateur au cours de la période 2020-2022 (71 % en 2022 contre 77 % en 2019).

Par ailleurs cet indicateur était jusqu'à récemment dépendant des délais de reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS) ainsi qu'à la transmission par ces derniers des informations relatives aux prestations servies qui permettaient au FIVA de procéder au calcul de son indemnisation au titre de l'incapacité fonctionnelle (offre partielle ou complémentaire). Les victimes exposées dans un cadre professionnel représentant chaque année plus des deux tiers des demandeurs s'adressant au FIVA, ces délais exogènes expliquent les résultats passés, structurellement inférieurs à la cible.

Depuis le revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation en janvier 2023, le FIVA ne déduit plus la rente attribuée par la sécurité sociale. Le FIVA a ainsi débloqué un nombre important de demandes en attente de réponse des caisses de sécurité sociale et fait des offres complémentaires, entraînant dans un premier temps un recul de cet indicateur (67 % en 2023), soit une baisse de 4 points par rapport à 2022. En 2024, le FIVA a pu accélérer ses délais de traitement des nouvelles offres (atteinte de 85 % de l'objectif sur les 8 premiers mois). Néanmoins, ce haut niveau de performance ne pourrait être maintenu qu'à cadre juridique constant.

INDICATEUR

2.2 – Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	92	95	97	90	90	90

Précisions méthodologiques

Sources des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais de paiement en mois.

Les offres « payées » correspondent aux offres acceptées par le demandeur, validées par l'agence comptable et versées à la victime.

JUSTIFICATION DES CIBLES

La crise sanitaire avait eu un impact limité sur cet indicateur compte tenu de l'organisation mise en place au sein du FIVA et des évolutions techniques du logiciel métier réalisées (92 % en 2022 contre 96 % en 2019).

Le revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation intervenu en janvier 2023 sur la nature de la rente servie par les organismes de sécurité sociale, lequel conduit le FIVA à ne plus déduire la rente AT-MP de la rente qu'il sert lui-même au titre de l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle des victimes directes reconnues en maladie professionnelle a eu pour conséquence une augmentation importante du nombre de rentes attribuées, de l'ordre de 30 % sur un an en 2023, car l'arrêt de la déduction aboutit à attribuer quasi systématiquement une rente aux victimes vivantes.

Malgré un mouvement de hausse qui se poursuit en 2024 (+10,4 % de rentes actives depuis le début de l'année), le FIVA maintient cet indicateur à haut niveau (97 % au cours des 8 premiers mois de l'année).

Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales

PRESENTATION DES CREDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2024 ET 2025

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2024 PLF 2025	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat		1 208 300 000 1 319 592 126	0 0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 8 000 000	0 0
Totaux		1 216 300 000 1 327 592 126	0 0

CREDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2024 PLF 2025	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat		1 208 300 000 1 319 592 126	0 0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 8 000 000	0 0
Totaux		1 216 300 000 1 327 592 126	0 0

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE POUR 2024, 2025, 2026 ET 2027

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
6 - Dépenses d'intervention	1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987		1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987	
Totaux	1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987		1 216 300 000 1 327 592 126 1 396 129 530 1 493 023 987	

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE ET CATEGORIE POUR 2024 ET 2025

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2024 PLF 2025				
6 – Dépenses d'intervention	1 216 300 000 1 327 592 126		1 216 300 000 1 327 592 126	
61 – Transferts aux ménages	1 216 300 000 1 327 592 126		1 216 300 000 1 327 592 126	
Totaux	1 216 300 000 1 327 592 126		1 216 300 000 1 327 592 126	

ÉVALUATION DES DEPENSES FISCALES

Avertissement

Le niveau de fiabilité des chiffrages de dépenses fiscales dépend de la disponibilité des données nécessaires à la reconstitution de l'impôt qui serait dû en l'absence des dépenses fiscales considérées. Par ailleurs, les chiffrages des dépenses fiscales ne peuvent intégrer ni les modifications des comportements fiscaux des contribuables qu'elles induisent, ni les interactions entre dépenses fiscales.

Les chiffrages présentés pour 2025 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2025. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2025 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

« ε » : coût inférieur à 0,5 million d'euros ; « - » : dépense fiscale supprimée ou non encore créée ; « nc » : non chiffrable.

Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »).

Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc ») en 2025, le montant pris en compte dans le total 2025 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2024 ou 2023); si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère toutefois limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

DEPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPOTS D'ÉTAT (3)

(en millions d'euros)			
Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage 2023	Chiffrage 2024
120117	Exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à hauteur de 50 % pour les indemnités temporaires Traitements, salaires, pensions et rentes viagères Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Crédit : 1927 - Dernière modification : 2009 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-8°	494	515
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères Bénéficiaires 2023 : 5955 Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Crédit : 2004 - Dernière modification : 2004 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-33° bis	7	8
			9

(en millions d'euros)

		Chiffrage 2023	Chiffrage 2024	Chiffrage 2025
	Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale			
520401	<p>Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie</p> <p>Mutations à titre gratuit</p> <p><i>Bénéficiaires 2023 : (nombre non déterminé) Ménages - Création : 1992 - Dernière modification : 2006 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait génératrice : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 775 bis</i></p>	nc	nc	nc
	Coût total des dépenses fiscales	501	523	524

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLEMENTS DE SYNTHESE DU PROGRAMME

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'Etat	0	1 319 592 126	1 319 592 126	0	1 319 592 126	1 319 592 126
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	0	8 000 000	8 000 000	0	8 000 000	8 000 000
Total	0	1 327 592 126	1 327 592 126	0	1 327 592 126	1 327 592 126

Dépenses pluriannuelles

ÉCHEANCIER DES CREDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES A PAYER AU 31/12/2024

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2023 (RAP 2023)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2023 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2023	AE (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2024 + Reports 2023 vers 2024 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2024 + Reports 2023 vers 2024 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2024
0	0	1 166 740 000	1 166 740 000	0

ÉCHEANCIER DES CP A OUVRIR

AE	CP 2025	CP 2026	CP 2027	CP au-delà de 2027
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2024	CP demandés sur AE antérieures à 2025 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2025	Estimation des CP 2027 sur AE antérieures à 2025	Estimation des CP au-delà de 2027 sur AE antérieures à 2025
0	0	0	0	0
AE nouvelles pour 2025 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2025 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2025	Estimation des CP 2027 sur AE nouvelles en 2025	Estimation des CP au-delà de 2027 sur AE nouvelles en 2025
1 327 592 126 0	1 327 592 126 0	0	0	0
Totaux	1 327 592 126	0	0	0

CLES D'OUVERTURE DES CREDITS DE PAIEMENT SUR AE 2025

CP 2025 demandés sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025	CP 2026 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025	CP 2027 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025	CP au-delà de 2027 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (99,4 %)

02 – Aide médicale de l'Etat

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	1 319 592 126	1 319 592 126	0	0
Dépenses d'intervention	1 319 592 126	1 319 592 126	0	0
Transferts aux ménages	1 319 592 126	1 319 592 126	0	0
Total	1 319 592 126	1 319 592 126	0	0

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

- En premier lieu, l'**aide médicale de l'État (AME) de droit commun**, prévue aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). L'AME de droit commun a été instaurée le 1^{er} janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères démunies, vivant en France en situation irrégulière vis-à-vis du droit au séjour, et ne pouvant donc être prises en charge par la protection universelle maladie. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité avec un triple objectif : humanitaire, sanitaire et économique. Tout d'abord, elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. Ensuite, elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant la propagation des affections contagieuses non soignées. Enfin, elle permet de faciliter la prise en charge des soins en amont, évitant ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2025, ce dispositif représenterait 94 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par le régime général de l'assurance maladie ;
- En deuxième lieu, la prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé (art. L. 254-1 du CASF). Ils sont dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État ;
- En troisième lieu, d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
 - L'AME dite « **humanitaire** » (4^e alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) recouvre les prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas sur le territoire, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale. Cette AME « **humanitaire** » n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Elle permet à des français ou ressortissants étrangers présents sur le territoire, possédant de faibles revenus, de régler une dette hospitalière. Ce dispositif représente chaque année moins d'une centaine de prises en charge ;
 - L'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5^e alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n° 2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la pris en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale. Est également financée l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfectures et les établissements de santé).

Pour mémoire, le financement de la prise en charge des évacuations sanitaires du Vanuatu est pris en charge depuis 2022 par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

Acteurs du dispositif

Depuis le 1er janvier 2018, la direction de la sécurité sociale (DSS) est le seul gestionnaire administratif des dispositifs de l'action « Aide médicale de l'État ». Elle en assure le pilotage stratégique, sa mise en œuvre législative et réglementaire ainsi que son suivi financier et budgétaire.

La gestion et la mise en œuvre des dispositifs de l'AME de droit commun et des soins urgents impliquent :

- La caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) : elle coordonne la mise en œuvre du dispositif pour le compte de l'État et établit les statistiques nationales ;
- Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) : elles sont chargées de l'admission des bénéficiaires via l'instruction des demandes, de la remise des titres AME, de la prise en charge des prestations et de la mise en œuvre des contrôles ;
- L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : elle est chargée de la valorisation des séjours et séances dispensés dans les établissements publics hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique et établit les statistiques nationales afférentes ;
- Les établissements et professionnels de santé, les officines, les laboratoires, les transports sanitaires... : ils dispensent les soins aux bénéficiaires des dispositifs et facturent les frais aux caisses d'assurance maladie ;
- Les services sanitaires et sociaux départementaux, les centres communaux d'action sociale, les associations : ils peuvent accompagner les demandeurs dans la constitution de leur dossier et le transmettre aux caisses d'assurance maladie pour le renouvellement des demandes d'AME.

Concernant les autres dispositifs :

- Jusqu'au 1^{er} janvier 2024, la DSS déléguait les crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), y compris ceux dédiés à la prise en charge des demandes d'AME « humanitaire » après instruction et accord par la DSS.
- Depuis le 1^{er} janvier 2024, les crédits relevant des autres dispositifs d'AME (dont les crédits dédiés à l'AME « humanitaire ») sont directement reversés par l'État à l'assurance maladie, sur le même modèle que l'AME de droit commun et les soins urgents. Par ailleurs, l'instruction des dossiers d'AME « humanitaires » sont désormais instruits par la CNAM puis validés par la DSS.

Bénéficiaires et dépenses de l'AME de droit commun

Au 31 décembre 2023, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a augmenté de 11,0 % par rapport à 2022, atteignant les 456 689 bénéficiaires, dont 44 236 en outre-mer (ce qui représente une baisse de 4,2 % par rapport à 2022). En 2023, les femmes représentent 44 % de l'effectif total. Parmi ces bénéficiaires, seuls 314 168 ont reçu au moins un remboursement pour un soin au cours du dernier trimestre 2023, soit 69 %.

En 2021, les bénéficiaires de l'AME ont retrouvé progressivement un rythme de consommation comparable à celui antérieur à la crise sanitaire : le taux de consommants (c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires ayant bénéficié d'au moins un remboursement au cours d'un trimestre donné) s'est établi à 72 % au dernier trimestre 2021 contre 74 % pour la période avant la crise du Covid (taux de consommants moyen sur la période 2014-2019). Il était descendu à 65 % au dernier trimestre 2020. Cela a entraîné une hausse des dépenses de 9,8 % pour l'AME de droit commun en 2021 par rapport à 2020 (taux de croissance annuel moyen de 1,9 % entre 2019 et 2021).

En 2022 et 2023, le taux de consommants a reculé lentement (71 % au dernier trimestre 2022 puis 69 % au dernier trimestre 2023). Ce recul peut s'expliquer, en partie, par l'accélération du nombre de bénéficiaires au cours des deux dernières années (+5 % en 2022 et +10 % en 2023 en nombre de bénéficiaires annuel moyen - contre moins de 3 % en taux de croissance annuel moyen entre 2013 et 2019). Par ailleurs, la dépense moyenne par bénéficiaire a continué d'augmenter en 2022 (de +1,0 %) et en 2023 (de +2,6 %), après la forte baisse observée pendant la crise du Covid (-15,3 % entre 2019 et 2020). Ainsi, la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire s'élevait à 2 480 € en 2023. À titre de comparaison, la dépense moyenne de la population générale couverte par l'assurance maladie obligatoire

était de 2 685 € en 2017 (dernière donnée disponible, selon une étude de la DREES[1]). En conséquence, les dépenses pour l'AME de droit commun ont augmenté de plus de 6 % en 2022 et de 13 % en 2023.

[1] DREES • Études et Résultats • Décembre 2022 • n° 1251 • Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée.

L'AME permet la prise en charge en tiers payant des frais de santé de ces personnes vulnérables, en vertu du devoir de solidarité nationale de l'État envers les personnes les plus précaires et dans l'intérêt de la santé publique en évitant la propagation des pathologies. Sont ainsi soignées à l'hôpital des pathologies relevant de l'hépato-gastro-entérologie, pneumologie, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, neurologie médicale ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2023, la médecine, l'obstétrique et la chirurgie représentaient respectivement 48 %, 25 % et 19 % des séjours hospitaliers (les 8 % restants sont des séjours pour actes interventionnels non opératoires). Quant aux séances (venue dans un établissement de santé au cours d'une journée, impliquant une fréquence itérative), 54 % concernent la dialyse, 29 % la chimiothérapie 13 % la radiothérapie et 2 % la transfusion.

En offrant également à ses bénéficiaires un accès aux soins de ville, l'AME permet la prise en charge en amont des pathologies, et évite ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. Les prestations de ville constituent ainsi 35 % des dépenses totales (ville et d'hôpital) en 2023. Parmi les dépenses de ville, les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 41 %, les médicaments et dispositifs médicaux regroupent 36 % des dépenses et enfin 23 % sont concentrés sur les frais de transports et les analyses de biologie.

Sur 106 CPAM ou CGSS en 2023, dix seulement concentrent 63 % de la dépense : la CPAM de Paris concentre 20 % de la dépense d'AME totale (France entière), celle de Bobigny 10 % et celle de Cayenne 8 %.

Évolution du nombre d'usagers concernés par l'AME (pour la France entière)

	Nombre de bénéficiaires de l'AME
Au 31/12/2003	180 415
Au 31/12/2004	154 971
Au 31/12/2005	189 284
Au 31/12/2006	202 396
Au 31/12/2007	194 615
Au 31/12/2008	202 503
Au 31/12/2009	215 763
Au 31/12/2010	228 036
Au 31/12/2011	208 974
Au 31/12/2012	252 437
Au 31/12/2013	282 425
Au 31/12/2014	294 298
Au 31/12/2015	316 314
Au 31/12/2016	311 310
Au 31/12/2017	315 835
Au 31/12/2018	318 106
Au 31/12/2019	334 546
Au 31/12/2020	382 899
Au 31/12/2021	380 762
Au 31/12/2022	411 364
Au 31/12/2023	456 689

Prises en charge au titre des « soins urgents »

En poursuivant les mêmes objectifs de solidarité nationale et de santé publique que l'AME, le dispositif des « soins urgents » permet la prise en charge ponctuelle des frais hospitaliers de personnes en situation irrégulière, qui ne peuvent bénéficier de l'AME.

Ces dépenses n'étant pas rattachées à des individus puisque ceux-ci, par définition, ne sont pas affiliés à un dispositif de prise en charge des frais de santé, il n'est pas possible de dénombrer précisément le nombre de personnes bénéficiant de ces soins. Toutefois, cette donnée peut être approchée par le biais du nombre d'hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique : 15 902 séjours et 11 631 séances étaient prises en charge en 2023. Également, 60 % des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans (contre un tiers pour la population générale). Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 17 % hépato-gastro-entérologie et 13 % en pneumologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 34 % des séjours et 76 % du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2023).

Actions conduites pour améliorer le pilotage et la mise en œuvre des dispositifs AME et soins urgents

Le principal déterminant des dépenses d'AME et de « soins urgents » est le nombre de bénéficiaires, qui est notamment lié à l'évolution des flux migratoires, paramètre par nature difficilement maîtrisable par le responsable du programme. Ces dépenses varient également en fonction de la nature des soins consommés et des tarifs qui y sont associés.

Des réformes visant à une plus grande efficience et une plus grande maîtrise des dépenses ont néanmoins été menées (cf. tableau ci-après), notamment sur la base des conclusions des missions d'audit menées par les services de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) en 2007, 2010 et 2019. La principale mesure d'économie a été l'alignement de la tarification des séjours hospitaliers pour les soins somatiques des patients AME et « soins urgents » sur celle des assurés sociaux, permettant de réaliser entre 82 et 191 millions d'euros d'économies par an sur le champ de l'AME.

Entrée en vigueur	Mesure	Rendement annuel
2012 (nouvelle tarification et compensation)	Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) : Alors que les séjours des patients AME étaient facturés en fonction du tarif journalier de prestation (TJP) propre à chaque hôpital, généralement plus élevé que les tarifs issus de la tarification à l'activité, la tarification des séjours « AME » est désormais alignée sur celle de droit commun, fondée à 80 % sur la base des tarifs nationaux et à 20 % sur la base TJP.	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à : -2012 : 82 M€ en année pleine -2013 : 92 M€ -2014 : 123 M€ -2015 : 165 M€ -2016 : 178 M€ -2017 : 187 M€ -2018 : 191 M€
2014 (coefficient ramené à 15 %)		
2015 (coefficient annulé)	Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32 % appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15 % au 1 ^{er} janvier 2014 puis annulé au 1 ^{er} janvier 2015. Une part des crédits issus de la mission d'intérêt général « Précarité » a également été allouée aux établissements de santé prenant en charge de nombreux patients AME.	
2015	Médicaments : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge	Économie de 4,2 M€ en 2015 et 5 M€ les exercices suivants
2015	Délais de facturation : les délais de facturation des séjours des patients AME sont désormais alignés sur ceux de droit commun, soit un passage de 2 ans à 1 an. Cette réforme permet de renforcer le pilotage des dépenses d'AME puisque l'exercice auquel elles se rapportent est ainsi clairement identifié	Rendement de près d'1 M€ à échéance 2016

En 2019 et 2020, parallèlement aux actions menées en matière de lutte contre l'immigration irrégulière, le Gouvernement a mis en place des mesures pour accentuer les efforts sur la gestion des dispositifs, la régulation de leurs dépenses et renforcer les contrôles dans le cadre de programmes d'actions ambitieux.

Ainsi les projets de centralisation permettent de renforcer l'efficience des dispositifs en dégageant des gains financiers résultant d'une gestion plus efficace. La centralisation de l'instruction des dossiers de demandes d'AME en métropole a été mise en œuvre progressivement au cours du dernier trimestre de l'année 2019, au sein des trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille, puis finalisée au début de l'année 2021 avec la mobilisation de la caisse de Poitiers. Par ailleurs, la fabrication des cartes AME a été centralisée au niveau du pôle de Cergy.

Le traitement des factures de « soins urgents » a également fait l'objet d'une centralisation progressive depuis le 11 juin 2018. La caisse de Paris gère ainsi les factures des 8 caisses d'Île-de-France, tandis que la caisse de Calais a pris en charge le traitement des factures des autres caisses de métropole et depuis 2021, des caisses des DOM.

Un renforcement significatif du plan de contrôle des dispositifs d'AME et de soins urgents est également mis en œuvre

Les dispositifs de l'AME et des « soins urgents » font déjà l'objet de contrôles renforcés par les agents en charge de l'instruction des demandes ou au guichet pour la remise de la carte AME. Les bénéficiaires de l'AME sont également soumis à des contrôles *a priori* lors de l'attribution du droit et à des contrôles *a posteriori* afin de détecter d'éventuelles fraudes.

1. Le renforcement des contrôles à l'attribution du droit

Les contrôles à l'octroi du droit, effectués par les services de l'agent comptable sont renforcés dans le cadre des projets de centralisation mis en œuvre dès 2018 pour les soins urgents et à la fin de l'année 2019 pour l'AME. Ainsi, le taux de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable, qui était initialement fixé à 10 %, a pu augmenter progressivement, atteignant une cible de 15,4 % en 2023. Ces contrôles sont en outre mis en œuvre systématiquement *a priori*, afin de réduire les montants des indus.

Les services de l'agent comptable contrôlent également les dépenses de « soins urgents ». La prise en charge de ces dépenses pour les personnes en situation irrégulière étant soumise à une demande préalable d'AME (qui doit être refusée par la caisse pour que l'hôpital puisse facturer les frais au titre du dispositif « soins urgents »), celles-ci font l'objet d'un double niveau de contrôle :

- au stade de l'instruction de la demande préalable d'AME (cf. supra) ;
- au stade de la liquidation de la facture de « soins urgents », lors de laquelle les services de l'agent comptable effectuent également un contrôle aléatoire et approfondi des dossiers, qui doivent comprendre la facture de l'établissement de santé ainsi que le refus de la demande d'AME par la caisse.

Ces contrôles sont également renforcés dans le cadre du projet de centralisation du traitement des factures de « soins urgents ». Les supervisions *a priori* de l'ordonnateur et les contrôles du directeur comptable et financier (à la fois ex-ante et ex-post) portent sur la vérification « administrative » de la conformité des paiements, tant sur l'absence de droits autres de la personne, la présence des pièces au dossier, l'absence de paiements multiples, que sur la vérification de l'annulation de la facture de l'hôpital pour les prises en charge aux soins urgents refusées. 10 % des dossiers sont ainsi contrôlés, aléatoirement ou après ciblage parmi les montants les plus importants.

2. Des contrôles mieux ciblés *a posteriori*, afin de lutter contre la fraude

Les bénéficiaires de l'AME sont intégrés dans les programmes nationaux de contrôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), dans le cadre de la lutte contre la fraude.

La CNAM met ainsi en œuvre des contrôles ciblés sur les consommations de soins présentant des montants élevés, des anomalies ou atypies, afin de détecter des recours aux soins abusifs ou des utilisations frauduleuses de la carte Vitale ou AME. Des contrôles sont effectués en parallèle auprès des professionnels de santé pour déceler les fraudes lors des prescriptions ou facturations. Ces contrôles concernent l'ensemble des assurés dont les bénéficiaires de l'AME. À ce jour, il en découle des résultats globaux sans identification de la catégorie de droit des personnes contrôlées.

Un programme national de contrôle rénové est mis en œuvre depuis juin 2019 afin de vérifier la stabilité de la résidence des assurés et bénéficiaires de l'AME, sur la base de requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, d'échanges avec les consulats, de l'exploitation des signalements d'organismes externes (CAF, Pôle Emploi, DGFIP, consulats) et internes (via le Centre national des soins à l'étranger).

Dans ce contexte, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 0,8 M€ en 2023 contre 0,5 M€ de préjudice en 2022.

3. Un renforcement de la lutte contre les abus et les détournements, pour mieux garantir l'accès aux droits pour ceux qui en ont besoin

Le comité interministériel à l'immigration et à l'intégration du 6 novembre 2019 a annoncé plusieurs mesures visant à lutter contre les détournements de ce droit, mais sans remettre en cause l'accès à ces soins essentiels.

Les contrôles à l'attribution du droit AME sont ainsi renforcés :

- Le caractère irrégulier du séjour est désormais vérifié à l'aide de la base VISABIO à laquelle les caisses d'assurance maladie ont désormais accès. Cette base permet aux caisses de s'assurer que des étrangers, en situation régulière et devant être couverts par leur État d'origine ou une assurance privée, ne puissent pas bénéficier de l'AME ou des soins urgents ;
- Les primo-demandes doivent être déposées en personne à la CPAM, ou par l'intermédiaire de l'hôpital ou de la permanence d'accès aux soins de santé.

Par ailleurs, le service du contrôle médical de l'assurance maladie peut être sollicité pour accorder la prise en charge de certains soins. En effet, l'article 264 de la loi de finances pour 2020 prévoit que le bénéfice de certaines prestations, programmées et non urgentes (précisées dans le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020) est soumis, pour les majeurs, à un délai d'ancienneté de bénéfice de l'AME, fixé à neuf mois. Dans les cas où un défaut de prise en charge pourrait entraîner, pour le bénéficiaire, des conséquences vitales ou graves et durables, il pourra néanmoins être dérogé à ce délai d'ancienneté après accord du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Il convient de préciser que **des mesures décidées dans le cadre du comité interministériel à l'immigration et à l'intégration** du 6 novembre 2019 modifient les conditions d'accès des étrangers à la protection universelle maladie et peuvent conduire à augmenter le recours à l'AME et aux soins urgents. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2020, les droits à l'assurance maladie sont maintenus sur une période de six mois après l'expiration des titres de séjour et attestations de demande d'asile des assurés, au lieu de douze mois auparavant. Les personnes qui demeurent sur le territoire au-delà de ces 6 mois deviennent donc potentiellement éligibles à l'AME.

Ventilation de la dépense par type d'AME

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 248,6 M€

La prévision totale de l'AME de droit commun résulte de l'addition des montants prévisionnels de trois postes de dépenses : les prestations hospitalières (hors ACE[1]), les produits de santé et les autres soins de ville (y compris ACE). Pour chaque poste, des hypothèses sont établies concernant l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME, le taux de consommants[2], et la dépense moyenne, permettant ainsi de déterminer la prévision pour chacun d'entre eux.

En 2025, le montant prévisionnel des dépenses d'AME de droit commun s'élèverait à 1 248,6 M€ (y compris mesures d'économies[3]), soit une augmentation de 3,6 % par rapport à la prévision de 2024 sous-jacente à la LFI 2025. Hors mesures d'économies, les dépenses d'AME de droit commun s'élèveraient à 1 274 M€ en 2025.

Au regard de l'évolution dynamique du volume de bénéficiaires observée depuis le milieu de l'année 2021 et qui s'est poursuivie en 2023 (+11,0 % entre les derniers trimestres 2022 et 2023), l'hypothèse centrale de retour à la

tendance de long terme, initialement prévue pour 2025, serait repoussée à 2026. Ainsi, la projection prévoit une décélération du nombre de bénéficiaires de l'AME dès 2024, se poursuivant en 2025. Pour chacun des postes, cette évolution serait de +1,1 % en 2025 par rapport à la prévision de 2024 sous-jacente à la LFI 2025.

Pour le poste « autres soins de ville », la dépense moyenne par consommateurs et le taux de consommateurs en 2025 continueraient d'évoluer au même rythme qu'en 2024 (respectivement, de +2,3 % et de +1,2 %). Avec une progression du nombre de bénéficiaires de +1,1 %, la dépense totale du poste « autres soins de ville » augmenterait de 4,7 % par rapport à la prévision de 2024 sous-jacente à la LFI 2025.

Pour le poste « produits de santé », la dépense moyenne par consommateurs se stabiliseraient en 2025 comme observé auparavant sur une longue période (la dépense moyenne peut connaître des paliers en raison de chocs sur les prix, mais entre deux chocs de prix, elle reste stable). Le taux de consommateurs continuerait à croître en 2025 au même rythme prévu en 2024 (de +1,1 %). Ainsi, la dépense totale du poste « produits de santé » augmenterait de 2,2 % par rapport à la prévision de 2024 sous-jacente à la LFI 2025.

Enfin, pour le poste « prestations hospitalières », la dépense moyenne par consommateurs resterait également stable en 2025. Le taux de consommateurs poursuivrait sa croissance dynamique, comme observé en 2024, mais à un rythme légèrement plus faible (de +5,0 %). La forte croissance du taux de consommateurs des prestations hospitalières s'explique par le fait que ce taux n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant-crise, bien qu'il tende à le rattraper et progresse désormais plus rapidement qu'avant la crise. Ces effets aboutissent à une augmentation totale de la dépense du poste « prestations hospitalières » de 6,1 % en 2025 par rapport à la prévision de 2024 sous-jacente à la LFI 2025.

En résumé, l'évolution des dépenses de l'AME en 2025 par rapport à 2024 (+3,2 %, y compris mesures d'économies) serait principalement due à l'évolution dynamique du taux de consommateurs pour les prestations hospitalières et à l'augmentation de la dépense moyenne pour les autres soins de ville, tout en étant compensée par la décélération du nombre de bénéficiaires de l'AME.

2. Soins urgents : 70 M€

L'analyse d'une tendance « toutes choses égales par ailleurs » des dépenses des soins urgents a été rendue complexe par l'instauration de plusieurs mesures, marquant le dispositif :

- La mise en place d'un droit de timbre pour l'accès à l'AME, créant un phénomène de report sur les soins urgents ;
- La réduction du maintien de droit à l'assurance maladie d'un an à six mois pour les étrangers devenus en situation irrégulière.

Certains ressortissants ukrainiens ont pu relever des soins urgents lorsqu'ils ne disposaient pas des justificatifs permettant d'accéder à la protection universelle maladie (PUMa). Cette mesure a duré de mars à décembre 2022.

La dotation versée par le programme 183 reste stable à 70 M€.

3. Autres dispositifs AME : 1 M€

Ce poste de dépenses de l'action AME regroupe :

- Le remboursement direct et ponctuel de prises en charge exceptionnelles, sur décision de la ministre en charge de l'action sociale, de personnes françaises ou étrangères présentes sur le territoire national mais ne résidant pas en France (AME dite « humanitaire ») ;
- L'aide médicale pour les personnes gardées à vue ;
- L'aide médicale pour les personnes placées en centre de rétention administrative.

L'enveloppe des crédits des « Autres AME » est reconduite pour 2025 à hauteur de 1 M€.

[1] Actes et consultations externes

[2] Le taux de consommateurs représente le nombre de bénéficiaire ayant bénéficié d'au moins un remboursement au cours d'une période donnée.
 [3] Pour rappel, les montants des crédits ouverts pour l'AME de droit commun en LFI 2024 intègrent de façon conventionnelle 20 M€ de moindres dépenses en 2024 au titre de diverses mesures mises en place depuis 2020, dont le dépôt physique des primo-demandes d'AME en caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). En 2025, les montants des crédits ouverts pour l'AME en LFI 2025 intégreront 25 M€ supplémentaires de moindres dépenses liées à ces mesures.

ACTION (0,6 %)

03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	8 000 000	8 000 000	0	0
Dépenses d'intervention	8 000 000	8 000 000	0	0
Transferts aux ménages	8 000 000	8 000 000	0	0
Total	8 000 000	8 000 000	0	0

Les personnes affiliées au régime général et aux régimes soumis à l'application du livre IV du code de la sécurité sociale bénéficient d'une couverture contre les accidents du travail et maladies professionnelles, entièrement financée par les contributions des employeurs.

Cette législation ancienne (1898), qui fut la première législation en matière de protection sociale, permet aux victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail d'obtenir une indemnisation forfaitaire de leurs préjudices. Ce compromis historique est la pierre angulaire d'un dispositif d'indemnisation qui se veut essentiellement non contentieux et dérogatoire au droit commun, posant le principe de l'immunité civile de l'employeur, par un régime de responsabilité sans faute. La réparation dite forfaitaire n'assure donc pas la réparation de tous les préjudices.

Les études scientifiques et notamment le rapport de l'INSERM de 1996 ont mis en évidence la nocivité de l'amiante et l'ampleur de la catastrophe sanitaire liée à son utilisation massive. C'est dans ce contexte que l'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1^{er} janvier 1997 et qu'a été créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), sous la forme d'un établissement public administratif (article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001).

Ce Fonds est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Aussi il apparaît comme un organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle, et comme l'unique organisme d'indemnisation pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles, notamment les personnes atteintes de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

Acteurs du dispositif

Les indemnisations sont versées par le FIVA. Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le FIVA a adressé, depuis sa création, 302 540 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total un peu plus de 7,3 Md€ au 31 décembre 2023.

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-

professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense [1].

Gouvernance et pilotage stratégique

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de vingt-deux membres, outre le président – magistrat – siègent cinq représentants de l'État, huit représentants des organisations patronales (trois membres) et syndicales (cinq membres), quatre membres des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds.

Le conseil d'administration a notamment pour rôle de définir la politique d'indemnisation du fonds en fixant les orientations relatives aux procédures, aux conditions de reconnaissance de l'exposition à l'amiante, d'indemnisation et de versement des provisions aux victimes et aux conditions d'action en justice du fonds. Il adopte également le budget du fonds.

[1] Les montants versés par l'État à ce titre varient en fonction du nombre de dossiers et du nombre d'actions subrogatoires, qui aboutissent en général au stade de la phase amiante, engagées par le FIVA envers les ministères concernés. En 2022, ces recettes ont représenté 10 M€ (dont 59 % versés par la fonction publique d'État).

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2019 à 2024 :

En millions d'euros	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
Charges	351,3	310,0	329,2	322,6	389,45	474,7
Dépenses d'indemnisation	300,3	233,9	274,4	264,8	335,95	407,0
Provisions	40,8	67,1	45,0	48,4	42,93	57,0
Charges exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Autres charges	10,2	9,0	9,8	9,4	10,6	10,7
Produits	361,1	350,6	308,0	307,4	308,6	439,4
Dotation branche AT/MP	260,0	260,0	220,0	220,0	220	353
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,7	7,7	7,7	7,52	7,56
Reprise sur provisions	56,1	59,3	45,4	43,4	49,6	50,7
Autres	37,2	23,7	34,9	36,3	31,5	28,1
Résultat	9,8	40,7	-21,2	-15,1	-80,9	-35,3
Investissement	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6	0,5
Variation de fonds de roulement	0,0	48	-21,9	-10,5	-87,7	-28,9
Fonds de roulement	94,9	142,9	121,0	110,4	22,7	-6,2

Justification de l'évolution des dépenses

Au cours des 8 premiers mois de l'année 2024, le FIVA a enregistré 12 335 demandes, ce qui représente une hausse de 11,3 %, par rapport à la même période en 2023 durant laquelle 11 085 demandes nouvelles avaient été reçues. Au sein de cette demande globale, le nombre de nouveaux dossiers (demandes initiales de victimes directes) progresse plus vite encore avec une hausse de 16,7 %, soit 2 002 nouvelles victimes enregistrées en 8 mois contre 1 716 en 2023. À ce rythme, ce sont un peu plus de 3 000 nouveaux dossiers qui pourraient être créés cette année ce qui marque une inversion de tendance car leur nombre était en baisse depuis deux ans consécutivement (2 916 au total en 2021, 2 699 en 2022 puis 2 652 en 2023).

S'agissant de la production, le nombre de décisions (offres et rejets) est stable avec 12 253 cette année contre 12 369 l'an dernier sur la même période. Le nombre des offres, seules génératrices de dépenses, est en léger retrait de 3,8 % (9 193 en 2024 contre 9 556 en 2023). Néanmoins, le niveau global de production qui se maintient permet d'amortir

la hausse de la demande (le nombre de décisions n'est que légèrement inférieur à celui des nouvelles demandes) et, conséquemment, de maîtriser le niveau des stocks de demandes à traiter : 1 696 dossiers n'ayant fait l'objet d'aucune décision fin août 2024 contre 1 838 il y a un an ; 13 283 demandes sans décisions fin août 2024 contre 13 737 il y a douze mois.

Le délai moyen de décisions est de 5 mois et 2 semaines, inférieur au délai légal de 6 mois, avec une priorité donnée aux victimes directes (entre 3 et 4 mois). Le délai moyen de paiement est de 1 mois et 1 semaine, soit quasiment moitié moins que le délai réglementaire de 2 mois.

L'anticipation des dépenses attendues pour la fin de l'année 2024 est réalisée selon plusieurs méthodes et donne un résultat compris dans une fourchette allant de 396 M€ à 418 M€ (valeur centrale à 407 M€).

Cette hausse attendue des dépenses repose sur deux effets cumulés :

- un effet volume : l'élément le plus générateur de dépense est l'indemnisation de la victime directe. A chaque victime correspond un dossier unique auquel sont rattachées toutes les autres demandes. C'est la raison pour laquelle l'exercice de prévision s'appuie sur l'augmentation du nombre de nouveaux dossiers plutôt que sur celle de la demande globale. Depuis le début de l'année, la hausse des nouveaux dossiers évolue chaque mois mais oscille autour de 16 % (14,3 % fin mars, 16,6 % fin avril, 12,2 % fin mai, 14,6 % fin juin, 18,1 % en juillet, 16,7 % en août), raison pour laquelle c'est ce taux que 16 % qui est retenu, à date, comme anticipation du niveau annuel de hausse pour l'année 2024 ;
- un effet prix résultant de plusieurs facteurs : arrêt de la déduction de la rente servie par l'organisme de sécurité sociale de celle que le FIVA verse lui-même à la suite au revirement de jurisprudence de la Cour de cassation l'an dernier, revalorisations successives du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux (10,5 % au 1^{er} octobre 2023 puis 4,6 % au 1^{er} avril 2024) et revalorisation des rentes versées par le FIVA (4,6 % au 1^{er} avril 2024).

PROGRAMME 379

Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)

MINISTRE CONCERNEE : GENEVIEVE DARRIEUSSECQ, MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACCES AUX SOINS

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Pierre Pribile

Directeur de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 379 : Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)

Ce programme temporaire a vocation à assurer le versement des recettes de la Facilité pour la Reprise et la Résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées au volet investissement du *Ségur de la Santé*.

En effet, la relance de l'investissement en santé est soutenue par une enveloppe d'investissement de 19 Md€ sur dix ans, dont 13 Md€ annoncés en novembre 2019 et consolidés par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et **6 Md€ sur cinq ans annoncés dans le cadre du Ségur de la santé** et intégrés au plan « France Relance » présenté en septembre 2020.

Ces 6 Md€ sont consacrés au soutien de l'investissement dans le système de santé français à travers trois volets :

- Le soutien aux projets d'investissement dans les établissements de santé (2,5 Md€)

Il s'agit de participer au financement à la fois des projets de rénovation lourde ou de construction d'établissement, des actions de modernisation de l'accueil et des équipements, des investissements dans la sécurité et la performance énergétique et des équipements visant à améliorer les conditions de travail des professionnels.

- Le soutien aux projets d'investissement dans les établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD (1,5 Md€)

Ces crédits participent au financement de projets de rénovation, d'équipement et de créations de places dans les établissements médico-sociaux. Il s'agit par exemple de travaux d'amélioration de la performance énergétique des bâtiments, de la création de chambres individuelles ou de la création de places adaptées aux usagers souffrant de troubles cognitifs.

- Le soutien aux projets d'amélioration des outils numériques en santé (2 Md€)

Ce volet comprend quatre axes : l'infrastructure numérique de l'État dans le domaine de la santé, l'amélioration de la sécurité et de l'interopérabilité des logiciels utilisés dans les secteurs public et privé, l'accompagnement des professionnels et le rattrapage numérique dans le secteur médico-social.

Les trois volets consacrés au soutien de l'investissement dans le système de santé français font partie de la stratégie d'investissements et de réformes dénommée « plan national pour la relance et la résilience » (PNRR). Les investissements présentés contribuent à concrétiser les priorités de l'Union européenne en matière sociale, environnementale et numérique. Le PNRR français a reçu un avis favorable de la Commission européenne le 23 juin 2021 et a été formellement adopté par les ministres des finances de l'Union européenne lors du Conseil ECOFIN du 13 juillet 2021.

À ce titre, chaque année, la sécurité sociale reçoit une dotation qui correspond à 15,2 % de l'enveloppe prévisionnelle annuelle de la FRR.

Chaque mesure du PNRR est accompagnée d'un ou plusieurs indicateurs de suivi, concrétisant un engagement qualitatif (« jalon ») ou quantitatif (« cible »), dont l'atteinte peut s'étaler de 2021 à 2026. L'atteinte de ces cibles et jalons, dûment justifiée et conformément au calendrier arrêté, donne droit au versement des fonds européens au titre du remboursement des dépenses nationales du PNRR. Le non-respect du PNRR, notamment par l'absence de réalisation des cibles et jalons prévus, s'accompagne d'une suspension partielle ou totale des fonds européens auxquels l'État est éligible au titre de l'ensemble des composantes.

Les recettes européennes étant versées aux États membres, **la part de ces recettes au titre du « Ségur investissement » (déterminée en fonction de la part des dépenses du Ségur au sein du PNRR) fait l'objet d'un versement à la Sécurité sociale via ce programme, sous réserve de la bonne atteinte des cibles et jalons.**

Ce programme a permis la neutralisation des pertes de recettes de la branche maladie dans le cadre de la mesure de revalorisation des taux de cotisation auprès de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) en 2024 ainsi que la compensation à la sécurité sociale des dons de vaccins aux pays tiers en 2022 et 2023 dans le cadre des campagnes de vaccination contre la Covid-19. Ces transferts à vocation temporaire ne figurent plus dans la nomenclature du programme pour 2025.

RECAPITULATION DES OBJECTIFS ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF 1 : Assurer le déploiement du volet « sanitaire » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience

INDICATEUR 1.1 : Nombre d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements "du quotidien"

INDICATEUR 1.2 : Nombre de projets d'investissement dans la construction, la rénovation énergétique et la modernisation d'établissements de santé > 20 millions d'euros

OBJECTIF 2 : Assurer le déploiement du volet « médico-social » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience

INDICATEUR 2.1 : Nombre de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Objectifs et indicateurs de performance

OBJECTIF

1 – Assurer le déploiement du volet « sanitaire » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience

INDICATEUR

1.1 – Nombre d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements "du quotidien"

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Nombre cumulé d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements "du quotidien"	Nb	Sans objet	1680	Sans objet	Sans objet	1000	

Précisions méthodologiques

Nombre d'établissements auxquels l'ARS (Agence régionale de santé) a attribué des crédits d'investissement en installations techniques, équipements ou de rénovation légère. Calcul en cumulé : nombre d'établissements de santé pour lesquels les crédits ont été délégués par l'ARS (via la signature d'un contrat entre l'établissement et l'ARS).

Le financement des établissements à ce titre se fait par l'intermédiaire du FMIS (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) dont l'opérateur est la Caisse des dépôts et consignations.

JUSTIFICATION DES CIBLES

L'enveloppe consacrée aux investissements du quotidien s'élève au total à 1,5 Md€. Elle relève du premier volet consacré au soutien de l'investissement dans le système de santé français. Les montants sont délégués par le FMIS aux ARS chargées de contractualiser avec les établissements de santé, à hauteur de 500 M€ en 2021, 500 M€ en 2022 et 200 M€ en 2023.

Le soutien aux investissements courants (projets d'équipements pérennes destinés à l'amélioration des services de soins, petites rénovations) doit notamment permettre de réduire les inégalités territoriales en favorisant le renouvellement des équipements et le maintien d'un outil de production de qualité au sein des structures présentant les plus forts besoins.

L'indicateur retenu (nombre d'établissements soutenus) et les cibles sont cohérents avec ceux communiqués à la Commission européenne dans le cadre du PNRR 2021 (800 en 2023 et 1 000 en 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience.

Au 15 juin 2024, 1 997 établissements de santé avaient reçu au moins un versement au titre de la dotation « investissements du quotidien ». La cible du jalon 2023 et ainsi que celle du jalon 2026 sont donc déjà atteintes traduisant le succès du Ségur de la Santé qui aura permis de relancer l'investissement des établissements de santé. L'amélioration apportée est d'ores et déjà visible avec une hausse de près de 14 % des montants investis en 2021 et de près de 10 % en 2022, portée par une hausse de l'investissement courant avec, pour la première fois depuis 2013, un infléchissement du taux de vétusté des équipements qui se confirme en 2022 (entre 2020 et 2022 le taux est passé de 80,9 % à 80,2 %).

INDICATEUR

1.2 – Nombre de projets d'investissement dans la construction, la rénovation énergétique et la modernisation d'établissements de santé > 20 millions d'euros

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Nombre cumulé de projets d'investissement dans la construction, la rénovation énergétique et la modernisation d'établissements de santé > 20 millions d'euros	Nb	Sans objet	Sans objet	10	Sans objet	30	

Précisions méthodologiques

Nombre de projets pour lesquels l'ARS (Agence régionale de santé) a validé et contractualisé un financement en faveur de la construction, de la rénovation énergétique et de la modernisation des établissements médicaux, pour un montant supérieur à 20 000 000 EUR. Calcul en cumulé.

Le financement des établissements des établissements à ce titre se fait par l'intermédiaire du FMIS (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) dont l'opérateur est la Caisse des dépôts et consignations.

JUSTIFICATION DES CIBLES

L'enveloppe consacrée au financement des projets d'investissement s'élève à **1 Md€ dans le cadre du PNRR**. Elle relève également du premier volet consacré au soutien de l'investissement dans le système de santé français. Elle est complétée par d'autres sources de financement hors PNRR. Les dossiers d'investissement structurants concernés par cette enveloppe devront démontrer que le projet :

- Constitue un levier d'innovation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients, notamment en fluidifiant les parcours de soins et le lien ville-hôpital.
- Contribue à l'adaptation et à la modernisation de l'offre de soins dans les territoires. La régulation territoriale doit permettre de concilier les choix d'investissements des établissements avec les besoins de santé des territoires, en favorisant les coopérations et les mutualisations. Les investissements soutenus doivent privilégier les projets évolutifs permettant de s'adapter aux éventuels changements d'organisations ou de pratiques au sein des établissements et à l'échelle des territoires.
- S'inscrit dans le cadre d'un schéma global immobilier à l'appui d'une stratégie affirmée et détaillée dans le projet médical et le projet d'établissement.
- Porte des objectifs ambitieux en matière de développement durable.

L'indicateur retenu et les cibles sont cohérents avec ceux communiqués à la Commission européenne dans le cadre du PNRR (10 au T4 2024 ; 30 au T2 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience. Le jalon 2024 a été renégocié à la baisse avec la Commission européenne de 20 à 10 projets à l'automne 2023.

Au 20 juillet 2024, 14 projets de plus de 20 M€ ont été validés et contractualisés par les ARS. Ainsi le jalon 2024 est atteint.

OBJECTIF

2 – Assurer le déploiement du volet « médico-social » du Sécur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience

INDICATEUR

2.1 – Nombre de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2022	2023	2024 (Cible PAP 2024)	2025 (Cible)	2026 (Cible)	2027 (Cible)
Nombre cumulé de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées	Nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	32 200	

Précisions méthodologiques

Nombre de places d'hébergement construites ou rénovées en EHPAD, ou les maisons de retraite ou les établissements d'hébergement des personnes dépendantes. Nombre cumulé. Calcul en cumulé.

JUSTIFICATION DES CIBLES

L'enveloppe consacrée au financement de la construction ou rénovation de places d'hébergement pour personnes âgées s'élève à **1,25 Md€**. Elle relève du deuxième volet consacré au soutien de l'investissement dans le système de santé français.

Le pilotage opérationnel du dispositif est assuré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au travers du plan annuel d'investissements (PAI). La sélection des investissements et la régulation des projets s'effectue en coordination avec les autres acteurs locaux du financement de l'investissement médico-social. Les critères de sélection des projets en cours de définition à l'échelle nationale permettront d'assurer leur cohérence avec d'une part, les objectifs du PNRR et d'autre part, les orientations nationales concernant le grand âge et l'autonomie.

L'indicateur retenu et les cibles sont cohérents avec ceux communiqués à la Commission européenne dans le cadre du PNRR (32 200 à horizon 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience. L'indicateur a été renégocié à la baisse avec la Commission européenne de 36 000 places à 32 200 places à l'automne 2023.

En juin 2024, 5 500 places d'EHPAD ont déjà été livrées.

Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales

PRESENTATION DES CREDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2024 ET 2025

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2024 PLF 2025	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	FdC et AdP attendus
02 – Sécur investissement du PNRR		906 900 000 94 000 000	0 0
03 – Neutralisation des pertes de recettes de la branche Maladie au titre des fonctionnaires territoriaux suite à la bascule de taux Maladie/CNRACL		342 000 000 0	0 0
Totaux		1 248 900 000 94 000 000	0 0

CREDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2024 PLF 2025	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	FdC et AdP attendus
02 – Sécur investissement du PNRR		906 900 000 94 000 000	0 0
03 – Neutralisation des pertes de recettes de la branche Maladie au titre des fonctionnaires territoriaux suite à la bascule de taux Maladie/CNRACL		342 000 000 0	0 0
Totaux		1 248 900 000 94 000 000	0 0

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE POUR 2024, 2025, 2026 ET 2027

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2024 PLF 2025 Prévision indicative 2026 Prévision indicative 2027				
3 - Dépenses de fonctionnement	1 248 900 000 94 000 000 519 400 000		1 248 900 000 94 000 000 519 400 000	
Totaux	1 248 900 000 94 000 000 519 400 000		1 248 900 000 94 000 000 519 400 000	

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE ET CATEGORIE POUR 2024 ET 2025

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2024 PLF 2025				
3 – Dépenses de fonctionnement	1 248 900 000 94 000 000		1 248 900 000 94 000 000	
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 248 900 000 94 000 000		1 248 900 000 94 000 000	
Totaux	1 248 900 000 94 000 000		1 248 900 000 94 000 000	

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLEMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Ségur investissement du PNRR	0	94 000 000	94 000 000	0	94 000 000	94 000 000
Total	0	94 000 000	94 000 000	0	94 000 000	94 000 000

ÉVOLUTION DU PERIMETRE DU PROGRAMME

MODIFICATIONS DE MAQUETTE

Les dépenses de transfert des recettes de la FRR vers la sécurité sociale sont catégorisées en « dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel », s'agissant d'un tuyau de financement particulier de l'Union européenne vers la sécurité sociale via le budget de l'État. Il s'agit cependant bien d'une dépense de transfert vers la sécurité sociale, dont l'objet final est de compenser des dépenses d'investissement en faveur du système de santé.

Les actions « Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers » (qui s'inscrivait dans le cadre temporaire de la solidarité internationale dans la lutte contre la pandémie de Covid-19) et « Neutralisation des pertes de recettes de la branche Maladie au titre des fonctionnaires territoriaux suite à la bascule de taux Maladie/CNRACL » qui figuraient en PAP 2024 ont été supprimées pour 2025 puisqu'aucun crédit n'est reconduit pour cette année.

Dépenses pluriannuelles

ÉCHEANCIER DES CREDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES A PAYER AU 31/12/2024

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2023 (RAP 2023)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2023 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2023	AE (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2024 + Reports 2023 vers 2024 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2024 + Reports 2023 vers 2024 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2024
0	0	1 248 900 000	1 248 900 000	0

ÉCHEANCIER DES CP A OUVRIR

AE	CP 2025	CP 2026	CP 2027	CP au-delà de 2027
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2024 0	CP demandés sur AE antérieures à 2025 CP PLF CP FdC et AdP 0	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2025 0	Estimation des CP 2027 sur AE antérieures à 2025 0	Estimation des CP au-delà de 2027 sur AE antérieures à 2025 0
AE nouvelles pour 2025 AE PLF AE FdC et AdP 94 000 000 0	CP demandés sur AE nouvelles en 2025 CP PLF CP FdC et AdP 94 000 000 0	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2025 0	Estimation des CP 2027 sur AE nouvelles en 2025 0	Estimation des CP au-delà de 2027 sur AE nouvelles en 2025 0
Totaux	94 000 000	0	0	0

CLES D'OUVERTURE DES CREDITS DE PAIEMENT SUR AE 2025

CP 2025 demandés sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025	CP 2026 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025	CP 2027 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025	CP au-delà de 2027 sur AE nouvelles en 2025 / AE 2025
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (100,0 %)

02 – Ségur investissement du PNRR

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	FdC et Adp attendus (AE)	FdC et Adp attendus (CP)
Hors titre 2	94 000 000	94 000 000	0	0
Dépenses de fonctionnement	94 000 000	94 000 000	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	94 000 000	94 000 000	0	0
Total	94 000 000	94 000 000	0	0

La part des recettes reversées à la Sécurité sociale au titre du Ségur investissement représente 15,2 % du montant de l'enveloppe de la Facilité pour la Reprise et la Résilience (FRR) allouée à la France fin 2021, soit 5,7 Md€. Les recettes FRR sont versées au budget de l'État qui les reverse partiellement à la Sécurité sociale. Ce reversement a été réalisé en 2021 par affectation d'une fraction de TVA à hauteur de 765 M€. Depuis 2022, ce reversement est effectué par crédits budgétaires via le programme 379.

Il permet de contribuer à la compensation à la Sécurité sociale de la majeure partie des 6 Md€ prévus dans le cadre du plan France Relance pour contribuer à la relance de l'investissement dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le numérique en santé.

Cet effort financier, refinancé via la FRR et s'intégrant à l'effort global de 19 Md€ du plan de relance de l'investissement dans le système de santé, est destiné à accélérer la transformation de l'offre de soins dans les territoires et à l'amélioration tant des conditions de travail des professionnels que de l'accueil des usagers.

La chronique de versement des fonds européens sur la période 2021-2026 a fait l'objet d'une convention entre le ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la Santé et de la Prévention.

Ainsi, cette action ne porte pas en tant que telle de politique publique, mais crée un tuyau de financement *ad hoc* permettant *in fine* la majeure partie de la compensation des 6 Md€ de dépenses de la sécurité sociale par des crédits européens.

Pour 2025 et conformément à la chronique de versement prévue, 434 M€ seront reversés à la sécurité sociale au titre du Ségur investissement en tenant compte d'une créance prévisionnelle de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale.